Sächsische Landesbibliothek –
Staats- und Universitätsbibliothek Dresden
http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/1

Sächsische Landesbibliothek –
Staats- und Universitätsbibliothek Dresden
http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/2

SCHMIDT'S

JAHRBÜCHER

DER

IN- UND AUSLÄNDISCHEN

GESAMMTEN MEDICIN.

UNTER MITWIRKUNG VON

PROF. DR. ADOLF WINTER

REDIGIRT

VON

DR. P. J. MÖBIUS UND DR. H. DIPPE

ZU LEIPZIG.

JAHRGANG 1899.

ZWEIHUNDERTVIERUNDSECHZIGSTER BAND.

LEIPZIG, 1899.

VERLAG VON OTTO WIGAND.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden
http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/3

Sächsische Landesbibliothek –
Staats- und Universitätsbibliothek Dresden
http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/4

JAHRBÜCHER

der

in- und ausländischen gesammten Medicin.

Bd. 264. **1899.** **№ 1.**

A. Auszüge.

I. Medicinische Physik, Chemie und Botanik.

1. **Ueber den Einfluss von Kupfer und Zinksalzen auf die Hämoglobinbildung**; von Dr. W. Wolf. (Ztschr. f. physiol. Chemie XXVI. 5. p. 442. 1899.)

Verschiedene Schwermetalle (ausser Eisen noch Mangan, Kupfer, Zink und Quecksilber) sollten nach Cervello und Barabini eine hämoglobinbildende Wirkung haben.

W. untersuchte bei Ratten den Einfluss von Kupfersulfat und Zinksulfat, die der Nahrung beigemischt wurden. Er konnte indessen bei den betreffenden Thieren keinen Einfluss auf das Blut, weder durch Blutkörperchenzählung, noch Hämoglobinbestimmung, constatiren.

V. Lehmann (Berlin).

2. **Ueber den Eisengehalt des Blutplasma und der Leukocyten**; von Stud. Emil Häusermann. (Ztschr. f. physiol. Chemie XXVI. 5. p. 436. 1899.)

Socin hatte nachgewiesen, dass das Pferdeblutserum kein Eisen enthält.

H. untersuchte das Blutplasma von Pferd, Kalb und Rind und fand, dass das Pferdeblutplasma viel weniger Eisen enthält, als das Plasma von Rinder- oder Kälberblut. In den beiden letzteren Blutarten stammt das Eisen des Plasma wahrscheinlich aus dem Zerfalle der Leukocyten. Die Leukocyten scheinen viel mehr Eisen zu enthalten als das Plasma.

V. Lehmann (Berlin).

3. **Quantitative Bestimmung der Bestandtheile des Oxyhämoglobins des Pferdes**; von D. Lawrow. (Ztschr. f. physiol. Chemie XXVI. 3 u. 4. p. 343. 1898.)

Von Oxyhämoglobin des Pferdeblutes zerlegte L. die wässerige Lösung durch eine Mischung von Alkohol, Aether und Schwefelsäure; die Eiweisssubstanz fällt dabei aus. Aus der alkoholätherischen Lösung fällt nach Verjagen des Aethers und Alkohols das Hämatin aus. Aus den Analysen berechnet L., dass das Oxyhämoglobin 94.09% Eiweissstoff, 4.47% Hämatin und 1.44% andere Bestandtheile geliefert hat. Unter letzteren befinden sich wasserlösliche und unlösliche Fettsäuren.

V. Lehmann (Berlin).

4. **Ueber die Schicksale des Hämoglobins im Organismus**; von Dr. Schurig. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLI. 1. p. 29. 1898.)

Um einwandsfrei die Wirkung und Umwandlung des Hämoglobins im Organismus zu verfolgen, stellte sich Sch. das Hämoglobin aus Pferdeblut nach Hoppe-Seyler's Vorschrift her und bereitete sich seine Lösungen aus dem feucht bei einer Temperatur unter Null aufbewahrten Präparate. Sämmtliche Versuche wurden an Kaninchen angestellt; den Versuchsthieren wurden Lösungen von reinem Hämoglobin täglich längere Zeit hindurch subcutan injicirt. Der procentische Gehalt der Lösungen an Hämoglobin wurde mit dem *Gowers*'schen Hämoglobinometer bestimmt.

Nur kleinere Hämoglobinmengen wurden an den Injektionstellen rasch resorbirt, von grösseren konnte ein Rest nach längerer Zeit noch gefunden werden. Blieb die injicirte Menge unter 1 g Hämoglobin, so war nach 20 Stunden mit Sicherheit alles resorbirt.

Auf das Allgemeinbefinden der Thiere übten die subcutanen Hämoglobin-Injektionen selbst grösserer Dosen zunächst keinen nachtheiligen Einfluss aus, selbst wenn Hämoglobinurie eintrat. Folgten jedoch noch weitere grössere Hämoglobinmengen, dann wurden die Thiere schnell matt und

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/5

hinfällig, frassen nicht mehr und gingen bald zu Grunde. Ein ähnliches Bild zeigte sich bei länger fortgesetzten kleineren Dosen. Die Fresslust verminderte sich allmählich, Abmagerung und Mattigkeit nahmen zu und unter allgemeiner Erschöpfung trat der Tod ein.

Als untere Grenze der Hämoglobinurie erzeugenden Dosen giebt Sch. 1 g pro kg Thier an, oder mit anderen Worten: Hämoglobinurie tritt nach subcutanen Injektionen dann auf, wenn die injicirte Menge ein Viertel des Gesammt-Hämoglobinvorrathes des Kaninchens übersteigt.

Hämoglobin konnte nur spektroskopisch in der Galle dann nachgewiesen werden, wenn die täglich injicirte Menge 0.5 g pro kg überstieg.

Obwohl der Urin häufig sehr dunkel aussah und auf den ersten Blick Bilirubin vermuthen liess, konnte Sch. nie auch nur eine Spur Gallenfarbstoff im Urin nachweisen, eben so wenig Urobilin.

Das in den Harn übergegangene Hämoglobin war sowohl gelöst, als auch in mikroskopischen Conglomeraten von Körnchen und daraus zusammengesetzten Cylindern vorhanden. Die Hämoglobinausscheidung versetzt die Nieren in einen Reizzustand, denn selbst noch ehe es zu ihr kommt, zeigen sich mässige Mengen Eiweiss im Urin.

Sehr eingehend hat sich Sch. mit dem mikrochemischen Nachweis des aus dem Hämoglobin durch Umwandlung freigewordenen Eisens befasst. Ein Theil des Hämoglobins wird an der Injektionstelle durch das Bindegewebe selbst nach etwa 3 Tagen zu nachweisbaren Eisenverbindungen verändert, welche letztere sowohl in Zellen eingeschlossen sind, als auch frei in den Bindegewebespalten und Lücken sich ablagern. Der grössere Theil wird in der Leber zu Bilirubin verarbeitet, ausserdem treten in der Milz, dem Knochenmark und der Nierenrinde nachweisbare Eisenverbindungen auf. Erst wenn alle diese Organe die injicirte Hämoglobindosis nicht mehr zu bewältigen vermögen, tritt unveränderter Blutfarbstoff zuerst in die Galle und dann in den Urin über.

H. Dreser (Elberfeld).

5. **A contribution to the chemistry of haemoglobin and its immediate derivatives**; by John Haldane. (Journ. of Physiol. XXII. 4. p. 298. Febr. 17. 1898.)

Auf Grund der, wie es scheint, von keinem anderen Forscher bisher beschriebenen Beobachtung, dass beim Zusatz von Ferrocyankalium zu lackfarbig gemachtem Blute sich Gasblasen entwickeln, während gleichzeitig Methämoglobin entsteht, räth H., das mühsame Auspumpen des Blutes zur Bestimmung seines Sauerstoffgehaltes durch dieses neue Hülfsmittel zu ersetzen, denn wie die genaue Gasanalyse ergab, bestand das entwickelte Gas aus nahezu reinem Sauerstoff. Zur Bestimmung der respiratorischen Capacität, d. h. der grösstmöglichen Sauerstoffmenge, die eine gewisse Blutprobe im Stande ist aufzunehmen, wird sie nach Sättigen mit Luft lackfarben gemacht durch Zusatz des gleichen Volumens Wasser, denn das Ferrcoyankalium wirkt nicht auf das noch in den Blutkörperchen eingeschlossene Hämoglobin. Controlversuche mit Auspumpung des Blutes sowohl nach Schütteln mit Luft allein, als auch nach Sättigung mit Kohlenoxyd ergaben übereinstimmende Werthe. Gleich wie Oxyhämoglobin wurde auch Kohlenoxydhämoglobin unter Entbindung von Kohlenoxyd und Bildung von Methämoglobin durch rothes Blutlaugensalz zerlegt. Aus venösem Hämoglobin wurde durch Ferrocyankalium ohne Gasentwickelung einfach Methämoglobin gebildet.

Um eine theoretische Vorstellung für die verschiedene Leistung des Sauerstoffes im Oxy- und im Methämoglobin zu geben, nimmt H. an, die beiden Sauerstoffatome seien im Oxyhämoglobin noch mit einer Valenz untereinander verbunden, etwa nach dem Schema: $Hb\begin{matrix}O\\|\\O\end{matrix}$, während sie im Methämoglobin von einander getrennt seien, was H. in dieser Weise bezeichnet: Methämoglobin = $Hb\begin{matrix}O\\\\O\end{matrix}$. Im Oxyhämoglobin ist ein Molekül Sauerstoff mit dem Hämoglobin verbunden, im Methämoglobin sind dagegen zwei einzelne Sauerstoffatome mit dem Hämoglobin verbunden. Die quantitative Bestimmung des Sauerstoffes im Blute geschah nach diesem Verfahren in einem Apparate, der demjenigen Dupré's zur Bestimmung des Harnstoffes mittels Hypobromitlauge als gasförmiger Stickstoff nachgebildet war; um die Reduktion auf 0°, 760 mm und Trockenzustand bewirken zu können, befand sich in demselben Wasserbade eine als Correktionrohr (nach Petterson) dienende Vorrichtung. Die Entbindung des Kohlenoxydes aus dem Kohlenoxydhämoglobin vollzieht sich auch bei diesem Verfahren erheblich langsamer, als die des Sauerstoffes. Die Analysenresultate stimmten sehr gut zusammen. H. Dreser (Elberfeld).

6. **Ueber Bildung von Harnstoff aus Osmiumsäure im Thierkörper**; von Dr. Leo Schwarz. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLI. 1. p. 60. 1898.)

Auf Grund gewisser physiologisch-chemischen Anschauungen über den physiologischen Abbau einfacher Atomgruppirungen war es interessant zu beobachten, wie sich die *Oxaminsäure* $\begin{matrix}CO.NH_2\\|\\CO_2H\end{matrix}$ beim Durchgang durch den Körper verhalten würde. Zwei Möglichkeiten waren vorauszusehen: entweder die Amidogruppe NH_2 wird hydrolytisch abgespalten unter Regeneration der im Körper unzerstörbaren Oxalsäure, die dann leicht im Harn nachzuweisen sein musste, oder die beiden C-Atome der Oxaminsäure werden gespalten, in welchem Falle *keine* Oxalsäure im Harn ausgeschieden würde; in beiden Fällen würde der abgespaltene

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/6

Stickstoff zu einer vermehrten Harnstoffausscheidung Anlass geben. Sehr auffallend war die geringe Giftigkeit der Oxaminsäure gegenüber der Oxalsäure. Ein Kaninchen bekam an 2 aufeinanderfolgenden Tagen 0.5 und 1.0 g Oxaminsäure in schwach alkalischer Lösung in die Jugularvene injicirt ohne Störung seines Wohlbefindens; der Harn enthielt weder Eiweiss noch Zucker, keine Oxalsäure und nur etwas Oxaminsäure.

Schw. verglich die stündliche Harnstoffausscheidung bei Hunden, deren Harn er aus Ureterenkanülen auffing, vor und nach der subcutanen Injektion von Oxaminsäure (neutralisirt). Alle Versuche ergaben eine deutliche Steigerung der Harnstoffproduktion nach subcutaner Einverleibung der Oxaminsäure. Dass aber *keine* Oxalsäure dabei aus der Oxaminsäure sich gebildet haben konnte, bewies schon die toxikologische Thatsache, dass die Hunde von Oxalsäurevergiftungerscheinungen frei blieben, obwohl sie an Oxaminsäure mehr als das Doppelte der lethalen Oxalsäuredosis (0.15 g subcutan pro kg Körpergewicht) bekommen hatten. Die Harnstoffbildung aus der Oxaminsäure scheint nach Versuchen mit Digestion von „Organbrei" der Leber in dieser nicht stattzufinden.

Die Oxaminsäure wurde ferner an im Stickstoffgleichgewicht befindlichen Hunde in Dosen von 2 g pro kg Körpergewicht verfüttert ohne jegliche Störung. Die Mehrausscheidung von Harnstoff, die in sämmtlichen Versuchen zu Tage trat, war auf direkte Oxydation der Oxaminsäure zu beziehen, da niemals ein Uebergang eingeführter Oxaminsäure in Oxalsäure stattfand und auch, wie die Constanz der Gesammtschwefelausscheidung bewies, ein Mehrzerfall von Eiweisssubstanzen bei der Harnstoffvermehrung nicht im Spiele war.

Allerdings setzte die Oxaminsäure der Oxydation im thierischen Organismus erhebliche Resistenz entgegen, sobald mehr als 0.5 g Oxaminsäure pro kg Thier gereicht wurde, zeigte sich unveränderte Säure im Harn. Da ihre Zersetzlichkeit im Körper zu gering ist, kann die Oxaminsäure auch nicht als die normale Vorstufe des Harnstoffes betrachtet werden.

H. Dreser (Elberfeld).

7. **Action de l'eau oxygénée sur l'urine; origine de l'acetone**; par S. Cotton. (Lyon méd. XCI. 29. p. 359. Juillet 16. 1899.)

Harn wird der fraktionirten Destillation unterworfen, auf diese Weise sammelt sich alles Aceton in der abgekühlten Vorlage. Der Rückstand von der Destillation enthält noch einen cetonartigen Körper von offenbar hohem Siedepunkt, der erst durch Oxydation (Behandeln mit sauerstoffhaltigem Wasser und nochmalige Destillation) in Aceton übergeführt wird (Acetonnachweis durch die Jodoformreaktion). C. gewinnt ausserdem auf dieselbe Weise Aceton aus einigen Fettsäuren, aus Kohlehydraten, Eiweisskörpern und physiologischen Flüssigkeiten (Amniosflüssigkeit, Milch, Blut, Harn) und schliesst, dass auch im lebenden Organismus alle diese Substanzen durch Oxydation Aceton liefern können. W. Straub (Leipzig).

8. **Sind die Charcot-Leyden'schen Krystalle mit den Böttcher'schen Spermakrystallen identisch?** von Benno Levy. (Klin.-experim. Beitr. z. inneren Med. p. 11. 1899. Festschr. f. Lazarus.)

Die Böttcher'schen Krystalle bilden monokline Prismen oder Combinationen monokliner Prismen und Pyramiden, die Charcot-Leyden'schen hexagonale Doppelpyramiden, Doppelkegel oder Spindeln. Bei der Untersuchung im Polarisationapparat erweisen sich erstere als monoklin, optisch-zweiachsig, letztere als hexagonal, optisch-einachsig. Bei Zusatz einer Jod-Jodkaliumlösung (1 Jod : 2 Jodkalium : 20 Wasser) färben sich die Böttcher'schen Krystalle dunkelbraun.

Aufrecht (Magdeburg).

II. Anatomie und Physiologie.

9. **Ueber die Erhaltung der Kerntheilungsfiguren nach dem Tode und nach der Exstirpation und ihre Bedeutung für Transplantationsversuche**; von Dr. H. Wolff. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 297. 1899.)

Ueber die Frage, *wie lange nach dem Tode oder der Exstirpation sich noch Mitosen nachweisen lassen,* sind schon verschiedene Untersuchungen angestellt worden, so in letzter Zeit auch von W. Dieser kam zu dem Ergebnisse, dass die im menschlichen Gewebe, seien es pathologische oder normale Theile, vorhandenen Mitosen nach dem Tode oder nach der Exstirpation so lange und unter günstigen Bedingungen noch länger nachweisbar bleiben, als es überhaupt möglich ist, die feine Struktur der übrigen Gewebetheile zu erkennen. Nach dem Tode oder nach der Exstirpation findet ein Weiterschreiten des begonnenen Theilungprocesses nicht statt; eben so wenig treten noch neue Zellentheilungen ein. Die Mitosen in der Epidermis, in den Hautläppchen nach Thiersch, unterscheiden sich in ihrem Verhalten ausserhalb des Körpers nicht von denen in anderen Geweben.

P. Wagner (Leipzig).

10. **Zur Frage über den feineren Bau der Herzganglien des Menschen und der Säugethiere**; von A. S. Dogiel. (Arch. f. mikroskop. Anat. LIII. 2. p. 281. 1898.)

Die Zellen der Herzganglien zeigen die Eigenschaften der sympathischen Ganglienzellen; sie haben eine fibrilläre Struktur, entsenden eine Anzahl von Dendriten und einen Nervenfortsatz. Sie sind von einer dünnen Bindegewebekapsel um-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/7

geben, die sich nicht nur auf den Nervenfortsatz, sondern auch auf die dickeren Dendriten fortsetzt. Der Gestalt nach unterscheidet D. drei Typen von Ganglienzellen. Der erste Typus, im Allgemeinen von geringer Grösse, färbt sich mit Methylenblau sehr schwer; die Dendriten in der Zahl von 2—16 erscheinen kurz und dick und mit Varikositäten besetzt, in ihren Endverästelungen bilden sie mit ihren Nachbarn ein dichtes Netz. Der Nervenfortsatz beginnt stets in Gestalt eines langen und ziemlich dicken Kegels am Körper der Zelle oder häufig auch an einem Dendriten. In seinem proximalen Abschnitt entsendet er oft recht zahlreiche Fortsätze, welche sich in nichts von Dendriten unterscheiden, weiterhin erscheint er aber als völlig glatte, stellenweise variköse Faser, die an den Polen des Ganglion in eines der von diesem ausgehenden Nervenstämmchen eintritt. Auf dieser Bahn dringt sie in das Myokardium ein und endet in der Muskelfaser. Dieser Typus ist also zu den motorischen Fasern des Herzens zu rechnen. Die Zellen des zweiten Typus, meist multipolar, aber auch bi- und unipolar, sind häufig den Nervenstämmchen des subperikardialen Plexus angelagert, oft reihenweise angeordnet, und bilden zuweilen kleine Ganglien. Ihre Dendriten verästeln sich vielfach bis in ganz feine Ausläufer, die in die benachbarten Nervenstämmchen eintreten und diese verstärken. Ueber ihre Endigungsweise konnte D. nichts Sicheres feststellen: entweder enden sie mit irgend welchen Endapparaten in der Herzwand, oder ihre Endverästelungen müssen sich innerhalb der Nervenstämmchen der Herzgeflechte mit einander verbinden. Auch der Nervenfortsatz dieses Typus tritt in eines der Nervenstämmchen ein, bleibt entweder marklos oder erhält in grosser Entfernung von der Zelle eine Markscheide und tritt meist in den perikardialen Plexus ein. Bei den Zellen des dritten Typus gehen die Dendriten nicht über die Grenzen des Ganglion hinaus, stehen aber ihrem Charakter nach den Dendriten des zweiten Typus nahe. Sie bilden in ihren Endverästelungen ein dichtes Geflecht um die Ganglienzellen herum. Der Nervenfortsatz lässt sich als marklose Faser auf grosse Strecken hin verfolgen; über seine Endigung kann D. nichts Bestimmtes sagen.

In den Ganglien selbst endigen zweierlei Nervenfasern. Die einen, theils markhaltig, theils marklos in das Ganglion eintretend, verästeln sich hier bis in feinste Fädchen und umflechten alle Elemente des Ganglions, treten aber niemals in den von der Ganglienzellenkapsel umschlossenen Raum ein. Deshalb findet auch eine Berührung mit den Dendriten der Ganglienzellen nur dort statt, wo diese bereits ihre Kapsel verloren haben, also an ihren Endverästelungen. Einzelne Aestchen der in die Ganglien eintretenden Nervenfasern durchsetzen das Ganglion und treten in ein benachbartes Ganglion ein, auf diese Weise den Zusammenhang zwischen den verschiedenen Herzganglien vermittelnd. Der zweite Typus der von aussen an die Ganglien herantretenden Nervenfasern ist ausschliesslich markhaltig. Diese Fasern zerfallen während ihres ganzen Verlaufes in eine Menge markhaltiger, sich ihrerseits wieder theilenden Aeste, die in verschiedener Anzahl in viele längs ihrer Richtung liegende Ganglien eindringen. Im Ganglion verlieren sie ihre Markscheide, theilen sich bis in sehr feine Zweige, durchbohren die Kapsel einer Zelle und umflechten den Zellenkörper derart, dass sich eine Art Knäuel bildet, dessen Kern der Körper der Ganglienzelle ist. In dieser Weise werden meist mehrere Zellen von einem und demselben Nervenfaden durch Abgabe von Seitenästchen umhüllt, bis er schliesslich selbst an der Peripherie einer solchen Zelle in seine Endverästelungen zerfällt. Teichmann (Berlin).

11. **Ueber die nach Durchschneidung der extrakardialen Nerven auftretenden Veränderungen im Herzmuskel**; von R. Funke. (Ztschr. f. Heilkde. XX. 1. p. 1. 1899.)

Die unter sorgfältiger Berücksichtigung der Literatur vorgenommenen Versuche führten zu folgenden Ergebnissen.

Die einseitige Vagusdurchschneidung bedingt weder degenerative Processe der Herzmuskelfasern, noch das Auftreten deutlicher Veränderungen im interstitiellen Gewebe. Sie kann aber makroskopisch, wie mikroskopisch nachweisbare interstitielle Blutungen zur Folge haben.

Nach doppelseitiger Vagusdurchschneidung oder nach linkseitiger Vagusdurchschneidung mit gleichzeitiger Ausschaltung des rechten N. recurrens fanden sich mitunter myokarditische Veränderungen, während in ganz einwandfreien Fällen, etwa in zwei Drittel der Fälle keine Verfettung der Muskelfasern anzutreffen war. Als Ursache der in einem Dritttheil der Fälle auftretenden Verfettung kann der Wegfall specifisch trophischer Fasern des Vagus nicht einmal als wahrscheinlich angesprochen werden. Auch die nach doppelseitiger Vagusresektion auftretenden Blutungen im Herzmuskel sind nicht nothwendigerweise auf eine in Folge des Wegfalles specifisch trophischer Fasern auftretende abnorme Zerreissbarkeit der kleinen Herzgefässe zu beziehen; sie lassen sich zwanglos aus dem Wegfalle der Wirkung der im N. vagus verlaufenden Vasomotoren und der gleichzeitig gesteigerten Herzthätigkeit erklären.

Wenn neben der einseitigen Vagotomie mit oder ohne Ausschaltung des rechten N. recurrens die übrigen extrakardialen Nerven, wie N. sympathicus, depressor und das Ganglion stellatum resecirt wurden, konnten bei vollkommen einwandfreien Versuchen keine anderen Veränderungen im Herzmuskel, als die durch die Vagotomie allein bedingten, festgestellt werden.

Aufrecht (Magdeburg).

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/8

12. **Untersuchungen zur Anatomie des menschlichen Darmes**; von S. Stopnitzki. Mitgetheilt von R. Weinberg. (Internat. Mon.-Schr. f. Anat. u. Physiol. XV. 11. p. 327. 1898.)

Die Ergebnisse der nur verkürzt mitgetheilten Untersuchungen sind folgende: Die normale Breite des Mesenterium ist im Allgemeinen nicht so gross, wie bisher angenommen wurde. Seine grösste Breite (Höhe) erreicht das Mesenterium an zwei Stellen: etwa an der Grenze des oberen und mittleren Drittels und dann unweit des Dünndarmendes. Das zweite Maximum überwiegt zuweilen das erste. Manchmal besteht nur ein Maximum, es entspricht dann der Mitte der Dünndarmlänge. Die Richtung der Insertionlinie des Gekröses ist inconstant, ebenso ihre Länge. Auch die Lagerung der Dünndarmschlingen in Gruppen ist inconstant und hängt ab von der Richtung der Insertionlinie des Gekröses, von der Breite des letzteren und von einer Reihe sekundärer Bedingungen, vor Allem von abnormer Grössenzunahme der Abdominalorgane. Der Verlauf der Dünndarmzüge in den verschiedenen Gruppen wird bestimmt durch die Form des Mesenterium, unabhängig vom Verlauf der mesenterialen Insertionlinie, ausgenommen, wenn letztere gebrochen ist. Abweichungen im Verlaufe der Dünndarmschlingen werden von den Mesenterialfalten, die sich in der Richtung des Darmrohres bilden, herbeigeführt, und von jenen Hervorragungen, die in Folge der zickzackförmigen Anheftung des Darmes an das Gekröse entstehen. Die Länge des mesenterialen Dünndarms ist geringer, als bisher angenommen wurde. Die früheren Messungsergebnisse sind durch Dehnung des Darmes beeinflusst. Um solche Dehnung zu vermeiden, muss der Darm mit Chromsäure oder Formalin vorgehärtet werden. Das Geschlecht hat keinen Einfluss auf die relative Länge des Darmes. Die absolute Länge aber ist beim Manne grösser, als beim Weibe. Chronische Krankheiten, wie Tuberkulose, verringern die absolute und die relative Länge des Darmes. Die Frage nach dem Einflusse der Nationalität auf die Länge des Darmes ist noch offen. Länge des Darmes und Breite des Mesenterium sind nur prädisponirende Momente bei der Entstehung des Volvulus. Als unmittelbare Ursache dagegen sind schwerverdauliche Nahrung und die dadurch herbeigeführte Steigerung der Peristaltik zu betrachten. Teichmann (Berlin).

13. **Les vaisseaux lymphatiques du diaphragme et leurs rapports avec la cavité abdominale et avec le processus d'absorption**; par P. Oussoff. (Arch. russes de Pathol. etc. VII. 3. p. 316. 1899.)

Die Vertheilung der Lymphgefässe des Zwerchfelles zeigt bei den Säugethieren einen allgemeinen Typus: Die Lymphcapillaren bilden auf der Bauchfellseite ein kleinmaschiges, im Allgemeinen radiär angeordnetes Netzwerk; dieses steht durch Anastomosen, die das Zwerchfell durchsetzen, mit einem anderen Netz in Verbindung, das die Lymphgefässe auf der pleuralen Fläche bilden. Dieses letztere enthält die Lymphgefässe von grösserem Caliber, und hat auch grössere und mehr ringförmig angeordnete Alveolen. Das Endothel der peritonäalen Fläche des Zwerchfells unterscheidet sich von demjenigen der pleuralen durch die Grössenverhältnisse seiner Zellen. Die kleinen Zellen bedecken die oberflächlichen Lymphcapillaren. Die Resorptionstellen sind präformirt, aber nicht in dem Sinne, dass sie Oeffnungen darstellen. Die Vorbedingung für die Resorption ist vielmehr die direkte Anlagerung des Lymphgefässendothels an das Peritonaealendothel. Durch Erweiterung der Intercellularräume zwischen diesen beiden Endothellagen wird eine direkte Communikation zwischen der Bauchhöhle und dem Lymphgefässe hergestellt durch ein System von Spalten in Form eines Netzes. Die Lymphgefässe gehen also nicht direkt in die Bauchhöhle hinein, sondern sie stellen ein geschlossenes System dar, das sich nur an einzelnen Stellen dem Peritonaealendothel dicht anlagert. Diese Stellen befinden sich aber nicht blos im Centrum des Zwerchfelles, wie man annahm, sondern auf seiner ganzen Fläche vertheilt.

Teichmann (Berlin).

14. **De la signification morphologique des aponévroses périvésicales**; par B. Cunéo et V. Veau. (Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XXXV. 2. p. 235. Mars—Avril 1899.)

C. u. V. haben die Ausbildung der perivesikalen Fascien an Embryonen studirt. Der Allantoisstiel, der zunächst in die Bauchwand des Embryo eingeschlossen ist, macht sich plötzlich aus ihr frei und bildet einen Vorsprung in die Bauchhöhle. Er ist nun an die Vorderwand der Bauchhöhle nur durch ein dünnes Mesenterium befestigt. Hinter der Blase reicht die seröse Höhle bis zum Perinaeum herab. Im Verlaufe der Entwickelung verkleben die zu beiden Seiten des Allantoisstieles bestehenden prävesikalen Blindsäcke des Bauchfelles, und ihre beiden serösen Blätter werden durch eine aus ihrer Verwachsung entstandene aponeurotische Fascie ersetzt: das ist die Aponeurosis umbilico-praevesicalis. Ebenso verschwindet der recto-vesikale Blindsack und hinterlässt als Produkt der Verklebung die Aponeurosis prostato-peritonaealis. Die Entwickelung des perivesikalen Bauchfelles ist also sehr ähnlich derjenigen des intestinalen. Teichmann (Berlin).

15. **Untersuchungen über das postfötale Wachsthum der menschlichen Niere**; von Ludwig Külz in Kiel. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXV. 3. p. 579. 1899.)

Während, wie Toldt zuerst gezeigt hat, bei der Niere im fötalen Leben und noch 6—8 Tage nach der Geburt eine Neubildung ihrer Theile zu beobachten ist, erfährt sie späterhin nur eine Ver-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/9

grösserung durch Expansion ihrer kurze Zeit nach der Geburt fertig angelegten Theile.

K. unternimmt es nun zum ersten Male *den Grad des Wachsthums* der menschlichen Niere durch mikrometrische Messungen und Zählungen genauer zu verfolgen. Die gefundenen Zahlen (die sich auf das Wachsthum der Grösse, auf Zahl und Anordnung der Glomeruli, der Tubuli contorti, des Nierenmarkes, auf das Verhältniss des Nierengewichtes zum Gesammtgewichte des Körpers in den einzelnen Lebensjahren, auf dasjenige der Länge zur Breite, der Dicke der Rinde zur Markschicht, beider Nieren zu einander, erstrecken) werden in vergleichenden Tabellen vereinigt.

H. Beschorner (Dresden).

16. **The glomerular functions of the kidney**; by Ernest H. Starling. (Journ. of Physiol. XXIV. 3 and 4. p. 317. June 13. 1899.)

St. versucht neue Stützen für die Filtrationtheorie der Glomerularfunktion im Ludwig'schen Sinne beizubringen. Nach einer zu diesem Zwecke ausgearbeiteten Methode bestimmt er den osmotischen Druck der Colloidsubstanzen des Blutserum (7—8% Eiweiss) zu 25—30 mm Hg. Wenn also das Glomerulusepithel ein für Colloide impermeables Filter ist, so ist der minimale Druck, der noch den Uebergang einer colloidfreien Flüssigkeit in die *Bowman*'sche Kapsel zu Stande kommen lässt, über 30 mm Hg, etwa 40 mm Hg. Dieser Werth stimmt überein mit den Beobachtungen des Blutdruckwerthes, bei denen eben noch Harnsekretion vor sich geht. Die Harnsekretion hört auf, wenn der Blutdruck in den Glomerulis sich den Werthen des osmotischen Druckes der Serumproteide nähert. Bei Injektion von Diureticis nähern sich mit steigender Diurese die Zahlen für die osmotischen Drucke des Harns und des Blutplasma, das umgekehrte Verhalten sollte man erwarten, wenn die Diurese durch Nierenepithelreizung zu Stande käme. St. bestimmt ferner das Nierenvolumen am Oncometer und findet bei Injektion eines Diureticum (Traubenzucker), dass Nierenvolumen und Harnsekretion parallel gehen; der Erfolg bleibt aus, wenn gleichzeitig in die Vene die diuretische Zuckerlösung injicirt und aus der Carotis eine bestimmte Menge Blut entnommen wird; dadurch erscheint es wahrscheinlich, dass die Diurese der Hauptsache nach auf mechanische Kreislaufsänderungen zurückzuführen ist. Also primäre hydrämische Plethora, deren Folge: Blutdrucksteigerung und Vergrösserung der Cirkulationgeschwindigkeit des Nierenblutes. Dass eine specifische Epithelreizung durch die Zuckerinjektion nicht vorliegt, beweist die Thatsache, dass die Diurese verschwindet, lange bevor die Zuckerausscheidung zu Ende kommt.

W. Straub (Leipzig).

17. **Untersuchungen über den Mechanismus der Sekretionen und Exkretionen der Nierenzellen im normalen und pathologischen Zustande**; von Prof. A. Trambusti in Ferrara. (Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. X. 1. p. 8. 1899.)

Vergleichende Untersuchungen, die Tr. an den gesunden Nieren verschiedener Wirbelthiere, ferner an den Nieren künstlich durch Gifte oder durch Unterbindung des Harnleiters krankgemachter Thiere, endlich an den Nieren von Menschen, die ansteckenden Krankheiten erlegen waren, anstellte, ergaben, dass der *Bürstensaum* an den Zellen der unmittelbar auf die Gefässknäuel folgenden gewundenen Nierenkanälchen lediglich durch die *Absonderungen seitens der Zelle* hervorgerufen wird, dass der von Tr. beschriebene, von anderen Forschern nicht bemerkte gestreifte Rand dagegen eine besondere Vorrichtung der Zellen darstellt, die für den Ausscheidungvorgang von höchster Wichtigkeit ist.

Tr. nimmt an, dass der *gestreifte Saum,* der den freien Rand der Nierenzellen begrenzt, eine wirkliche *Schutzvorrichtung* der Zelle ist, in dem Sinne, dass er den Austritt von für den Bestand der Zelle, bez. des Körpers nützlichen Stoffen verhindert.

Was die in denselben Zellen vorkommenden *Bläschen* anlangt, so neigt Tr. zu der Annahme, dass die Bildung durchscheinender (hyaliner) Cylinder von diesen Bläschen ausgeht.

Radestock (Blasewitz).

18. **Zur Frage der inneren Sekretion von Nebenniere und Niere**; von Dr. M. Lewandowsky. (Ztschr. f. klin. Med. XXXVII. 5 u. 6. p. 535. 1899.)

Mit dem Begriffe der inneren Sekretion wird mancherlei Unfug getrieben. Im einzelnen Falle ist die Frage so zu stellen: „wird von einem Organe ein Stoff an das Blut abgegeben, welcher in erkennbarer Weise irgend eine Funktion des Organismus beeinflusst, und in welchem Umfange geschieht dies?“

Auf dieser Grundlage hat L. Nebenniere und Niere geprüft und hat gefunden, dass die Annahme, das Sekret der Nebenniere bewirke eine Blutdrucksteigerung, auf recht schwachen Füssen steht, und dass für eine innere Sekretion der Niere bisher überhaupt kein Beweis erbracht worden ist.

Dippe.

19. **Further observations upon the general physiological effects of extracts of the suprarenal capsules**; by Swale Vincent. (Journ. of Physiol. XII. 4. p. 270. 1898.)

Die subcutane Injektion des Nebennierenextraktes, entsprechend dem Gewichte von 60 g frischer Drüsen ruft bei Hunden zunächst Erregung mit Muskelzittern, später Parese und Lähmung hervor; ferner werden die Thiere auffallend durstig, lassen viel Harn, der aber nie blutig ist. Manchmal erbrachen die Hunde auch. Die Lähmung war

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/10

vor dem Tode mit einem Temperaturabfalle bis auf 26° C. verbunden. Bei Katzen begann die Vergiftung mit starker Beschleunigung der Athmung, die allmählich in das Gegentheil überging.

In Anbetracht der grossen Dosen von Nebennierenextrakt, die zur Erzielung von Vergiftungsymptomen nöthig waren, nahm V. Controlversuche mit Extrakten von Kaninchenlebern und von Schafsgehirn, von Milz, Nieren und Muskeln vor. Da alle diese Organextrakte wirkungslos waren, wenn sie durch Kochen und Filtriren bereitet waren, schliesst V., dass im Säugethierorganismus ausser der Schilddrüse nur die Nebenniere ein giftiges Extrakt liefert. Auch das Extrakt der Zirbeldrüse (Glandula pituitaria) war ohne Wirkung.

Bei Katzen vermochte die *subcutane* Injektion selbst tödtlicher Dosen von Nebennierenextrakt während der nächsten der Injektion folgenden halben Stunde nicht einmal den Blutdruck in die Höhe zu treiben. H. Dreser (Elberfeld).

20. **The behaviour of the haemoglobin and electrolytes of the coloured corpuscles when blood is laked**; by G. N. Stewart. (Journ. of Physiol. XXIV. 3 u. 4. p. 211. 1899.)

St. bestimmte die elektrische Leitfähigkeit (den Dissociationgrad) und die Gefrierpunktserniedrigung (die molekulare Concentration) von Blut, das er auf verschiedenem Wege lackfarbig gemacht hatte; durch Verdünnung mit Wasser, durch Erwärmen, durch Zugabe von Saponin oder Serum einer fremden Thierart, durch längeres Stehenlassen oder Gefrieren und Wiederaufthauen. Resultate: das gegenseitige Verhältniss zwischen Hämoglobin, Elektrolyten und anderen Bestandtheilen des rothen Blutkörperchens oder dessen Hülle ist ein derartiges, dass unter Umständen das Hämoglobin austreten kann, während die Elektrolyten zurückgehalten werden; wenn auch bei gewissen Bedingungen die Elektrolyten die Hülle passiren und das Hämoglobin zurückgehalten wird, so ist es doch im Allgemeinen für das Hämoglobin trotz seines grossen Moleküls leichter die Hülle zu passiren als für die Elektrolyten. Da das rothe Blutkörperchen nicht genügend wasserhaltig ist, um alles Hämoglobin zu lösen, und andererseits bei Verdünnung mit Wasser für jeden Verdünnunggrad eine bestimmte Menge Hämoglobin nach aussen tritt, während doch vermuthet werden sollte, dass bei durch Verdünnung einmal hergestellter Permeabilität alles Hämoglobin nach aussen gehen sollte, so schliesst V., dass im Blutkörperchen ein Theil des Farbstoffes ungelöst enthalten ist. V. hält es sogar für wahrscheinlich, dass kein Hämoglobin und nur ein Theil der Elektrolyten im Blutkörperchen gelöst ist; der ungelöste Rest soll in irgend einer festen Bindung am Stroma sein.

W. Straub (Leipzig).

III. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

21. **Weitere Untersuchungen über die bakterienfeindlichen Stoffe der Leukocyten**; von A. Schattenfroh. (Arch. f. Hyg. XXXV. 2. p. 135. 1899.)

Für die *Serumalexine* hat Buchner gefunden, dass sie zur Entfaltung ihrer Wirksamkeit an einen gewissen Salzgehalt ihres Medium gebunden sind, und dass sie bei Erhöhung des Salzgehaltes über die physiologische Norm hinaus widerstandsfähiger gegen höhere Temperaturen werden. Die baktericide Wirkung der *Leukocytenstoffe* ist dagegen nach Sch. unabhängig von dem Salzgehalte des Medium; die Erklärung dieses abweichenden Verhaltens liegt vielleicht darin, dass die baktericiden Stoffe in den Zellen in einem anderen Molekularcomplexe abgelagert sind, als in der Gewebe- oder Blutflüssigkeit, vielleicht sind auch die baktericiden Leukocytenstoffe als Vorstufen der Serumalexine aufzufassen. Das Exsudatplasma nimmt nach seinem Verhalten eine Mittelstellung zwischen Zelle und Blutserum ein.

Eine *globulicide* Wirkung kommt den bakterienfeindlichen Stoffen der Leukocyten nicht zu. Sch. vermuthet daher, dass die globulicide Wirkung des Blutserum auf einem specifisch globuliciden Stoffe beruht, und schlägt vor, den Sammelausdruck „Alexine“ fallen zu lassen und diese Bezeichnung nur für die *baktericiden* Stoffe des Serum zu gebrauchen.

Es folgt dann eine kritische Besprechung der Arbeiten von Löwit, Bail u. A.

Woltemas (Diepholz).

22. **Ueber die baktericide Kraft der Leukocytenstoffe verschiedener Thierspecies und ihr Verhältniss zu den baktericiden Stoffen des Blutserums**; von Dr. C. Däubler in Berlin. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 4. p. 129. 1899.)

D. wies durch Thierversuche nach, dass die keimtödtende Kraft der weissen Blutkörperchen verschiedener Thiere (Hund, Kaninchen und Meerschweinchen) an sich eine messbar verschiedene ist, und dass auch bestimmten Krankheiterregern gegenüber dieser Unterschied zwischen den einzelnen weissen Blutkörperarten sehr bestimmt hervortritt. Wurde z. B. ein bestimmter Spaltpilz von den Eiterkörperchen des Hundes schneller vernichtet, als von Eiterkörperchen des Kaninchens, so zeigten sich manchen anderen Spaltpilzen gegenüber die Eiterkörperchen des Kaninchens denen des Hundes an Kraft überlegen.

Die keimtödtende Kraft keimfreien Eiters war an sich höher als die eines Eiterkörperchen enthal-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/11

tenden Brusthöhlenergusses von demselben Thiere und wurde innerhalb einiger Tage nicht abgeschwächt.

Die lebenden, wie die abgetödteten weissen Blutkörperchen des Hundes besassen an sich mehr keimtödtende Kraft, als ihr Blutwasser (bez. Lymphe) und behielten sie auch nach Erhitzen auf 60° C. bei Vertheilung in neutraler keimfreier Flüssigkeit, in der übrigens die Erscheinung der Zusammenballung nicht zu Stande kam.

Wurden weisse Blutkörperchen einer fremden Thierart in einen Thierkörper gebracht, so büssten die des letzteren nichts an Kraft und Lebensfähigkeit ein, wenn auch die ersteren nach kurzer Wirksamkeit zerfielen.

Wurde endlich ein Hund unempfänglich für Typhus gemacht, so wurden in seinen weissen Blutkörperchen keine keimtödtenden Stoffe abgelagert und ihre keimtödtende Kraft blieb unverändert dieselbe.

Als *Hauptergebniss* glaubt D. seinen Beobachtungen das entnehmen zu dürfen, *dass die keimtödtenden Stoffe des Blutwassers* einerseits *und die der weissen Blutkörperchen* andererseits *nicht die gleichen* sind. Radestock (Blasewitz).

23. **Étude sur la phagocytose des streptocoques atténués et virulents**; par L. Marchand. (Arch. de Méd. expérim. X. 2. p. 253. 1898.)

M. beobachtete das Verhalten abgeschwächter und vollvirulenter Streptokokken in ihrer Wirkung auf den Thierkörper. Sowohl die abgeschwächten, wie die hochvirulenten Streptokokken wurden durch Blutserum von Kaninchen, Hunden und Meerschweinchen nicht vernichtet, sondern vermehrten sich reichlich darin. Anders verhalten sich beide Arten gegenüber den Leukocyten. Während die abgeschwächten Streptokokken einer energischen Phagocytose unterliegen, ist diese bei den virulenten Keimen nur schwach und gering. Die Phagocytose hängt nach Ansicht von M. von den physischen Eigenschaften der Mikroben ab und steht unter dem Einflusse der taktilen Funktionen der Leukocyten. Ein virulenter Streptococcus ist daher ein solcher, der der Phagocytose nicht unterliegt. Forstmann (Dresden).

24. **Zur Theorie der als „Fadenbildung" beschriebenen Serumreaktion**; von Dr. Meinhard Pfaundler. (Wien. klin. Wchnschr. XII. 13. 1899.)

Pf., der bereits im Herbste 1897 auf das Auftreten von Fadenbildung in Spaltpilzculturen (von Bact. coli) aufmerksam wurde, beobachtete hierbei im Wesentlichen, dass in der Mischung von Cultur und verdünntem Blutwasser stäbchenförmige Spaltpilze zu zarten, scheinbar endlos langen, zu dichten Knäueln verschlungenen Fäden auswachsen.

Eine merkwürdige Eigenschaft dieser Fäden war die, bei der geringsten Erschütterung zu *zerfallen,* so dass *photographische Aufnahme* Pf. beinahe unmöglich erschien. Nach vielen missglückten Versuchen gelang es aber endlich, das Bild eines hängenden Tropfens mit diesen Fäden aufzunehmen. Dieses Bild zeigte in vorzüglicher Weise, dass *sämmtliche* Stäbchen des Spaltpilzes 48 Stunden nach der Mischung von Cultur und verdünntem (1proc.) Blutwasser zu Fäden ausgewachsen waren und buchstäblich nicht ein einziges Stäbchen daran unbetheiligt geblieben war, dass ferner die Fäden, die während der $2^1/_2$stünd. Aufnahme scheinbar *bewegungslos* blieben, *stellenweise verzweigt* und gegliedert waren. Die Fadenbildung war meist von einer *Klärung* der Nährflüssigkeit, bez. Cultur und einer mit freiem Auge wahrnehmbaren *Niederschlagsbildung* begleitet, weshalb Pf. vermuthet, dass Fadenbildung und Zusammenballung (Gruber) in Zusammenhang mit einander stehen.

Im Uebrigen betrachtet Pf. diese Fadenbildung als Zeichen einer Umwandlung der Spaltpilze im erkrankten Körper und als Ausdruck der eingetretenen *Unempfänglichkeit* des Blutwassers, bez. des Körpers *für neue Ansteckungen.*

Radestock (Blasewitz).

25. **Ein Beitrag zur Kenntniss des Mechanismus der Agglutination**; von Dr. R. Kraus und Dr. W. Seng. (Wien. klin. Wchnschr. XII. 1. 1899.)

K. u. S. schlossen aus ihren physikalischen Versuchen, dass das Entstehen flockiger Niederschläge von Spaltpilzen ein *rein mechanischer,* durch das Entstehen von Niederschlägen überhaupt bedingter *Vorgang* ist, der mit der Beschaffenheit der Spaltpilze an sich und deren Lebenserscheinungen in keinerlei unmittelbarem Zusammenhange steht. Radestock (Blasewitz).

26. **Ueber die Pilze des Paludismus.** *Bakteriologische und klinische Untersuchungen;* von Dr. v. Kubassow. (Berlin 1898. Aug. Hirschwald. Gr. 8. 24 S. mit 5 Tafeln.)

Die Untersuchungen wurden bei den 3 Haupttypen der Malaria, der Quotidiana, Tertiana und Continua vorgenommen. Es wurden, um die Formen des Parasiten zu erforschen, fortlaufend zahlreiche Bluttrockenpräparate in den verschiedenen Stadien der Krankheit und nach dem Anfalle gemacht. Zu Reinculturen wurden die klassischen Nährböden, Bouillon, Gelatine, Agar-Agar, wie auch solche mit Zusatz von Harn, Glycerin, Eisen, Ferratin, Traubenzucker, Reis, Kartoffeln u. s. w. verwendet. Ueberimpft man einen Tropfen Blut eines an Febris quotidiana Erkrankten auf geeignete Nährböden, so entwickeln sich schon in einigen Stunden Mycelien. Auf dem Mycelium erscheinen an Hyphen Knospen und Kugeln. Diese Plasmodialkugeln platzen und liefern Plasmodialscheiben, an deren Peripherie Sporen bemerkbar werden. Durch Zerfall der Scheiben entstehen die eigentlichen

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/12

Plasmodien. Ausser ihnen kommen noch andere Bildungen in Form von Rosetten vor, die bei wiederholten Erkrankungen eines Individuum eine Rolle spielen. Die Plasmodien spalten sich wieder und zuletzt resultirt eine enorme Masse von mit einem schmalen Ringe plasmodialen Protoplasmas umgebenen Sporen. Durch eigenartige Sprossung der Sporen entstehen Promycelien (Keimmycel), die unter günstigen Umständen in Mycelium auswachsen. Bei der Tertiana und Continua ist der Entwickelunggang fast derselbe. Im Blute von Vögeln, die für den Intermittenspilz sehr empfänglich sind, wie auch beim Menschen machen die Pilze denselben Entwickelunggang durch wie in der Cultur.

Das Froststadium beim Menschen fällt mit dem Momente des Freiwerdens der Sporen aus den Plasmodien zusammen; im Hitzestadium findet man im Blute eine enorme Menge von Sporen. Das Promycelium erscheint beim Menschen bei der Febris quotidiana 10 Stunden nach Anfang des Anfalles. Die Pilze sind wenig resistent. Zusätze von Chinin und Arsenik zu den Nährböden beeinträchtigen die Entwickelung sehr stark. Auf Grund der Untersuchungen soll man Chinin. hydrochlor. 14—15 Stunden, Chinin. sulphur. 16—18 Stunden vor Beginn des Anfalles bei der Quotidiana und 24 Stunden vor Beginn des Anfalles bei der Tertiana geben. Die Infektion geschieht sowohl durch die Lungen, als durch den Verdauungtractus. Bei der Verbreitung der Krankheit spielen die Vögel eine bedeutende Rolle, da der in den Exkrementen entleerte Pilz in deren Blute Monate lang fortlebt. Die Bewusstlosigkeit bei der Intermittens comatosa ist einmal durch Verschluss der Gefässe des Hirns durch Plasmodien und bei einer zweiten Form durch Intoxikation des Organismus durch ein Toxin zu erklären.

v. K. beschreibt noch den Befund bei der Malariakachexie und der Febris quartana, der der Behandlung am hartnäckigsten widerstehenden Form. Forstmann (Dresden).

27. **Neuere Arbeiten über Malaria** (*1892—1897*). Zusammenfassendes Referat von Dr. Ottone Barbacci in Siena. (Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. X. 2 u. 3. p. 64. 1899.)

B., der bereits 1892 das Wichtigste aus der Literatur über Sumpffieber in einer zusammenfassenden Arbeit mitgetheilt hat, giebt in der vorliegenden *werthvollen* Arbeit zunächst eine Zusammenstellung aller seitdem bis zum Jahre 1897 erschienenen Veröffentlichungen über Sumpffieber, unterzieht sie einer kritischen Besprechung und stellt zuletzt die wichtigsten Thatsachen, die sich aus den einzelnen Arbeiten ergaben, kurz zusammen.

In der Schlussbetrachtung betont B., dass nun keine Unklarheit mehr darüber bestehe, dass das Sumpffieber eine von *Parasiten* verursachte Krankheit sei. Der feinere *Bau* der Sumpffiebererreger ist der Gegenstand wichtiger Arbeiten gewesen, die zum grössten Theile mittels neuer Färbungsweisen ausgeführt wurden. Das wichtigste Ergebniss dieser Untersuchungen besteht darin, dass Einige im Parasiten einen Kern fanden mit allen den Eigenschaften, wie man sie an den Kernen von Zellen thierischer Gewebe findet; Manche gingen sogar so weit, anzunehmen, dass bei der Vermehrung Kerntheilungsfiguren in diesem Kerne auftreten (Romanowsky u. A.). Andere leugnen das Vorkommen solcher Kerntheilungsfiguren und überhaupt die Kernnatur dieses kernähnlichen Gebildes (Bastionelli und Bignami).

In Betreff der Stellung der Parasiten im Thierreiche stimmen jetzt alle Forscher darin überein, ihn den *Sporozoën* zuzurechnen; die meisten bringen ihn in einer besonderen Ordnung, den *Hämosporidien,* unter. Die *Züchtung* des Sumpffiebererregers ist bisher misslungen.

Dass das Sumpffiebererreger enthaltende Blut, wenn es in den Kreislauf gesunder Menschen eingeführt wird, bei diesen das Sumpffieber erzeugt, war schon früher bekannt; neuere Versuche ergaben übereinstimmend, dass auf diese Weise nicht nur Sumpffieber überhaupt, sondern sogar dessen zeitlicher Verlauf übertragen wird, d. h. die Art des Wechselfiebers.

Kein Forscher konnte angeben, in welchem Zustande sich der Sumpffiebererreger ausserhalb des menschlichen Körpers befindet und wie er in letzteren *eindringt.*

Auch die *Uebertragung* des Sumpffiebers von der schwangeren Mutter auf das Kind ist noch eine unentschiedene Frage.

Festgestellt wurde, dass sich während eines Sumpffieberanfalles *Giftstoffe* im Körper bilden, die am leichtesten durch den Harn und zum Theil auch durch den Schweiss ausgeschieden werden.

Der Verdauungsthätigkeit der *weissen Blutkörperchen* im Verlaufe des Sumpffiebers maassen die Forscher verschiedenen Werth bei: einige hielten die weissen Blutkörperchen nur für fähig, die vom Sumpffieber angegriffenen rothen Blutkörperchen und abgestorbene Krankheiterreger, also so zu sagen die Schlacken des Blutes in sich aufzunehmen; andere waren der Ansicht, die weissen Blutkörperchen vermöchten lebendige Krankheiterreger anzufallen, sie zu verschlucken und zu zerstören.

Während endlich einige Forscher der Meinung waren, auch die *Ansteckungen* im Frühjahre könnten ausnahmeweise bösartiges Sumpffieber zur Folge haben, stimmten die meisten in der Annahme überein, lediglich die Ansteckung im Sommer, bez. Herbst, zeichne sich durch Bösartigkeit des Fiebers aus.

Bei *bösartigen* Fieberanfällen war die absolute Menge der Parasiten in dem ergriffenen Körper ungeheuer gross, nur stand sie nicht immer im Verhältnisse zu der, die man durch Untersuchung des kreisenden Blutes allein feststellen kann.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/13

Von allen *Begleiterscheinungen* des Sumpffiebers zog das *Blutfarbstoffharnen* die Aufmerksamkeit der behandelnden Aerzte am meisten auf sich. Es pflegt in Ländern der heissen Zone häufiger und stärker aufzutreten als in der gemässigten Zone und wird von den meisten Forschern den Nieren zugeschrieben, d. h. einer *Nierenentzündung.*

Radestock (Blasewitz).

28. **Italienische Gesellschaft zur Erforschung der Malaria.** *1. Jahresbericht (1898),* erstattet von Prof. Celli in der 1. Sitzung der Gesellschaft (3. Dec. 1898). (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 5. p. 187. 1899.)

C. berichtete, die Uebertragung des Sumpffiebers auf Menschen durch Insekten sei nunmehr durch Versuche erwiesen; letztere hätten indess ergeben, dass die gemeinste Stechmückenart (*Culex pipiens*) für den Menschen *unschädlich* ist.

Das Ziel weiterer Untersuchungen sei, Thiere unempfänglich für das Sumpffieber zu machen und von ihnen dann Mittel zur *Schutzimpfung* zu erlangen. Hierfür sei es nicht belanglos, dass Dionisi einen dem menschlichen Sumpffieberkeime ganz ähnlichen Schmarotzer bei einigen Arten von Fledermäusen und Casagrandi einen solchen innerhalb der rothen Blutkörper eines kleinen Säugethieres der Gefilde fand.

Radestock (Blasewitz).

29. **Zur Färbung der Malariaparasiten**; von Dr. Nocht in Hamburg. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXIV. 22. p. 839. 1898.)

N. erhielt tadellose Präparate von Sumpffieberparasiten, wenn er zur Färbung *neutrale* schillernde Methylenblaulösung verwandte, die er mit Eosin und gewöhnlichem Methylenblau *vermischt* hatte. Dann hob sich der leuchtend roth gefärbte Kerntheil des Schmarotzers prachtvoll von dem übrigen, rein blau gefärbten Körper und letzterer wieder sehr deutlich von den rosig bis braunroth gefärbten rothen Blutkörperchen ab.

Dieses Verfahren ist eine Verbesserung der Romanowsky'schen Färbung und zeichnet sich, wie N. angiebt, durch Zuverlässigkeit und leichte Handhabung aus. Radestock (Blasewitz).

30. **Bakteriologische Untersuchungen bei Keuchhusten**; von Dr. Otto Zusch in Aachen. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXIV. 21. p. 769. 1898.)

Z., der auf Anregung Dinkler's den Auswurf von 25 keuchhustenkranken Kindern untersuchte, fand darin regelmässig ein *Kurzstäbchen,* das gut auf feuchten Nährböden gedieh, keine Sporen bildete, sehr geringe Widerstandsfähigkeit gegen Hitzegrade über 40° C. und gegen Austrocknung besass, sich am besten bei 37—38° C., erheblich langsamer bei Zimmerwärme entwickelte und geringes Sauerstoffbedürfniss besass. Es brachte Milch nicht zum Gerinnen, Traubenzuckeragar nicht zum Gähren. Stammte der Auswurf aus der Zeit der heftigsten Anfälle, so gelang die *Reinzüchtung* aus dem Auswurfe sehr leicht. Mit der Abnahme der Hustenanfälle (Stadium catarrhale) schwanden auch die Kurzstäbchen aus dem Auswurfe.

Letzterer Umstand, sowie manche andere Eigenschaften dieses Spaltpilzes machten es zwar *wahrscheinlich,* dass das beschriebene Kurzstäbchen der Erreger des Keuchhustens ist, was nicht nur für die frühzeitige Erkennung, sondern auch für die Behandlung des Keuchhustens, sowie für den Schutz dagegen von Wichtigkeit wäre, doch ist der Nachweis hierfür noch nicht erbracht.

Radestock (Blasewitz).

31. **Zur Frage der bei Keuchhusten beschriebenen Polbakterien**; von Dr. Czaplewski in Köln. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXIV. 23. p. 865. 1898.)

Cz. verglich seine Präparate von Keuchhustenstäbchen mit den von Zusch in Aachen hergestellten Präparaten desselben Spaltpilzes; die Befunde Beider deckten sich vollständig. Zusch war unabhängig von Hensel und C. zu den gleichen Ergebnissen gelangt.

Um so mehr hält Cz. Vincenzi gegenüber daran fest, dass ihm die Reinzüchtung von Keuchhustenspaltpilzen gelungen sei und dass letztere mit falschen Diphtheriestäbchen nichts zu thun hätten. Auf die Angaben Vincenzi's, der den Erreger des Keuchhustens in einem sehr kleinen Kugelstäbchen entdeckt zu haben glaubt, will C. eine besondere Erwiderung folgen lassen.

Radestock (Blasewitz).

32. **Ueber die Cultur der von mir bei Lepra gefundenen Diphtheridee**; von Prof. V. Babes in Bukarest. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 4. p. 125. 1899.)

B., der 1889 im Aussatze einen dem Loeffler'schen ähnlichen Spaltpilz gefunden und gezüchtet hatte, setzte diese Untersuchungen neuerdings fort, wobei er fand, dass der dem Bräunestäbchen ähnliche Spaltpilz in der That bei Aussatz regelmässig und in vielen Körpertheilen, bez. Eingeweiden verbreitet vorkommt und dass er (was auch für andere Spaltpilze der diphtherieähnlichen Gruppe gilt) sich *nicht* nach dem Ehrlich'schen Verfahren färbt. Bisher fand B. indess kein entscheidendes Merkmal auf, um den Aussatz-Spaltpilz von den gewöhnlich in Geschwüren vorkommenden Stäbchen zu unterscheiden, namentlich von solchen, die sich langsam, aber reichlich entwickeln.

Nach dieser Sachlage kam B. zu keinem abschliessenden Urtheile über die Bedeutung des fraglichen Spaltpilzes; er begann aber Thiere damit zu impfen, um von ihnen Blutwasser für weitere Untersuchungen zu gewinnen.

Radestock (Blasewitz).

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/14

33. **Ueber den Dysenteriebacillus (Bac. dysenteriae)**; von Dr. K. Shiga in Tokio. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXIV. 22. p. 817. 1898.)

Im Herbste des Jahres 1897 wüthete die Ruhr in allen Theilen Japans. Von 89400 Fällen nahmen 22300 = 24% einen tödtlichen Ausgang.

Unter Leitung Kitasato's nahm Sh. an 36 dazu besonders ausgewählten Kranken Spaltpilzuntersuchungen vor:

Bei 34 Ruhrkranken wurde in den Entleerungen und bei 2 an Ruhr Verstorbenen in der Darmwand und den Gekrösdrüsen jedesmal ein eigenartiger stäbchenförmiger Spaltpilz gefunden, der nie bei Gesunden oder anderen Kranken gefunden wurde. Er war ein kurzes Stäbchen mit abgerundeten Enden und ähnelte den Coliarten. Er färbte sich mit *Methylenblau,* besonders stark an beiden Enden; nach Gram wurden die Pilze entfärbt. Sie hatten eine mässige Eigenbewegung, Geisselfäden konnten nicht sicher nachgewiesen werden; Sporenbildung fehlte. Von den Aussaaten des Stäbchens wurde *Gelatine nicht verflüssigt.* Im Allgemeinen wuchsen die Stäbchen auf stark *alkalischen* Nährböden am besten.

Wurden diese Stäbchen mit dem Blutwasser Ruhrkranker zusammengemischt, so *ballten* sie *sich* deutlich zu Klümpchen *zusammen,* was bei dem Zusatz von Blutwasser anderer (ruhrfreier) Kranker oder Gesunder ausblieb. Wurden reingezüchtete Stäbchen einem *Meerschweinchen* in die Bauchhöhle eingespritzt, so entstanden manchmal Blutungen auf der Darmwand, so dass der Darminhalt sich blutig verfärbte. Führte man die reingezüchteten Spaltpilze jungen *Hunden* oder *Katzen* in den Magen ein, so erkrankten diese nach 1—2 Tagen an schleimhaltigen Durchfällen. Als ferner Sh. sich 0.8 ccm einer durch Wärme abgetödteten Fleischbrühaufschwemmung von reingezüchteten Stäbchen in den Rücken hatte einspritzen lassen, erkrankte er fieberhaft an schweren Allgemeinerscheinungen, wie er sie bei schweren Ruhrfällen sah; indessen berichtet er nichts von Durchfällen.

Nach diesen Ergebnissen vermuthete Sh., dass man den von ihm beschriebenen Spaltpilz als Erreger der Ruhr betrachten könne und begann Versuche über *Schutzimpfung* anzustellen, über die er bald Näheres mittheilen will.

Endlich zog Sh. aus den Ergebnissen seiner Untersuchungen den Schluss, es sei ungewiss, ob das von ihm beschriebene Stäbchen sich mit dem typhusähnlichen Spaltpilz von Kruse und Pasquale oder mit dem B. coli dysenterico von Lelli decke; für diese Entscheidung sei noch der Nachweis der Zusammenballung erforderlich. Auch fand Sh., dass der seiner Zeit von Ogata beschriebene Spaltpilz dem seinigen nicht gleich sei, da ersterer im Gegensatz zu letzterem sich nach Gram färbt und Gelatine verflüssigt und bei den von Sh. untersuchten Ruhrkranken überhaupt niemals zu finden war. Radestock (Blasewitz).

34. **Ulcerative colitis**; by Joseph T. Buxton. (Proceedings of the pathol. Soc. of Philad. II. 3. p. 51. Jan. 1899.)

Der Dickdarm eines an ruhrartigen Erscheinungen verstorbenen erwachsenen Mannes war stark verdickt. Seine Schleimhaut zeigte zahlreiche Blutergüsse und zahlreiche bis in das Zellgewebe unter der Darmschleimhaut sich erstreckende, bis 1 cm im Durchmesser grosse Geschwüre. Die Gekrösdrüsen waren stark vergrössert, die Nieren blutüberfüllt, blutig gefärbter Erguss war in der Bauchhöhle vorhanden.

Etwaige Krankheiterreger scheint B. nicht gefunden zu haben. Radestock (Blasewitz).

35. **Hemorrhagic infarction of the mesentery and intestine**; by David Riesmann. (Proceedings of the pathol. Soc. of Philad. II. 4. p. 53. Febr. 1899.)

Eine ältere, an Fettsucht leidende Frau erkrankte an allmählich eintretendem Schmerz in der Magengegend, wozu sich (blutiger) Durchfall und Kotherbrechen gesellten.

Die Todesursache bestand in einer Verstopfung der oberen Gekrösvene, muthmaasslich verursacht durch Schrumpfleber. Das zugehörige Darmstück war mit Blut durchsetzt, bez. brandig geworden; eine umschriebene frische Bauchfellentzündung deutete darauf hin, dass Spaltpilze durch die veränderte Darmwand hindurch gedrungen waren.

Klinisch bemerkenswerth war in diesem Falle das allmähliche Einsetzen des Schmerzes, der bei plötzlicher Verstopfung der Gekrösschlagader schlagartig einsetzt, sowie der Mangel eines wässrigen Ergusses in der Bauchhöhle, der bei Verstopfung der Gekrösschlagader nicht ausbleibt. Radestock (Blasewitz).

36. **Multiple amoebic abscess of the liver without dysentery**; by Joseph T. Buxton. (Proceedings of the pathol. Soc. of Philad. II. 3. p. 49. Jan. 1899.)

Der Tod einer 41jähr. Frau wurde durch Lebervereiterung verursacht, ohne dass Ruhr vorausgegangen wäre. Die vergrösserte Leber zeigte in ihrem linken Lappen einen wallnussgrossen, im rechten 4 noch grössere *Eiterherde,* in deren Inhalt *Amoeba coli* nachzuweisen war.

Das die Eiterherde umgebende Lebergewebe war nicht krankhaft verändert; ebenso war die Darmschleimhaut allenthalben gesund. Radestock (Blasewitz).

37. **An experimental inquiry into cirrhosis of the liver**; by Vaughan Harley and Wakelin Barratt. (Brit. med. Journ. Dec. 10. 1898.)

H. u. B. schlossen Kaninchen und Meerschweinchen als Versuchsthiere aus, weil bei solchen häufig das Krankheitbild durch Darm-, bez. Leberschmarotzer (Psorospermien) getrübt wird, und benutzten lediglich *Katzen,* bei denen sie den gemeinsamen Gallengang des linken Leberlappens doppelt (mit Durchschneidung) unterbanden, während sie den rechten Leberlappen unberührt liessen. Nicht nach kurzer Zeit (wie dies frühere Beobachter thaten), sondern erst 5—6 Monate nach der Unterbindung wurden die Thiere getödtet. Es zeigte sich dann, dass der linke Leberlappen im Gegensatz zum rechten nicht mehr eine glatte, sondern eine höckerige Oberfläche besass und dass eine entzündliche Wucherung des Bindegewebes zwischen den

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/15

Leberläppchen und ein geringer Schwund der letzteren eingetreten waren. Eine augenfällige Verkleinerung des linken Leberlappens war indessen nach halbjähriger Versuchsdauer noch nicht erfolgt, jedoch glauben H. u. B., dass es zu ihr kommen würde, wenn die Versuchsthiere noch länger am Leben erhalten würden.

Radestock (Blasewitz).

38. **Zur Kenntniss der perikarditischen Pseudolebercirrhose (Pick)**; von Nachod. (Prag. med. Wchnschr. XXIII. 26. 1898.)

Pick hat einen Symptomencomplex beschrieben, der klinisch ganz das Bild der Lebercirrhose darbietet, wobei aber die Sektion eine primäre chronische Perikarditis erkennen lässt mit sekundärer Erkrankung der Leber.

N. beschreibt einen Fall bei einem Kinde, in dem neben einer Herzaffektion Ascites bestand. Bei der Laparotomie, die vorgenommen wurde, da sich eine tuberkulöse Peritonitis nicht ganz ausschliessen liess, war das Peritonaeum völlig glatt, ohne Adhäsionen; die Leber war vergrössert. Die *Sektion* (die nach 1jähr. Spitalaufenthalte vorgenommen wurde) ergab eine Perikarditis mit ausgedehnten Synechien; das Leberparenchym war von derber Consistenz. Der peritonäale Ueberzug der Leber war mit käsigen Knoten besetzt. Es handelte sich um eine Pseudocirrhosis hepatis e renostasi. Die Bauchfelltuberkulose, die zur Zeit der Laparotomie noch nicht bestanden hatte, war als frisch hinzugetreten anzusehen.

Forstmann (Dresden).

39. **Zur Kenntniss der Perihepatitis chronica hyperplastica (Zuckergussleber)**; von Dr. R. Schmaltz und Dr. O. Weber in Dresden. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 12. 1899.)

Mittheilung eines Falles von Perihepatitis chronica hyperplastica, die bisher nur Gegenstand weniger Beobachtungen war.

Aus der ausführlichen Krankengeschichte und dem Sektionprotokolle sei kurz nur Folgendes erwähnt: Die Krankheit begann akut, entwickelte sich langsam und blieb lange stationär. Der Aufnahmebefund ergab im Wesentlichen: Dämpfung und pleuritisches Reiben links hinten unten, systolisches Geräusch an der Herzspitze (zu dem später noch perikarditisches Reiben trat), Ascites, der 33 Punktionen nöthig machte. Die am Rande gewulstete, sonst aber nicht höckerige Leber stand handbreit über der Symphyse. Sektionbefund: Chronische Peritonitis der oberen Theile des Bauchfelles, alte Perityphlitis, frische Pericarditis fibrinosa, Pleuritis adhaesiva sinistra, *Perihepatitis fibrinosa chronica*. Die Leber war mit einem 0.5—0.6 mm dicken, weissen, porzellanartig glänzenden bindegewebigen Ueberzug versehen, der das Leberparenchym comprimirte.

Die hyperplastische Perihepatitis kann in diesem Falle nicht auf eine durch chronische Stauung bedingte Reizung zurückgeführt werden, da schwerere ältere Herzerkrankungen fehlten, doch erscheint die Annahme gerechtfertigt, dass die Leber durch eine anamnestisch wahrscheinliche vorübergehende Herzschwäche sich akut stark vergrösserte. Zu derselben Zeit (möglicher Weise vom entzündeten Blinddarme aus) gelangten Entzündungerreger in den gespannten Ueberzug der geschwollenen Leber und gaben Anlass zu einer chronischen Entzündung der Leberkapsel. Die Ursachen des sich stets wieder ansammelnden Ascites lassen sich vielleicht durch die Verwandlung eines grossen und für den Abfluss der Peritonäalflüssigkeit wichtigen Theiles des oberen Bauchfelles in schwieliges Gewebe und dadurch bedingte verminderte Resorptionfähigkeit erklären.

H. Beschorner (Dresden).

40. **Ueber örtliche und metastatische Eiterungen des Knochenmarkes**; von Dr. J. Löwenstein. (Dorpat 1899. C. Mattiesen. 8. 54 S.)

In dieser unter Koch's Leitung gearbeiteten Dissertation stellt L. folgende Sätze auf:

„1) Embolisch, auf dem Wege der Blut- und Lymphbahn eingeleitete Eiterungen des Knochenmarkes, nach Auffassungen der heutigen Zeit die häufigsten Markeiterungen, sind thatsächlich äusserst selten, nach Erfahrungen der Dorpater Klinik im Verhältniss von höchstens 1:300 zu gewärtigen. 2) Die klinisch wichtigste und häufigste Art dieser Eiterung ist vielmehr die örtlich eingeleitete, jene, die von irgend einer Oberfläche aus kürzesten Weges und ohne Vermittelung des Gefässsystems auf den nachbarlichen Knochen übertragen wird. 3) Schuchardt hat Recht, wenn er im Falle solcher Markeiterung statt von alleiniger Osteomyelitis von *Panostitis* redet. Denn es wird 4) in jedem Falle von Markeiterung, allerdings verschieden stark, auch das Periost und die Knochencompakta in Mitleidenschaft gezogen. 5) Gesichtspunkte, die Markeiterung noch weiter als auf Grund des Obigen zu klassificiren, giebt es in grosser Zahl. Nicht unwichtig ist die Scheidung nach Mikroorganismen, die Markeiterungen hervorrufen. 6) Die wichtigsten dieser Mikroorganismen sind einerseits die gewöhnlichen Eitererreger: Staphylo- und Streptokokken, andererseits Tuberkelbacillen; letztere wenigstens häufig in Mischung mit den ersten. 7) Ponfick's 1873 geäusserte Meinung, dass die Erreger der Markeiterung ausserordentlich verschieden seien, hat sich bestätigt. 8) Denn wie Kokken, Tuberkelbacillen und der von früher her bekannte Rotzbacillus sind für die Markeiterung u. A. noch Typhusbacillen, Pneumokokken, Influenzabacillen und Aktinomyces heranzuziehen. 9) Diese Auslese wird sicher vermehrt werden; Bedeutung aber hat sie in erster Linie für die hämatogene und lymphogene Osteomyelitis, also für die klinisch seltensten Fälle der Markeiterung. 10) Ob Markeiterungen allein durch chemische Körper sich leisten lassen oder nicht, ist in klinischer Hinsicht von ebenso geringer Bedeutung, wie die andere Frage, ob allein Stoffwechselprodukte gewisser Mikroorganismen dieses vermögen."

P. Wagner (Leipzig).

41. **Histologische Untersuchungen bei experimentell erzeugter Osteomyelitis**; von Prof. Enderlen. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 3 u. 4. p. 293. 1899.)

Die Mittheilungen über die *mikroskopischen Befunde bei der eiterigen Entzündung des Knochenmarkes* sind sehr spärlich. In der jüngsten Zeit ist Marwedel dieser Frage näher getreten. E. hat im Marchand'schen Institute die Ergebnisse von Marwedel einer Nachprüfung unterzogen.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/16

Die Ergebnisse seiner Untersuchungen stellt E. in folgenden Schlusssätzen zusammen: 1) Das Knochenmark reagirt auf die Verletzung mit Degeneration, die alle Zellen der getroffenen Stelle betrifft. 2) Die Nekrose ist nicht sehr ausgedehnt, erstreckt sich insbesondere nicht weit in die Nachbarschaft hinein; es folgen so gut wie gar keine Erscheinungen einer reaktiven entzündlichen Infiltration. 3) Die ersten Anzeichen der Regeneration sind an den Bindegewebezellen zu beobachten, und zwar schon 24 Stunden nach der Verletzung. 4) Die Wucherung der Bindegewebezellen ist sehr rege und erstreckt sich längs der Gefässe (von diesen ausgehend) eine Strecke weit in die Umgebung hinein. 5) Eosinophile und pseudoeosinophile Zellen müssen streng auseinandergehalten werden. 6) Aus keiner der beiden eben genannten Zellenformen oder den übrigen Markzellen entstehen Spindelzellen. 7) In dem jugendlichen Bindegewebe entstehen Fettzellen. 8) Die Neubildung von Fettzellen beginnt am Ende der 1. Woche und macht dann rasche Fortschritte. 9) Um dieselbe Zeit kommt es zur Einwanderung von Markzellen (und acidophilen Zellen) aus der Umgebung. 10) Die Zuwanderung der Markzellen dauert fort, die Eindringlinge vermehren sich an Ort und Stelle. 11) Riesenzellen entstehen aus zugewanderten Markzellen. 12) Die dislocirten Knochensplitterchen gehen zu Grunde; sie geben Anlass zur Bildung von Fremdkörperriesenzellen (Resorptionriesenzellen). P. Wagner (Leipzig).

42. **Recherches sur la dégénérescence amyloïde expérimentale**; par Gius. Antonio Petrone. (Arch. de Méd. expérim. X. 5. p. 682. Sept. 1898.)

Die in neuester Zeit gemachten Versuche, Amyloidentartung experimentell herbeizuführen, regten auch P. zu gleichen Versuchen an. Er benutzte hierzu giftige Bouillonculturen des Staphylococcus pyogenes aureus und erhielt ähnliche Ergebnisse, wie sie Andere auch beschrieben haben. Bei genauerem Zusehen ergab sich aber, dass es sich nicht um richtiges Amyloid handelte, sondern, dass solches nur vorgetäuscht werde, und zwar durch Imbibition der Gewebe mit Blutfarbstoffen, die eine ganz gleiche Reaktion zeigten.

P. machte zunächst bei 7 Kaninchen Einspritzungen von den erwähnten Culturen, und zwar bei 4 subcutan, bei 1 peritonäal, bei 2 intravenös. Die Menge, anfänglich schwach, wurde fortschreitend erhöht, in einigen Fällen bis zu 30 ccm, bei mittleren Zwischenzeiten von 5 bis 7 Tagen. Das 1. Kaninchen (2 subcutane Einspritzungen von 0.50—1.50 ccm) starb nach 10 Tagen, das 2. (9 subcutane Einspritzungen von 0.50—12 ccm) nach 2 Monaten; die beiden letzten (mit 12 subcutanen Einspritzungen von 0.50—30 ccm) wurden nach $2^1/_2$ Monaten getödtet; fast alle Injektionstellen abscedirten. Das Thier, das 8 peritonäale Einspritzungen von 0.50—20 ccm erhalten hatte, wurde am 42. Tage getödtet; hier zeigte sich die Peritonäalhöhle mit incystirten Eiterherden besät. Von den Thieren mit intravenöser Einspritzung starb das eine am 21. Tage an accidenteller Krankheit, das andere wurde nach 2 Monaten getödtet, nachdem es 11 Injektionen von 0.20—3 ccm erhalten hatte. Alle Thiere waren zunehmend abgemagert, einige bis zur Hälfte des ursprünglichen Gewichtes.

Bei der mikroskopischen Untersuchung der Organe dieser Thiere zeigten sich nun (abgesehen von den beiden wenige Tage nach der Einspritzung verstorbenen, bei denen überhaupt nichts zu sehen war) ziemlich übereinstimmend folgende Veränderungen:

Milz: Follikel im Allgemeinen unversehrt, doch in einigen die Wandungen wie aufgebläht und innere, wie äussere Tunica durch Jod und besonders durch Anilinfarben in charakteristischer Weise amyloid gefärbt; die gleiche Färbung an der Peripherie der Follikel in der Pulpa.

Leber: Einige Gefässwandungen aufgebläht und mittlere und innere Tunica amyloid gefärbt, ebenso gefärbt das Innere der Leberläppchen zwischen den Reihen der Zellen, d. h. entsprechend den intralobulären Capillaren.

Nieren: Auch hier Wandungen von Blutgefässen aufgebläht und innere und äussere Tunica amyloid gefärbt; hier und da in den Glomerulis und Tubulis contortis kleine Flecke von gleicher Färbung.

Vermehrung der Consistenz und des Umfanges der Organe war nicht zu bemerken, eben so wenig speckiger Glanz. Schon hiernach war nach P. stark zu bezweifeln, dass man es mit wirklichem Amyloid zu thun hatte, und zwar aus folgenden Gründen: 1) Es fehlte jedes äussere Merkmal amyloider Entartung, Speckglanz u. s. w. 2) Während bei der menschlichen Amyloidmilz hauptsächlich die Follikel ergriffen werden, waren diese frei, und die Entartung zeigte sich in der Pulpa an der Peripherie der Follikel lokalisirt; auch waren die parenchymatösen Zellen selbst ergriffen, was nach den meisten Forschern bei dem Amyloid beim Menschen nie vorkommt. 3) Entwickelt sich wirkliches Amyloid äusserst langsam, während bei einigen Kaninchen die Erscheinungen schon nach wenigen Tagen eingetreten waren. 4) Lässt sich nach Krawkow aus dem künstlich erzeugten „Amyloid“ eine in Alkohol und einigen anderen Flüssigkeiten lösliche Substanz ausziehen, welchem Umstande das Verblassen der Reaktion in den längere Zeit in Alkohol und anderen Flüssigkeiten gelegenen Präparaten beizumessen ist; beides ist, wie P. betont, bei der menschlichen Amyloidmilz nicht der Fall.

P. glaubt vielmehr, dass wenigstens die durch den Staphylococcus erzeugten Amyloiderscheinungen auf einer durch Erkrankung des Blutes (Zerstörung rother Blutkörperchen) herbeigeführten Imbibition der betroffenen Organe mit Blutfarbstoff beruhe, und sucht dies durch folgende Versuche festzustellen: 1) Präparate, die aus mit hämorrhagischem Infarkte behafteter menschlicher Lunge dargestellt waren, wurden mit Jod und den Anilinfarben behandelt; auch hier zeigten (wie übrigens schon bekannt) mehrere Blutgefässe und das benachbarte Gewebe die charakteristische Amyloidfärbung. 2) In freies Hämoglobulin enthaltendes Kaninchenblutserum (gewonnen durch Gefrierenlassen des Blutes) wurden 24 Stunden hindurch Stücke von Milz, Leber und Nieren dieses Kaninchens liegen gelassen und dann durch Formalin gehärtet; bei der Prüfung zeigte sich stellenweise gleichfalls die charakteristische Färbung, besonders an der der Einwirkung des Serums am meisten zugänglich gewesenen Peripherie der Schnitte. 3) Bei Stücken menschlicher Organe, die in Folge von Hypostase hämatisch durchtränkt waren, sah P. nach der Behandlung mit Jod und den Anilinfarben an mehreren Stellen, vornehmlich in den Wandungen der Blutgefässe, amyloide Färbung; ebenso an offenbar in gleicher Weise imbibirten Herzklappenstückchen. 4) Um zu sehen, ob nicht allgemeine Blutzersetzung durch globuläre Hämatolyse ähnliche amyloide Erscheinungen in den Organen veranlasst wie die Staphylococcusimpfung, brachte P. 2 Kaninchen weitverbreitete (solche Zersetzung bekanntlich zur Folge habende) Brandwunden bei, und in der That traten an Milz, Leber und Nieren dieser beiden am 2., bez. 3. Tage gestorbenen Thiere in deutlichster Weise Amyloidfärbungen hervor.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/17

5) Die behufs *Metaglobulin*nachweises angestellte spektroskopische Beobachtung fiel zwar für das durch Staphylococcus erzeugte „Amyloid“ negativ aus (nach P., weil die zu kleinen Schnitte nicht das ganze Gesichtsfeld bedeckten), jedoch gab ein genügend grosser Schnitt eines Lungeninfarktes deutlich das spektrale Bild des *Metaglobulins,* wogegen Stücke menschlicher Leber ein negatives Ergebniss zeigten. 6) Endlich wurden Stücke der Milz, Leber und Niere der mit Staphylcoccus geimpften und entsprechende, von den an Brandwunden gestorbenen Thieren, ebenso vom Lungeninfarkte und von menschlicher Amyloidleber durch Formalin gehärtet; alle Stücke waren mit alkoholischer Flüssigkeit, bez. Terpentin behandelt, die Schnitte mit Jod und den Anilinfarben gefärbt worden. Es ergab sich nun, dass das Leberamyloid vom Menschen trotz des sehr langen Aufenthaltes in diesen Flüssigkeiten ganz unverändert blieb, während bei allen übrigen Präparaten die Färbung weit beschränkter auftrat, an mehreren Stellen ganz geschwunden war.

Nach diesem Befunde ist es P. unzweifelhaft, dass das durch Staphylococcus pyogenes aureus erzeugte „Amyloid“ auf einer Durchtränkung der betroffenen Organe mit Blutfarbstoff beruht; er hält es aber gleichzeitig für möglich, dass auch die *Amyloidentartung* durch eine fortgesetzte und langsame Infiltration von Blutfarbstoff in die Gewebe bedingt werde, die sich bei sehr chronischen Infektionen (Syphilis, Tuberkulose, Sumpfkrankheit) vollzieht und weiter bedingt werde durch eine fortgesetzte und langsame Umwandelung, die besonders Farbstoff in Berührung mit den Geweben erleidet; thatsächlich entwickelt sich ja auch das Amyloid vorzugsweise in den Gefässwänden und ergreift diejenigen Organe (Milz, Leber, Niere) mit am häufigsten, die Dank ihrer Struktur oder ihrer Verrichtungen die durch Hämatolyse entstandenen Abfälle in erhöhtem Maasse zugeführt erhalten.

O. Naumann (Leipzig).

43. **Experimentelle Beiträge zur Frage der amyloiden Degeneration**; von Dr. E. Schapilewsky in Berlin. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 24. p. 849. 1899.)

Durch zahlreiche Thierversuche erbrachte Sch. den Nachweis, dass die speckige Entartung *ohne Mithülfe* lebender Spaltpilze oder der von solchen stammenden Stoffe zu Stande kommen kann. Am leichtesten und sichersten konnte die speckige Entartung bei Kaninchen durch Einspritzung von grossen Mengen des durch Chloroform abgetödteten, bez. abgeschwächten, goldfarbigen, traubigen Eiterungerregers erzeugt werden. Die speckige Entartung bei Kaninchen konnte aber auch durch eine langdauernde Eiterung erzeugt werden, die — durch völlig keimfreie reizende Stoffe (*Fermente*) verursacht — ohne Betheiligung von Spaltpilzen verlief.

Bevor in der Milz die echte speckige Entartung eintrat, die das bekannte eigenthümliche Verhalten gegenüber Anilinfarben zeigt, entstand eine Vorstufe, das *Hyalin,* das zwar im Gewebebau dem speckig entarteten Gewebe glich, sich aber bei Prüfung mit Anilinfarben von solchem deutlich unterschied.

Ueberdies fand Sch. die von Petrone herrührenden Angaben, man könne an Kaninchen durch ausgedehnte Verbrennungen speckige Entartung künstlich erzeugen, durch seine Untersuchungen *nicht bestätigt.* Radestock (Blasewitz).

IV. Pharmakologie und Toxikologie.

44. **Ueber die Durchgängigkeit der unversehrten Haut des Warmblüters**; von Dr. G. Vogel. (Virchow's Arch. CLVI. 3. p. 566. 1899.)

V. untersuchte für eine Reihe von Substanzen die Durchgängigkeit der unversehrten Kaninchenhaut; für flüssige Stoffe durch Eintauchen eines Ohres, für gasförmige durch Einwirkenlassen auf den ganzen Körper mit Ausnahme des geschützten Kopfes.

Cyankalium, Cyankalium und Essigsäure, und reine Blausäure wirken nur, wenn die Flüssigkeit auf Körpertemperatur erwärmt ist, Kohlenoxyd in Form von Leuchtgas und als reines CO ist wirkungslos. Schwefelwasserstoff durchdringt die Haut und führt zu Vergiftungen. Aethyläther, sowie darin gelöstes Chloralhydrat gehen energisch durch die Haut, Chloralhydrat in Wasser oder Alkohol gelöst ist wirkungslos. Aetherdämpfe wirken erst bei höherer Temperatur, nach Maassgabe der jeweils verflüchtigten Menge. Chloroform soll die Haut zwar durchdringen, jedoch schon in geringer Tiefe am Weiterdringen durch Gefässverstopfung und Blutgerinnung gehindert werden. Chloroformdämpfe verhalten sich wie Aetherdämpfe. Strychninnitrat in Wasser gelöst ist wirkunglos, während das in Chloroform lösliche Strychninhydrat die typische Vergiftung hervorruft. Analog verhält sich das in beiden Lösungsmitteln lösliche Physostigminsalicylat. Salicylsäure in Aether gelöst oder als Paraffinsalbe ist nach Einreiben noch 10 Stunden später beim Menschen im Harn aufzufinden. W. Straub (Leipzig).

45. **Ueber die Resorption und die Ausscheidung des Eisens im Darmkanale des Meerschweinchens**; von Dr. G. Swirski. (Arch. f. d. ges. Physiol. LXXIV. 9 u. 10. p. 466. 1899.)

Die Untersuchung bezieht sich auf dasjenige Eisen des Thierkörpers, das mit Schwefelammonium in wässeriger Lösung Schwefeleisen giebt. Zur Verwendung gelangten Thiere unter normalen Ernährungsbedingungen, mit eisenarmem Futter (Cakes) und mit vollständiger Carenz.

Beim normalen Thier giebt das Duodenum zweierlei Reaktionen, einmal einen feinkörnigen Eisensaum an den dem Darmlumen zugekehrten Partien der Epithelzellen, dann eine starke Reaktion der in der Zotte gelegenen Leukocyten. Die erste Reaktion ist typisch für das Duodenum, die andere findet sich mehr oder weniger an allen

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/18

Darmstücken. Im Coecum findet man mit Eisen diffus beladene Mucinpfröpfe, die Eisenablagerung in Mucin hält Sw. für eine grob-chemische Reaktion, sieht aber darin ein Zeichen für die Resorption des Eisens. Bei eisenarmem Futter fehlt der feinkörnige Saum an den Duodenalepithelien, während die Fe-Cyten vorhanden sind, ebenso ist es bei mehrtägigem Hunger. Es ist nicht der Einfluss der Galle, der die Fe-Cyten auftreten lässt, denn im Hungerzustande sind sie auch nach Unterbindung des Ductus choledochus vorhanden. Sie schwinden erst am 5. Hungertage, wenn das Versuchsthier durch einen Maulkorb am Kothfressen gehindert ist. Die Saumreaktion ist hingegen schon am 1. Hungertage nicht mehr anzutreffen. Sw. schliesst, dass die mechanische Reizung des Kothes für das Auftreten der Fe-Cyten maassgebend ist. Bei Verabreichung von Eisen zur Nahrung ist die Saumreaktion der Epithelien stärker und über grössere Darmabschnitte ausgebreitet. Es besteht Hyperleukocytose der gesammten Darmschleimhaut, hervorgerufen durch den chemischen Reiz des Eisens.

Die Resorption soll nach Sw. in folgender Weise vor sich gehen, das Eisen geht von den Epithelien der Zotten in das Blut, wird dort von Phagocyten aufgenommen und gelangt mit diesen zur Leber, ein anderer Theil geht auf dem Lymphwege zur Blutbahn. W. Straub (Leipzig).

46. **Die Rolle des Eisens bei der Blutbildung.** *Zugleich ein Beitrag zum Wesen der Chlorose;* von Dr. A. Hofmann in Halle a. S. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 29. 1899.)

H. hat an 98 Kaninchen Versuche angestellt über die Aufsaugung des Eisens und sein Verhalten im Körper und hat Folgendes gefunden: Alles Eisen, gleichgiltig in welcher Form es gereicht wird, wird im Duodenum aufgenommen und kreist dann, in Transportzellen mit einem Eiweisskörper verbunden, im Blute. Es wirkt in dieser Form nicht giftig und wird ausser in der Leber und Milz hauptsächlich im Knochenmarke abgelagert. Hier im Knochenmarke entwickelt es seine nützliche Thätigkeit, und zwar in der Art, „dass dem Metall als solchem eine die physiologische Thätigkeit des Knochenmarkes stimulirende, die Heranreifung der in ihm producirten Jugendformen zu kernlosen, in die Cirkulation eintretenden Erythrocyten beschleunigende Wirkung zukommt". Die neueren und neuesten Eisenpräparate haben vor den alten keine besonderen Vorzüge, die Hämoglobinpräparate sind Unsinn, es kommt bei der Eisenwirkung nur auf die Menge des resorbirten Metalles an.

Die Chlorose besteht nach H. „in einer nur zur Pubertätszeit auftretenden vorübergehenden, verminderten Leistungsfähigkeit, oder einer angeborenen, sich das ganze Leben hindurch mehr weniger bemerkbar machenden Hypoplasie des blutbildenden Organs, des Knochenmarkes, die sich in schweren Fällen vereinigt mit der von Virchow beschriebenen Hypoplasie der blutführenden Theile, selbst des Geschlechtsapparates. Diese Schwäche des blutbildenden Apparates äussert sich in der Produktion minderwerthiger, an Form und Hämoglobingehalt krankhaft veränderter Erythrocyten". — Sehr viel näher kommen wir mit dieser Erklärung dem Wesen der Chlorose auch nicht! — Die Wirkung der Aderlässe bei Chlorose erklärt sich dadurch, dass diese auch einen Reiz auf das blutbildende Knochenmark ausüben. Dippe.

47. **Ueber die Heilwirkung des Thiocol „Roche"**; von E. de Renzi und G. Boeri. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 32. 1899.)

Thiocol ist das Kalisalz der Sulphoguajacolsäure und enthält etwa 52% Guajacol. Es nimmt sich angenehm ohne alle störenden Nebenwirkungen. Sirolin ist eine Lösung von Thiocol in Orangensyrup, derart, dass 1 Esslöffel Sirolin 1 g Thiocol = 0.52 g Guajacol enthält.

de R. u. B. sind mit dem Thiocol und dem Sirolin sehr zufrieden. Sie gaben das erstere zu 1—4 g täglich, das letztere zu 1—5 Theelöffeln täglich Schwindsüchtigen, sowie einem Kranken mit schwerer chronischer Bronchitis, und sahen Husten und Auswurf abnehmen, die Temperatur heruntergehen, das Allgemeinbefinden wesentlich besser werden. Etwaiger Durchfall liess sich durch etwas Tannigen leicht beseitigen. Dippe.

48. **Pharmakologisches über das Aspirin (Acetylsalicylsäure)**; von Prof. H. Dreser. (Arch. f. d. ges. Physiol. LXXVI. 5 u. 6. p. 306. 1899.)

Aspirin ist ein Ersatzpräparat für Salicylsäure, für dessen Darstellung die Absicht maassgebend war, ein Präparat zu schaffen, das den schlechten Geschmack und die anderen unangenehmen Nebenwirkungen der Salicylsäure nicht aufweist. Durch Substitution mit verschiedenen Radikalen wird leicht ein schwer spaltbares Präparat erhalten, das dann keine Salicylwirkung auftreten lässt. Das Aspirin — acetyl-substituirte Salicylsäure und dessen Alkalisalze — genügen den gestellten Bedingungen. Die Desinfektionkraft des Aspirin gegenüber Hefepilzen ist sehr viel geringer als die der Salicylsäure. Alkalien und Säuren zerlegen das Aspirin rasch in seine Componenten Salicylsäure und Essigsäure, was sichtbar wird durch Auftreten der Eisenchloridreaktion der Salicylsäure kurze Zeit nach Versetzen der Aspirin-Lösung mit 0.2proc. „Magensalzsäure" oder 1proc. Darmsodalösung. Bei der Säurespaltung nimmt die Zahl der ungespaltenen Aspirin-Moleküle ab, die Zahl der Säure-Moleküle bleibt gleich, im Gegensatze dazu wird Lauge durch die freigewordene Essigsäure neutralisirt und die Concentration der Lösung nimmt ab. Die Alkali-Spaltung verläuft ausser-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/19

ordentlich viel rascher als die Säure-Spaltung, dementsprechend ist auch die Menge der abgespaltenen Salicylsäure dabei vielmal grösser als bei der Säure-Spaltung. In der leichten Spaltbarkeit zeigt sich das Aspirin dem Salol (einer an der Carboxylgruppe mit Phenol versetzten Salicylsäure) wesentlich überlegen. Auch durch Alkalicarbonat ist Aspirin als Natronsalz leicht spaltbar, leichter noch als die gleich constituirte Butyryl- und Valerylsalicylsäure.

In Uebereinstimmung mit der leichten Spaltbarkeit des Aspirin in vitro tritt auch nach Einverleibung in den Magen in Mengen von 1.0 g nach kurzer Zeit Salicylsäure im Harn auf. Ungespaltenes Aspirin wurde im Harn nicht gefunden. Die Reaktion schwand etwa 12 Stunden nach Einverleibung des Präparates.

Wie Salicylsäure, bewirkt auch Aspirin eine Vermehrung der in 24 Stunden im Harn ausgeschiedenen Harnsäure. Ein Einfluss auf Temperatur und Gefässmuskulatur ist nicht vorhanden. Die Arbeitleistung des Herzens, gemessen am *Williams*'schen Apparate wird durch Aspirin, im Gegensatze zur Salicylsäure, etwas erhöht durch Vergrösserung des Pulsvolumen. Da die Salicylsäurewirkung wegen der zuvor nöthigen Abspaltung der Säure aus dem Aspirinmolekül auf längere Zeit sich vertheilt, sind Vergiftungserscheinungen durch plötzliche Ueberschwemmung des Körpers mit wirksamer Salicylsäure bei Aspirin nicht zu befürchten. Die durch Salicylsäure bewirkte lokale Aetzung und Reizung von Schleimhäuten bleibt beim Aspirin aus.

W. Straub (Leipzig).

49. **Virtù antielmintica dell'estratto etereo di felce maschio**; per il Dott. Ernesto Parona, Milano. (Settimana med. LIII. 10. 11. 12. Marzo 11. 18. 25. 1899.)

Der Wurmfarn war schon im Alterthum als werthvolles Bandwurmmittel bekannt und kam, halb wieder vergessen, neuerdings in Form des Extr. aeth. fil. mar. als sicherstes Mittel gegen Ankylostomiasis wieder zur Aufnahme, fand jedoch, weil es häufig in zu grossen Dosen angewendet wurde, giftige Wirkungen mit Reflexamaurose, Ikterus, Lebercirrhose u. s. w. erzeugte, mit Recht viele Gegner. P. hat daher seit 1880 Untersuchungen angestellt, ob es nicht möglich sei, durch kleine wiederholte Dosen die schädlichen Wirkungen des Mittels zu vermeiden, und hat durch Zahlen nachgewiesen, dass die zu grossen Dosen zur Heilung der Ankylostomiasis unnöthig sind, dass es viel mehr auf die Beschaffenheit, als auf die Menge des Mittels ankommt. Aus einer 1880 und 1881 veröffentlichten, aber wenig bekannt gewordenen Uebersicht von 36 Fällen, zu denen noch zahlreiche spätere Fälle hinzugekommen sind, ergiebt sich, dass das Extrakt in kleinen Dosen von 2—4 g täglich zwar nicht sofort völlige Heilung herbeiführt, dass diese aber in 3 bis 10 Tagen, durchschnittlich in 5 Tagen vollständig und dauernd erfolgt und dass die Gesammtmenge des verwendeten Extraktes 6 bis 30, durchschnittlich 13 g, also nicht mehr, oft noch weniger, als bei 1- oder 2maliger grosser Dose beträgt, dass diese kleinen Dosen keinerlei Beschwerden, keine starken Durchfälle herbeiführen, keine Bettlägerigkeit und keine aussergewöhnliche Diät, ausser Vermeidung von Magenüberfüllung, erfordern und deshalb besonders bei geschwächten und herabgekommenen Leuten zu empfehlen sind, während grosse Dosen nur bei noch kräftigen Personen angewendet werden können.

Gegen die Oxyuris vermicularis, die gleichfalls anderen Wurmkuren äusserst hartnäckig widersteht und, besonders wenn der Wurm in dem oberen Theil des Dickdarms sich befindet, durch Klystire nicht erreicht werden kann, hat sich das Extr. fil. mar. in Verbindung mit Rainfarnklystiren gleichfalls bewährt, auch Trichocephalus dispar wird häufig dadurch abgetrieben, wogegen es bei Ascaris lumbric. nur wenig oder gar keinen Erfolg hat.

Ueber die Wirkungen des Extraktes bei den verschiedenen Bandwurmarten sind die Ansichten sehr verschieden; doch ist nach P. nach gehöriger Vorbereitung des Darmes ein *gutes* Extrakt stets von sicherer Wirkung, auch bei der Taenia nana, während Cousso, Kamala, Granata, Cina, Ocymum häufig versagen. Am Tage zuvor lässt P. nur knappe Diät zu, um den Magen und Darm möglichst leer zu halten, und gestattet Abends nur Thee, Kaffee, Wein oder Fleischbrühe; früh werden dann nur 4—10 g Extrakt, je nach der Constitution des Kranken, in Oblate gegeben, aber sonstige Abführmittel vermieden, um nicht die Wirkung abzuschwächen; namentlich hält P. Oele, wie Ricinusöl, für entschieden schädlich, da sie den giftigen Bestandtheil des Extraktes auflösen und dessen Aufnahme in den Körper befördern.

Der häufige Misserfolg der Bandwurmkur erklärt sich leicht durch die oft ungenügende Vorbereitung des Kranken, namentlich aber durch die mangelhafte Beschaffenheit des Extraktes. Ein gutes, wirksames Extrakt ist dick, dunkelgrün, bitter aromatisch, von 1000 spec. Gewicht, bildet zu 5 Theilen mit 5 Theilen Gummi arab. und 30 Theilen Aq. destill. gemischt eine milchkaffeefarbige, nach Iris florentina riechende Mixtur, die beim Stehen unverändert bleibt; es ist in Wasser unlöslich, in heissem Alkohol wenig, in Aether vollständig löslich und zeigt unter dem Mikroskop keine Amylumkörperchen. Das unwirksame Extrakt dagegen ist halb flüssig, von Ekel erregendem Geschmack, specifisch leichter (0.80), mit Gummi und Wasser eine gelblichgrüne Mischung von Terpentin ähnlichem Geruch bildend, in der sich beim Stehen das Extrakt in Streifen absetzt. Auf die Beschaffenheit des Wurmfarns sind das Klima, der

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/20

Standort, die Bodenbeschaffenheit von entschiedenem Einflusse; ferner ist die Güte des Präparats von der Zeit der Ernte, der sorgfältigen Reinigung des Rhizoms und von seiner Frische abhängig. Als chemische Bestandtheile sind besonders ein fettes Oel (Filixolin), ein ätherisches Oel, Harz, Gerbsäure (Acid. pterotannicum und tanaspidicum) und Aspidin (Acid. filicicum) zu nennen; doch ist noch unentschieden, welchem dieser Stoffe die Hauptwirkung zukommt. Das Aspidin ist von Husemann u. A. als das eigentlich Wirksame betrachtet worden; da es jedoch in den Präparaten in um so grösserer Menge gefunden wird, je älter und wirkungloser sie werden, so ist P. geneigt, die specifische anthelminthische Wirkung mehr den ätherisch öligen Bestandtheilen zuzuschreiben. Wenn diese durch zu rasches Trocknen der Wurzel verflüssigt werden, so verliert auch das Präparat an Wirksamkeit. Jedenfalls ist das Aspidin äusserst giftig und als Hauptursache der Vergiftungserscheinunen bei Darreichung des Mittels in zu grossen Dosen zu betrachten. Den stets günstigen Erfolg seiner Kuren verdankt P. dem vorzüglichen Extrakt der chemischen Fabrik von Erba in Mailand, das aus den in den Comer Bergen gesammelten, an der Sonne getrockneten Rhizomen des Wurmfarns dargestellt ist. H. Meissner (Leipzig).

50. **Zur Lehre von der Wirkung der Salze.** 7. Mittheilung: *Die Allgemeinwirkung der Salze;* von Doc. Dr. Egmont Münzer. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLI. 1. p. 74. 1898.)

Als „allgemeine Salzwirkung" bezeichnet M. eine Gruppe von Vergiftungserscheinungen, welche durch Zufuhr von Salzen, unabhängig von deren chemischer Natur, hervorgerufen werden. Der *Blutdruck* senkte sich bei Kaninchen von Beginn der intravenösen Injektionen beständig, wenn auch in geringem Maasse; als Krämpfe sich einstellten, stieg er meist hoch an, um mit dem Nachlasse derselben unter das frühere Niveau zu sinken; doch blieb er lange auf beträchtlicher Höhe, um erst wenige Minuten vor dem Tode eine starke (tödtliche) Senkung aufzuweisen. Die während der Krampfanfälle zu beobachtende Blutdrucksteigerung bleibt beim curarisirten Thiere aus. Die Athmung zeigt lange keinerlei bemerkenswerthe Aenderung, auch die Pulsfrequenz wird erst, wenn der Blutdruck bereits deutlich gesunken ist, in Folge von Vagusreizung verlangsamt.

Die in das Blut injicirten Salze wirken um so stärker diuretisch, je concentrirter die injicirte Salzlösung war.

Am Nervensystem zeigt sich nach Injektion concentrirter Salzlösung in die Vene eine Steigerung der Reflexerregbarkeit, fibrilläres Zucken und Tremor der Muskeln, in klonisch-tonische Krämpfe ausartend, an denen das Thier verendet. Alle diese Erscheinungen werden vom Gehirn ausgelöst, sie werden nicht beobachtet beim curarisirten Thiere, eben so wenig nach Durchschneidung des N. ischiadicus auf der durchschnittenen Seite, und fehlen bei Rückenmarkdurchschneidung an der unter der Schnittstelle befindlichen Körperpartie.

Von specifischen Giftwirkungen hebt M. die stark krampferregende Wirkung des sauren kohlensauren Natron und des neutralen Natriumphosphates hervor.

Von den in das Blut injicirten Salzen gelangten durch den Harn zur Ausscheidung beim Na_2SO_4 41—51%, beim ClNa 33—40%, ähnlich wie ClNa verhielt sich auch Traubenzucker; dann folgt das Natriumnitrat mit 33.4% und schliesslich das Na_2HPO_4 mit 19—28%. Die grösste procentische Ausscheidung kam nicht demjenigen Salze zu, das die stärkste Diurese herbeiführte, dem Chlornatrium, sondern dem Natriumsulphat, das, obwohl es bezüglich der diuretischen Wirksamkeit dem Chlornatrium nachsteht, dennoch „harnfähiger" als das Kochsalz zu sein scheint.

Bemerkenswerth ist ferner, dass, sowie eine concentrirte Salz- oder Substanzlösung in das Blut eingeführt wird, eine starke Wasserströmung aus den Geweben in das Blut statthat, es kommt zu einer Austrocknung der Gewebe zu einer Zeit, wo das Blut noch seinen Wassergehalt auf normaler Höhe festhält. H. Dreser (Elberfeld).

51. **Ueber die Entgiftung von Chinolin durch Einführung von Schwefel in dasselbe;** von Prof. A. Edinger und Dr. G. Treupel. (Therap. Monatsh. XII. 8. p. 422. 1898.)

Durch Erhitzen von 1 Theil Chinolin mit 4 Theilen Schwefelblüthe während 2 Stunden im Oelbade bei 180—200° bildete sich mit 40% Ausbeute der Körper Thiochinanthren $NC_9H_5\langle{}^{S}_{S}\rangle C_9H_5N$ (Schmelzpunkt 305°). Das Thiochinanthren ist, wie die Versuche am Hund und Menschen zeigten, ein völlig indifferenter Körper, von dem sich keinerlei schädliche oder giftige Eigenschaften nachweisen liessen; auch auf die Fiebertemperatur der Phthisiker war die Substanz ohne Wirkung. Weder Blutveränderungen, noch Aenderungen in der Beschaffenheit und Menge des 24stündigen Harns, noch Aenderungen des Pulses, des Blutdruckes und der Respiration konnten festgestellt werden. H. Dreser (Elberfeld).

52. **Du rôle des leucocytes dans l'immunisation contre l'acide arsénieux soluble;** par le Dr. Besredka. (Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 6. p. 465. Juin 1899.)

Nach früheren Beobachtungen B.'s reagiren Kaninchen auf Vergiftung mit der tödtlichen Dosis Arsen mit einer im Allgemeinen bis zum Tode anhaltenden Hypoleukocytose (negative Chemotaxis). B. theilte nun die in 24 Stunden zum Tode führende Dosis Arsen in 4 gleiche Theile, die in 3stündigen Intervallen dem Thiere subcutan inji-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/21

cirt wurden. Im Gegensatze zu den Erscheinungen nach Injektion der ganzen Dosis, tritt bei der fraktionirten Applikation eine deutliche Hyperleukocytose auf (positive Chemotaxis), während das Thier am Leben bleibt und keinerlei Vergiftungserscheinungen zeigt. Die sehr bedeutende Hyperleukocytose, mit vorwiegend vielkernigen Zellen, hält 4—5 Tage an. An rasches Verschwinden des Arsens aus dem Körper ist nicht zu denken; denn einmal ist die Harnproduktion während der Vergiftung minimal, während andererseits die Arsenausscheidung nach einmaliger Gabe ausserordentlich lange anhält (Spuren noch nach 40 Tagen gefunden).

Die Injektion einer nicht toxischen Dosis Arsen ($^1/_5$ der in 48 Stunden tödtenden Menge) hat zur Folge, dass die 24 Stunden nachher injicirte tödtliche Dosis reaktionlos ertragen wird, obwohl noch $^6/_5$ der tödtlichen Menge im Thier enthalten sind. Dass diese Schutzwirkung der 24 Stunden vorher injicirten $^1/_5$ Dosis, bez. der durch sie hervorgerufenen Hyperleukocytose, zuzuschreiben ist, sucht B. auf folgendem Wege zu beweisen. Die minimale tödtliche Dosis Arsen bei Injektion in die Gehirnmasse ist $^1/_{100}$ der subcutan tödtlichen. Die vorausgehende Injektion von $^1/_5$ der tödtlichen Dosis schützt das Thier nicht vor dem Tode nach Injektion der hundertfach geringeren Arsenmenge direkt in die Gehirnmasse. Der Tod erfolgte sogar um 24 Stunden früher als bei einem Controlthier, das blos die cerebrale Injektion erhielt.

Durch Combination der beiden Immunisationmethoden gelang es B., Thieren eine wesentlich grössere Dosis Arsen ohne Schaden einzuverleiben. Serum, das solchen Thieren nach 8 Tagen entnommen wurde, hatte nun dem Arsen gegenüber antitoxische Eigenschaften. 8 ccm Serum eines immunisirten Kaninchens genügten, um die Wirkung einer einfachen, in 48 Stunden tödtenden Arsenmenge zu paralysiren bei gleichzeitiger Injektion von Serum und Arsen. Eine Schutzwirkung gegen spätere Arsenvergiftung soll schon geringeren Serummengen zukommen. Auch in vitro wirkte das Serum auf Arsen entgiftend. Die antitoxischen Eigenschaften des Serum wurden erhöht, wenn nach 8tägiger Pause das Thier eine neue Arsenbehandlung durchmachte. Das antitoxische Serum war in den meisten Fällen arsenhaltig, doch ergaben die chemische Analyse und das Thierexperiment keine Proportionalität zwischen Arsengehalt und antitoxischem Werth, während andererseits B. Serum ohne Arsengehalt und trotzdem starken antitoxischen Werth beobachtete. Das Arsen des Serum ist also nicht im Antitoxin enthalten, es soll vielmehr aus zerfallenen Leukocyten stammen. Da Serum, dem Arsen zugemischt ist, bei der Dialyse alles Arsen an Aussenwasser abgiebt, beim arsenhaltigen Serum der immunisirten Thiere dies aber nicht der Fall ist, schliesst B., dass in den Leukocyten Arsen in nicht dialysirbarer, organischer Bindung enthalten ist.

Aus den Erfahrungen am Arsenantitoxin lässt sich für das Verhalten der Antitoxine im Allgemeinen der Schluss ziehen, dass ihre Wirkung im Organismus nicht eine blose Neutralisation des Giftes ist, dass sie vielmehr den Körper im Kampfe gegen das Gift unterstützen, und zwar soll diese Wirkung auf dem Umwege des Leukocytenapparates zu Stande kommen, besonders deshalb, weil die Hyperleukocytose bei aktiver und passiver Immunisirung in gleicher Weise auftritt.

W. Straub (Leipzig).

V. Neuropathologie und Psychiatrie.

53. **Ueber Morbus Basedowii.** (Vgl. Jahrbb. CCLXII. p. 129.)

H. J. Vetlesen (Der Morbus Basedowii mit besonderer Rücksicht auf Pathogenese und Behandlung. Ztschr. f. klin. Med. XXXVII. 5 u. 6. p. 512. 1899) schliesst sich der Auffassung des *Ref.* in pathogenetischer Hinsicht an; glaubt aber, dass die Ursache der abnormen Thätigkeit der Schilddrüse eine Veränderung irgendwo im Nervensystem sein müsse. Bei der Behandlung hat er verschiedene Mittel mit wechselndem Erfolge benutzt. Thymustabletten schienen bald günstig zu wirken, bald nicht. Das phosphorsaure Natron schätzt der Vf. sehr. Schwefelsäure schien besonders im Anfange gut zu thun. Die Struma-Resektion hat er 4mal ausführen lassen.

I. 18jähr. Mädchen aus Kropffamilie. Seit Jahren Morbus Basedowii. Zunehmende Druckerscheinungen zwangen zur Operation. Rasche und fast vollständige Heilung.

II. 30jähr. Mädchen. Der Morbus Basedowii hatte sich, wie es schien, im Anschlusse an akuten Gelenkrheumatismus entwickelt. Rasche und wesentliche Besserung nach der Operation. Später Rückfall.

III. 21jähr. Mädchen. Seit 6 Jahren Morbus Basedowii. Starker Exophthalmus, Leukom eines Auges. Operation wegen Kropfdruckes. Vorübergehende Besserung.

IV. 32jähr. Frau. Seit mehr als 10 Jahren Morbus Basedowii. Schwere Form. Seelische Störungen. Wesentliche Besserung nach der Operation. Während einer Schwangerschaft Rückfall.

Fr. Kraus (Ueber das Kropfherz. Wien. klin. Wchnschr. XII. 15. 1899) schildert nach seinen Beobachtungen in Graz die bei Kropfigen am häufigsten vorkommenden Herzstörungen. Es sind die des Morbus Basedowii: Tachykardie, weiterhin Dilatation und Hypertrophie. Der Vf. streitet gegen den *Ref.* und meint, das Kropfherz und der Morbus Basedowii seien verschiedene Sachen. Es bestehe die vom *Ref.* angenommene Reihe, die vom Kropfherzen zum vollendeten Morbus Basedowii führt, nicht, denn in Steiermark hätten die Kropfigen keinen Exophthalmus. Diese Beweisführung dürfte nicht recht kräftig sein. Dass das Kropfherz nichts

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/22

ist als Morbus Basedowii incompletus, zeigt die Schilderung des Vfs. zur Genüge. Er giebt 3 Beispiele. Die erste Kr., ein 13jähr. Schulmädchen, hatte sichtbar klopfende Carotiden, hör- und tastbares Schwirren der Struma, Klopfen der Bauchaorta, kleinschlägiges rasches Zittern, feuchte Haut, alimentäre Glykosurie, anscheinend ursachlose Fieberbewegungen. Das soll kein Morbus Basedowii sein! Dass dieser mit der Zeit immer vollständig werden müsste, das nimmt doch Niemand an. Dass bei den Kropfkranken Steiermarks Exophthalmus nicht häufig ist, das mag sein. Anderwärts aber tritt er zum Kropfherzen hinzu, denn in der Mehrzahl der Fälle von Morbus Basedowii bestand anfänglich die Struma allein (sekundärer Morbus Basedowii). Wie der Vf. die Behauptung, dass beim Kropfherzen die Strumektomie mehr nütze als beim sekundären Morbus Basedowii, beweisen will, das ist nicht abzusehen. Die physiologischen Erörterungen endlich, auf die der Vf. eingeht, sind so unsicher, dass man von ihnen besser absieht.

P. Jaunin (Jodisme constitutionel, thyroïdisme et maladie de Basedow. Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 5. p. 301. 1899) setzt auseinander, dass der als chronischer oder constitutioneller Jodismus bezeichnete Zustand dasselbe ist, wie der Thyreoidismus oder der Morbus Basedowii. Er kommt fast nur bei Personen mit Struma vor, kleine Mengen genügen oft dazu, ihn auszulösen. Das Jod ist dann sozusagen der Tropfen, der das Gefäss bei dem latenten Morbus Basedowii zum Ueberlaufen bringt. Oft werden die Kr. für Tuberkulöse gehalten, indessen tritt beim Aussetzen des Jodes und bei zweckmässigem Verhalten in der Regel rasch Besserung ein. Sobald aber bei den Pat. von Neuem Jod angewendet wird, erfolgt ein Rückfall. 5 Beobachtungen werden mitgetheilt.

I. 16jähr. Mädchen. Struma. Magerkeit. Blässe. Zittern. Exophthalmus. Hitze. Schwitzen. Beengung. Schlaflosigkeit. Die Kr. hatte Jodsalbe gegen ihren kleinen, seit der Kindheit bestehenden Kropf gebraucht. Nach einigen Monaten vollständige Heilung.

II. 56jähr. Frau mit grossem Colloid-Kropfe. Jodoform-Einspritzungen: allgemeine Schwäche, Aufregung, Zittern, Herzklopfen, später auch Exophthalmus.

III. 31jähr. Frau. Jodoform-Einspritzungen wegen Kropfes. Zittern, rasche Abmagerung, Blässe, Aufregung, Schwitzen, Husten. Rasche Heilung.

IV. 52jähr. Frau mit Kropf. Influenza-Pleuritis. Jodpinselung und innerlich Jodkalium. Nach 3 Wochen Jodismus wie bei III. und auch Exophthalmus. Heilung.

VI. 52jähr. Köchin. Seit einigen Wochen alle Basedow-Symptome ohne Exophthalmus. Eine wunde Stelle am Krampfaderbeine war mit Jodsalbe verbunden worden und die Kr. hatte Jodkalium eingenommen. Schon früher waren wiederholt ähnliche Zustände eingetreten, wenn der Kr. Jodpräparate gegen ihren alten Kropf verordnet worden waren. Bei der Mutter sollte es ähnlich gewesen sein. Nach anfänglicher Besserung heftiger Herzzufall und Tod.

Interessant ist folgende Beobachtung Ed. Boinet's (Maladie de Basedow avec troubles psychiques provoqués par l'ingestion de corps thyroïdes en excès. Revue neurol. VII. 15. 1899).

Ein 29jähr. Pharmaceut aus gesunder Familie, der im Uebrigen immer gesund gewesen war, litt an einer dermatite exfoliatrice généralisée. B. rieth ihm, täglich 1 Schafschilddrüse zu essen. Die Hautkrankheit nahm ab. Nach 1 Jahre aber kam es zu einem Rückfalle und nun nahm der Pat. auf eigene Faust 6—9 Schilddrüsen täglich. Nach 1 Woche brach ein Delirium aus: der Kr. war ruhelos, kleidete sich aus, wollte nackt fortlaufen, glaubte von Feinden umgeben zu sein, ass nicht. Ausserdem bestanden Zittern, Herzklopfen, Anschwellung der Schilddrüse. Nach 4—5 Tagen trat Besserung ein, jedoch äusserte der Kr. noch Wahnvorstellungen und die Basedow-Symptome verschwanden nur langsam. Nach 6 Wochen schien die Heilung vollständig zu sein, nur starke Anämie bestand noch und die Hautkrankheit war wieder schlimmer. Der thörichte Mensch begann wieder im Geheimen Schilddrüsen zu essen und nach 1 Woche waren Irresein und Basedow-Symptome wieder da. Dieses Mal genügten 10 Tage zur Wiederherstellung.

Barton Jacobs (Manie rapidement mortelle dans la maladie de Graves. Amer. Journ. of Insanity LV. p. 109. Ref. in Revue neurol. VII. 9. 1899) hat 2 Fälle maniakalischer Erregung mit tödtlichem Ausgange bei Morbus Basedowii beobachtet.

Wieder einmal wird von Zerstörung beider Hornhäute bei einem männlichen Basedow-Kranken berichtet: W. Uhthoff, „aussergewöhnlicher Fall von Morbus Basedowii mit hochgradigem Exophthalmus und mit nekrotischem Zerfall beider Hornhäute" (Allgem. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 37. 1899).

Ein 27jähr. Handelsmann aus Russisch-Polen litt seit 5 Monaten an Morbus Basedowii. Die Augen konnten nicht mehr geschlossen werden. Vor 7 Wochen Entzündung des linken, dann auch des rechten Auges. Vor 3 Wochen Zerstörung des linken, vor 10 Tagen des rechten Auges unter heftigen Schmerzen.

Die Perforation hatte im Centrum der Hornhaut stattgefunden. Die trübe Cornea war unempfindlich, die stark geröthete und gewulstete Bindehaut aber empfindlich. Es war unmöglich, die Augen mit den Lidern zu bedecken.

U. hat den Vorgang schon 2mal beobachtet, bei einem 68jähr. Manne und bei einer 50jähr. Frau.

Die Beobachtung von J. N. Coolidge (A case of exophthalmic goitre. Boston med. and surg. Journ. CXL. 11. 1899) bietet eigentlich nichts Besonderes. Die Kr. hatte im Beginne ihres Leidens plötzlich heftigen Schmerz im Epigastrium empfunden, man fand daselbst starke Pulsation.

Die Mittheilung von Veslin und Lewy (Syndrome goître exophthalmique survenu chez un goîtreux, guérison par l'électricité. Presse méd. Nr. 47. 1899) enthält nichts Besonderes, nur dass der Morbus Basedowii sich während übertriebenen Radfahrens entwickelt hatte, und dass nach einem heftigen Schrecken ein Rückfall eintrat.

Arnold Schiller (Ueber die Kropfoperationen an der Heidelberger Klinik in den Jahren 1888—98. Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 3. p. 535. 1899) berichtet kurz über 4 Fälle von Operation bei Morbus Basedowii.

I. 28jähr. Lehrerin. Harte Struma cyst. mit Basedow- und Drucksymptomen. Ausschälung der Cyste. Rasche Besserung. Wiederaufnahme des Berufes.

II. 49jähr. Witwe. Früher melancholisch. Seit 1 Jahre Morbus Basedowii. Unterbindung der rechten Schilddrüsenarterien. Rasche Besserung. Völlige Heilung.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/23

III. 43jähr. Mädchen aus Kropffamilie mit Herzfehler nach Polyarthritis. Seit 10 Monaten Wachsen der Struma und Basedow-Symptome. Unterbindung der rechten Arterien. Vorübergehende Besserung. Nach 1 Jahre Tod durch Herzlähmung.

IV. 23jähr. Mädchen mit Struma parench. und Morbus Basedowii. Strumektomie. Säbelscheidentrachea. Plötzliche Asphyxie. Tracheotomie, künstliche Athmung ohne Erfolg. Tod.

Lufteintritt in die Venen und das rechte Herz. Akute verruköse Endokarditis. Grosse Thymus.

J. H. Nicoll (Case of exophthalmic goître, in which the thyroid was excised under cocaine. Glasgow med. Journ. LII. 3. p. 203. 1899) berichtet über eine Strumektomie bei Morbus Basedowii unter Cocainwirkung.

Bei der 45jähr. Kr. wurden der rechte Lappen des Isthmus und ein Theil des linken Lappens der Struma entfernt. Die Wunde heilte gut und die Symptome des Morbus Basedowii nahmen ab.

C. M. Allan (A suggestion as to the treatment of Graves' disease by the administration of bile by the mouth, hypodermically and intrathyroideal, with cases. Lancet Aug. 26. 1899) stellt Erwägungen an und meint, die Galle wirke nicht nur im Darme, sondern sie werde zum Theil wieder aufgesaugt und beeinflusse dann den Stoffwechsel. Die Galle wirke in gewissem Sinne dem Schilddrüsensafte entgegen.

Bei einer 50jähr. Frau, die seit lange zeitweise an Morbus Basedowii litt und bei der unter dem Einflusse einer Influenza die Krankheit akut und schwer geworden war, bemerkte A., dass Koth und Harn auffallend arm an Gallenfarbstoff waren. Er gab nun der Kr. sterilisirte Galle (Tabletten, die von *Burroughs, Wellcome u. Co.* hergestellt waren), spritzte sie ihr unter die Haut des Rückens und in das Schilddrüsengewebe. Die Einspritzungen machten der Kr. viel Beschwerden und sie bat flehentlich, sie zu unterlassen. Sie bewirkten Angst, Athembeschwerden, Steigerung der Tachykardie. Diese Symptome wurden dann mit Antipyrin bekämpft. Die Kr., der es nur ganz langsam besser wurde, bekam in 5 Wochen 48000 grains of bile. Dann aber erklärte sie, sie habe sich seit 20 Jahren nicht so gut befunden. Die akuten Basedow-Symptome waren zurückgegangen. Die Struma war geblieben.

Bei einer 45jähr. Frau mit Morbus Basedowii fruste schien die Galle auch Besserung zu bewirken, wenigstens hatten nach 2 Monaten die nervösen Beschwerden aufgehört.

Der Vf. verstärkt den Eindruck seiner klinischen Mittheilungen durch die Geschichte eines Knaben, der wegen einer Hautkrankheit mit Thyreoidin behandelt wurde und dies besser zu ertragen schien, wenn er gleichzeitig Galle bekam.

Möbius.

54. **Haematomyelia from gunshot wounds of the spine**; by Harvey W. Cushing. (Amer. Journ. of the med. Sc. CXV. 6. p. 654. June 1899.)

Eine 27jähr. Frau erhielt von rechts her erst einen Schuss, nach dem sie nach vorn fiel und aus dem Munde blutete, sodann einen 2. Schuss, nach dem sie vom Stuhle völlig zur Erde fiel und sofort ein Gefühl von steifen Gliedern und Geschwollensein der rechten Wade, sowie Prickeln in den Armen hatte. Das Bewusstsein war erhalten geblieben. Die 1. Kugel war über und vor dem rechten Tragus hinein und durch den Mund herausgegangen, die 2. war auf der rechten Seite des Nackens an der vorderen Seite des Trapezius eingedrungen. Bei der Aufnahme klagte die Kr. über Stechen und Eingeschlafensein in den Armen und im rechten Beine, weniger auch im Leibe und linken Beine. Die rechte Lidspalte war kleiner, vielleicht durch Gesichtschwellung auf dieser Seite, es bestand rechtseitige Hemiplegie vom Musc. deltoides abwärts, auch links leichte Paresen. Die Arme waren gegen Druck überempfindlich. In der Höhe der Schulterblätter und Brüste fand sich eine total anästhetische Zone, dieselbe Störung auch an einzelnen Gebieten der rechten Hand. Analgesie, auch für Temperaturreize, bestand an den Ulnarseiten beider Arme und an der ganzen linken Rumpfseite und dem linken Beine, Hyperästhesie am rechten Beine und an den nicht analgetischen Theilen des rechten Armes. Der Kniereflex war links stärker als rechts, die oberflächlichen Reflexe fehlten. Im rechten Beine fehlte das Lagegefühl, endlich waren die Sphinkteren paretisch. Im weiteren Verlaufe gingen die Sphinkterenstörungen und Paresen links ganz zurück, rechts blieb in der Hand eine Behinderung der Beugung der Finger, besonders der beiden letzten, auch Opponiren des 1. und 5. Fingers war unmöglich; es bestand deutliche Atrophie des Abductor indicis. Der Verlauf der Sensibilitätstörungen ist durch mehrere Schemata veranschaulicht. Es bestand sonach anfangs ein etwas ungewöhnliches Bild der Brown-Sequard'schen Lähmung und schliesslich blieben Symptome, die in ihrer Gruppirung eine Syringomyelie vortäuschen konnten. Durch die X-Strahlen wurde nachgewiesen, dass die Kugel das Rückenmark nicht direkt lädirt hatte, sondern in der Wirbelsäule sitzen geblieben war.

C. giebt einen Ueberblick über die Literatur und kommt durch Analogieschlüsse zu der Ansicht, dass es sich gehandelt habe um eine Hämorrhagie in dem unteren Theil der Cervikalanschwellung, um eine Transversalläsion, namentlich der einen, rechten Seite, jedoch mit Betheiligung der grauen Substanz auch der anderen Seite. Bemerkenswerth ist noch aus der Krankengeschichte, dass die tiefen Reflexe auf der Seite der Hemiläsion einige Zeit gehemmt waren, dann verschwanden, dann wiederkehrten und endlich gesteigert waren. Die Prognose solcher Fälle ist, wenn Sepsis nicht hinzutritt, auch ohne Operation günstig.

Im 2. kurz mitgetheilten Falle handelte es sich um eine Schussverletzung im Dorsaltheile mit ähnlichem Symptomenbilde.

A. Boettiger (Hamburg).

55. **Klinischer Beitrag zur Lehre von der Hemianaesthesia alternans**; von Prof. M. Bernhardt. (Deutsche med. Wchnschr. XXIV. 10. 1898.)

Eine 64 Jahre alte, bis dahin gesunde Frau erkrankte plötzlich apoplektiform unter Auftreten starken Schwindels und heftigen Erbrechens, Erscheinungen, die fast 2 Tage hindurch anhielten, mit Verlust des Bewusstseins aber nicht verbunden waren. Lähmung trat nicht ein, jedoch eigenthümlich vertheilte Empfindungstörungen in der linken Gesichtshälfte und im rechten Beine, also eine Hemianaesthesia alternans. Im Gebiete des linken II. und III. Trigeminusastes bestand Analgesie mit Thermanästhesie, weniger im Gebiete des I. Astes, dazu noch Hypästhesie; das rechte Bein verhielt sich ähnlich den unteren Trigeminusästen, und zwar nahmen die Ausfallserscheinungen nach dem Centrum zu ab. Wesentliche Besserung trat nicht ein.

B. nimmt als Ursache der Krankheit eine Blutung oder umschriebene Erweichung in der Haube der Brücke an, und zwar in der Schleife und dem

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/24

ventralen Theile der Formatio reticularis. Die Betheiligung des linken Trigeminus weist auf die Gegend der Ursprung- und Durchgangstellen der sensiblen Trigeminuswurzel im linkseitigen Haubengebiete hin. A. Boettiger (Hamburg).

56. **Die Beriberi-Epidemien im Richmond-Asylum in Dublin**; von Dr. B. Scheube. (Arch. f. Schiffs- u. Tropen-Hyg. II. p. 329. 1898.)

Sch. unterwirft einen vom Direktor des Richmond-Asylum Conolly Norman auf der 1898er Versammlung der Brit. med. Association in Edinburgh gehaltenen Vortrag, der im Brit. med. Journ. (p. 872. 1898) veröffentlicht worden ist, einer eingehenden Besprechung: Im Jahre 1894 wurden im Sommer 174 Fälle von Beriberi beobachtet mit 14.3% Mortalität, in der 2. Hälfte des Jahres 1896 114 Fälle mit 7% Mortalität, ebenso im Jahre 1897 wieder 246 Fälle mit 4.4% Mortalität, zusammen also 534 Erkrankungen mit 44 = 8.23% Todesfällen. Sch. berichtet eingehend über die klinischen Erscheinungen, wie sie Norman schildert und die in ihrer Schwere in den 3 Epidemieen nicht gleich waren. Im ersten Jahre herrschten die schweren Formen vor mit ausgeprägtem allgemeinen Oedem und starken Lähmungen; schon im zweiten Jahre traten diese Erscheinungen weniger hervor und im dritten Jahre zeigte die grosse Mehrzahl der Fälle milden, rudimentären Typus, nur Andeutungen von Anasarka und motorischen Störungen, hingegen viel Neigung zu schmerzhaften Formikationen. Die Aetiologie der Epidemieen war dunkel; auffallend war, dass nur in der Anstalt die Epidemieen auftraten, obwohl die Anstalt mitten in der Stadt Dublin liegt und bezüglich Wasserversorgung und Kost unter denselben Bedingungen steht, wie die umgebenden Stadtviertel. Jedoch entsprechen die Verhältnisse der Anstalt bezüglich Untergrund, Belegungraum, Licht, Ventilation u. s. w. sehr wenig den heutigen hygieinischen Anforderungen. Sch. bedauert die ungenügenden Angaben Norman's über die Vertheilung der Fälle auf die einzelnen Monate, über die begleitenden Witterungverhältnisse, über die Dauer der einzelnen Fälle und einige andere Punkte. Bezüglich der Aetiologie ist er der Ansicht, dass die Krankheiterreger irgendwoher eingeschleppt worden sind, wozu Dublin als Hafenort immerhin reichlich Gelegenheit bot, und dass die Erreger gerade in dem hygieinisch schlecht eingerichteten Asyl einen besonders günstigen Boden zur Weiterentwickelung antrafen.

A. Boettiger (Hamburg).

57. **Ueber den infektiösen Charakter und den Zusammenhang von akutem Gelenkrheumatismus und Chorea**; von DDr. Westphal, Wassermann, Malkoff. (Berl. klin. Wochenschr. XXXVI. 29. 1899.)

In der Charité wurden 3 Mädchen mit Chorea nach Polyarthritis beobachtet. Endokarditis war 1mal klinisch, 2mal anatomisch nachzuweisen. Albuminurie, Fieber, Herpes labialis wurden beobachtet. Die Chorea war sehr stark und war mit hallucinatorischer Verwirrtheit verbunden. Die Sektion ergab 1mal Nephritis, 2mal Pleuritis. Am Gehirn wurde nichts Wesentliches gefunden.

Eine dieser Pat., ein 19jähr. Mädchen war im Januar 1899 an Gelenkrheumatismus, im Februar an Chorea erkrankt. Am 12. Februar starke Chorea mit Anfällen hallucinatorischer Verwirrtheit, ohne Schwellung oder Schmerzen der Gelenke, mit Herzklopfen und Tachykardie. Nach heftigem Delirium mit Fieber bis 41.2° am 24. Febr. Collaps und Tod.

Zarte endokarditische Auflagerungen, parenchymatöse Nephritis.

Aus dem Blute und den Organen dieser Leiche konnte ein Streptococcus gezüchtet werden, der bei Kaninchen Gelenkschwellungen bewirkte. Die Thiere bekamen Fieber und starben meist. In dem Exsudat der Gelenke war der Mikroorganismus vorhanden. Auffallend war, dass der als Diplococcus erscheinende Streptococcus nur auf stark alkalischem Nährboden gut wuchs. Möbius.

58. **Akute rheumatische Geistesstörung mit akuter rheumatischer Chorea;** von Dr. M. Jastrowitz. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 33. 34. 1899.)

Ein 20jähr. Mädchen fiel im November 1898 durch sein albernes Wesen auf. Im December akuter Gelenkrheumatismus und Chorea. Seit Februar 1899 Geistesstörung. Einfache Verwirrtheit. Später Melancholia cum stupore.

Ein 21jähr. Mädchen aus sehr nervöser Familie, das nicht menstruirt worden war, bekam rheumatische Schmerzen und Gelenkschwellungen, dann Chorea, wurde aufgeregt und verwirrt. Pat. machte eine äusserst schwere Krankheit durch: hohes Fieber, Endokarditis, Sepsis, Thrombose der Art. femor. sin., Decubitus. Dabei war die Pat. zumeist ganz verworren und unzugänglich. Allmählich trat Besserung ein und nach einigen Monaten genas die Kranke.

Die theoretischen Erörterungen des Vfs., in denen betont wird, dass das Gift bei der Chorea alle motorischen Theile des Nervensystems schädige, mögen im Originale nachgelesen werden. In klinischer Hinsicht wäre darauf hinzuweisen, dass auch in diesen Fällen die choreatische Geistesstörung bei Erwachsenen aufgetreten ist.

Möbius.

59. **Ein Fall von schwerer Chorea**; von Dr. S. Werner. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 35. 1899.)

W. beobachtete unter Gläser einen Fall von tödtlicher Chorea.

Die 18jähr. Pat. hatte seit Wochen rheumatische Schmerzen gehabt, seit mehreren Tagen war rasch zunehmende Unruhe eingetreten. Am 13. Jan. schwere Chorea. Am 18. starkes Schreien, Unruhe, viele Verletzungen, Fieber. Auch im Schlafe choreatische Bewegungen. Am 22. Beruhigung. Hallucinationen des Gesichts und Gehörs. Allgemeine Besserung. Am 1. Febr. stärkere Unruhe, Herzbeschwerden. Am 4. starke Jaktation. Am 5. Ansteigen der Temperatur, Albuminurie. Am 7. Tod.

Die *Sektion* ergab parenchymatöse Nephritis, geringe Auflagerungen auf den Herzklappen. Aus den

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/25

letzteren konnten Streptokokken cultivirt werden. Keine Veränderungen des Gehirns, Rückenmarks, der Nerven und Muskeln.

Der Vf. betont, dass seine Beobachtung für die infektiöse Natur der Chorea spreche, wenn auch die Nephritis vielleicht auf sekundäre Infektion zu beziehen sei, und dass die geistige Störung (Verwirrtheit mit Sinnestäuschungen) der Schilderung des *Ref.* entspreche. Möbius.

60. **Wird bei jungen Unverheiratheten zur Zeit der Menstruation stärkere sexuelle Erregtheit beobachtet?** von Dr. Schröter in Eichberg. (Allg. Ztschr. f. Psych. LVI. 3. p. 321. 1899.)

Die Frage Schr.'s, die von wichtigem forensischen Interesse ist, wurde an dem Krankenmaterial der Eichberger Anstalt studirt; es handelte sich nur um junge ledige *geisteskranke* Frauen. Bei 141 von den 402 weiblichen Kranken (alten und jungen, verheiratheten und ledigen) wurde eine Steigerung der sexuellen Erregtheit während der Menses beobachtet; bei 181 war eine solche nicht aufgetreten, war aber auch ausserhalb der Menstruation nie vorhanden gewesen; bei den übrigen 80 trat während der Menses keine sexuelle Erregtheit ein, während in den Zwischenzeiten solche vorkam. Dass bei den Jüngeren die intramenstruelle sexuelle Erregtheit besonders häufig war und speciell bei den unverheiratheten, wird procentmässig vorgerechnet; der Krankheit nach kommen besonders jugendlich Imbecille in Betracht, dann Maniakalische. Ein Vergleich mit einer früheren, sich auf Kranke der besseren Gesellschaftschichten beziehenden Statistik zeigt, dass hier die intramenstruelle sexuelle Erregung bei weitem seltener ist, was mit dem Bildunggrade und der anerzogenen Selbstbeherrschung erklärt wird (also nur scheinbar). Bresler (Freiburg i. Schl.).

61. **Alkohol und Epilepsie**; von Dr. Bratz. (Allg. Ztschr. f. Psych. LVI. 3. p. 334. 1899.)

Auf Grund des Materials der Anstalt Wuhlgarten wird versucht, zur Klärung einzelner, auf den Zusammenhang zwischen Alkohol und Epilepsie bezüglicher Punkte beizutragen, z. B., ob der Alkohol nur die Rolle eines auslösenden Momentes spielt oder auch bei rüstigen Nerven Epilepsie zu erzeugen vermag, ob die alkoholistischen Krampfanfälle nach Art und Verlauf der gewöhnlichen Epilepsie zuzurechnen sind, über das Aufhören der Anfälle in der Abstinenz, den geistigen Verfall u. s. w. Es werden zunächst von solchen Kranken, die in der Abstinenz keine Anfälle boten, von der *Alkoholepilepsie im engeren Sinne*, eine Zahl von Krankengeschichten mitgetheilt, die unter folgender Eintheilung behandelt werden: 1) Kranke, die vor Beginn des Trunkes *vorübergehend* epileptische Anfälle geboten haben; 2) solche, die vor Beginn des Trunkes ein inferiores Nervensystem durch andere Neuropathien oder geistige Entwicklunghemmung erkennen liessen; 3) solche, die vor Beginn des Trunkes völlig gesund waren. Belastung war in 88% vorhanden.

Der Beginn regelmässigen Spirituosenmissbrauchs (fast ausschliesslich Schnaps) fiel ungefähr in das 18. Lebensjahr. Tägliches Durchschnittsquantum der Berliner Alkoholepileptiker $^1/_2$ bis $^3/_4$ Liter Nordhäuser mit Rum. Sämmtliche Patienten hatten neben der Epilepsie andere Symptome des chronischen Alkoholismus von Seiten des Nervensystems; Tremor war fast immer da; bei $^1/_3$ der Kranken waren bei der Aufnahme in die Anstalt Sensibilitätstörungen vorhanden oder vor derselben einmal vorhanden gewesen. Tremor und Sensibilitätstörungen gingen oft Jahre lang den Krämpfen voran. Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit waren ebenfalls häufig. Dem ersten Anfalle ging selten petit-mal voraus, auch schloss er sich gewöhnlich an eine Orgie an. 14 Tage nach eingetretener Abstinenz hörten die Anfälle spätestens auf, während die anderen alkohologenen Störungen weiter bestanden. Aura ging häufig den Anfällen voran; sie war meist sensorischer Natur. Die von französischer Seite beschriebenen hysteriformen Anfälle wurden auch von B. beobachtet. Bei 50% der Patienten hatte früher Delirium tremens stattgefunden; chronische irreparable Geistesstörungen, abgesehen von der einfachen geistigen Abschwächung, insbesondere Paranoia, stellte sich bei keinem der in Rede stehenden Alkoholepileptiker ein. Der erste Anfall trat bei $^1/_3$ der Kranken schon im 1. oder 2. Jahre des gewohnheitmässigen Missbrauches geistiger Getränke ein, also schon vor dem 20. Lebensjahre, bei den anderen $^2/_3$ fällt der Beginn in das 3. und 4. Lebensjahrzehnt. Auf die im Herbste 1898 in Wuhlgarten verpflegten 400 Epileptiker kamen 82 Alkoholepileptische, auf 250 Epileptikerinnen 5 Alkoholepileptische. Der *Alkoholepilepsie,* als deren pathologisches Substrat B. eine rasch ausgleichbare blosse Reizung der nervösen Elemente des Gehirns durch die Intoxikation annimmt, stellt er die *habituelle Epilepsie der Trinker* entgegen; sie finde sich nur bei Leuten, die Jahre lang stark dem Alkoholmissbrauch ergeben waren, und zwar, wenn nicht andere Ursachen den Ausbruch der Krankheit beschleunigen, erst vom ca. 40. Lebensjahre an; bei ihr liegen organische Veränderungen, besonders Arteriosklerose, vor. Nach Wegfall des Alkohols bleiben die vielgestaltigen Symptome der Epilepsie (nebst fortschreitendem geistigen Verfall und chronischen Psychosen) bestehen.

Bresler (Freiburg i. Schl.).

62. **Obduktionsbefunde beim Tod im Status epilepticus**; von Dr. L. W. Weber. (Wien. med. Wchnschr. XLIX. 4. 1899.)

Der Vf. untersuchte eingehend alle im Laufe von 4 Jahren in der Anstalt Uchtspringe im Status epilepticus Gestorbenen. Er fand makroskopisch

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/26

stets grosse Blutüberfüllung aller inneren Organe, auch der serösen Häute, frische fettige Degenerationen an Herz, Leber und Nieren, atheromatöse Veränderungen an den Herzklappen und grossen Arterien. Auch im Centralnervensystem bestand starke Blutüberfüllung; die mikroskopische Untersuchung ergab die bekannten frischen Veränderungen am Gefässapparat und frische Degenerationprocesse an den innerhalb der durch die Extravasate zerstörten Gewebetheile liegenden Ganglienzellen und an den Ganglienzellen, die durch die perivaskulären Infiltrationen und Exsudate nutritiv und funktionell geschädigt waren.

W. sieht in den Gefässveränderungen die Folgen der epileptischen Anfälle. Die Ursachen der letzteren können erst einigermaassen vermuthet werden; in manchen Fällen spielen sicherlich toxische Einflüsse eine Rolle, die gleichzeitig die akuten Verfettungen des Herzmuskels, der Leber und der Nieren zu erklären geeignet sein würden.

Der Vf. schliesst: 1) In den meisten Fällen von Tod nach schweren epileptischen Anfällen finden sich in der Hirnrinde und Medulla oblongata frische Gefässerkrankungen und Extravasate, theilweise mit Zerstörung der benachbarten nervösen Elemente. 2) Diese Veränderungen sind, falls sie in der Medulla oblongata liegen, in vielen Fällen die direkte Todesursache, in anderen Fällen verursachen sie, je nach ihrer Lage zu den nervösen Elementen, Cirkulationstörungen und Blutungen in den grossen Körperorganen, schädigen den Respirationapparat, bewirken transitorische Paresen der Glieder und psychische Störungen.

A. Boettiger (Hamburg).

63. **Casuistische Beiträge zur Differentialdiagnose zwischen Dementia paralytica und Pseudoparalysis luetica (Fournier)**; von Dr. Ferd. Klein in Eberswalde. (Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. V. 6. p. 451; VI. 1. 2. p. 16. 122. 1899.)

Kl. theilt sieben Krankengeschichten mit und sucht die Diagnose Pseudoparalysis luetica zu begründen. Seiner Meinung nach sprechen gegen progressive Paralyse (die Kl. richtig als Metasyphilis auffasst) und für Gehirnsyphilis: geringer Abstand von der Infektion, Erfolg der Behandlung, stürmischer Eintritt der Störungen, Fehlen der charakteristischen Sprachstörung, Fehlen deutlich fortschreitenden Schwachsinnes, Vorkommen von Hallucinationen u. A.

Gegen Kl.'s Auffassung ist Einiges zu sagen. Tschisch bemerkt in demselben Hefte, in dem Kl.'s 2. Aufsatz steht, nach Pierret sehr richtig: Ein Arzt, der Pseudoparalysis progressiva diagnosticirt hat, hat einfach eine falsche Diagnose gestellt.

Wenn Kl.'s Mittheilungen irgend etwas beweisen sollten, so müssten sie von anatomischen Untersuchungen begleitet sein und es müsste nachgewiesen sein, dass in Kl.'s Fällen keinerlei paralytische Veränderungen vorhanden waren, d. h., dass nirgends im Nervensysteme primäre Atrophie der Fasern oder Zellen aufzufinden war.

Kl.'s klinische Merkmale sind theils höchst trügerisch, theils geradezu falsch. Zunächst ist es eine gänzlich unbegründete Behauptung, dass reflektorische Pupillenstarre bei tertiärer Gehirnsyphilis vorkomme, sie beweist trotz Kl. *jeder Zeit,* dass systematische Degeneration, folglich Paralyse besteht. Dass Paralyse in der Regel erst nach etwa 7 Jahren auftritt, ist richtig, aber es giebt auch Ausnahmen und sie kann überdem später zur Gehirnsyphilis hinzutreten. Der Erfolg der Behandlung beweist nur dann etwas, wenn er eklatant ist und andauert. Remissionen der Paralyse fallen oft genug mit der Behandlung zusammen. Dass ein Paralytischer Sprachstörung haben müsste, ist gar nicht wahr, so und so oft sterben die Leute, ohne Sprachstörung gehabt zu haben. Am allerwenigsten sind die psychischen Zustände diagnostisch brauchbar; die Paralyse ist ein solcher Proteus, dass geradezu alles bei ihr vorkommt, die unwahrscheinlichsten Symptome und die überraschendsten Besserungen. Da spielt die Individualität eine grosse Rolle und wenn, wie in einigen Fällen Kl.'s, Paranoia-Symptome auftreten, so sind sie eben ein individuelles Epiphänomenon.

Das ganze Entweder-Oder Kl.'s ist unrichtig. Richtig ist nur, dass häufiger, als man früher dachte, bei Paralytischen Symptome der Gehirnsyphilis gefunden werden und dass dadurch manche eigenthümliche Zustände zu erklären sind.

Möbius.

VI. Innere Medicin.

64. **Ueber die Inspektion bei schiefer Beleuchtung und über Schattenbewegungen**; von Carl Walz. (Centr.-Bl. f. innere Med. XX. 6. 1899.)

W. empfiehlt die schiefe Beleuchtung bei der Inspektion der Körperoberfläche, weil hierdurch manche bei voller Beleuchtung kaum wahrnehmbare Veränderungen durch den Schatten so deutlich projicirt werden, dass selbst feinere Veränderungen, z. B. die Rückstoss-Elevation, erkannt werden können.

Aufrecht (Magdeburg).

65. **Ueber die therapeutische Beeinflussung der Expektoration durch die Heilmittel der Hypurgie**; von Prof. Martin Mendelsohn in Berlin. (Berl. Klinik 133. Juli 1899.)

M. macht darauf aufmerksam, dass man das Aushusten durch richtiges Lagern des Kranken, durch geschicktes Aufsetzen und durch Anfeuchten der Luft erleichtern kann. Diese zweifellos wichtigen und wohl auch vielfach noch zu wenig beachteten Dinge trägt M. mit der an ihm bekannten

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/27

„exakten Wissenschaftlichkeit“ vor. Wenn man dem Kranken durch Aufsetzen husten hilft, so gehört das zur „esoterischen Hypurgie“, wenn man ihm einen guten Spucknapf geschickt vorhält, so ist das „exoterische Hypurgie“!! Dippe.

66. **Ein Beitrag zur Diagnostik der Lungengeschwülste**; von Dr. H. Hellendall. (Zeitschr. f. klin. Med. XXXVII. 5 u. 6. p. 435. 1899.)

H. theilt 3 Krankengeschichten mit.

Der 1. Fall zeichnet sich durch seinen langsamen Verlauf über 6 Jahre aus. Beginn mit einer Hämoptöe. Man dachte zuerst an Phthise, nahm dann einen Herzfehler mit Lungeninfarkten an. Später Schlingbeschwerden, Anfälle von Athemnoth. Dabei nur bräunlicher Auswurf, kein frisches Blut wieder. Zunehmende Auftreibung der rechten unteren Thoraxhälfte mit starker Verdrängung von Leber und Herz, starke Venenerweiterungen rechts, halbseitiger Hydrops, massive Dämpfung machten dann die Diagnose sehr wahrscheinlich; eine Probepunktion ergab weissliche Flocken mit Sarkompartikeln und die *Sektion* bestätigte die Diagnose: primäres Rundzellensarkom der Lunge.

Der 2. Fall verlief auffallend schnell. Einem jungen Mädchen wurde aus der linken Glutäalgegend ein seit ½ Jahre bestehendes Sarkom entfernt. 8 Tage nach der Entlassung: typische Pneumonie mit Krisis. 8 Tage später wieder Fieber, von Neuem starke Infiltration in der bereits locker gewordenen Pneumonie. Athemnothanfälle. Nach 4 Wochen Tod: ausgedehntes Sarkom der Lunge. Auch in diesem Falle hatte erst eine Probepunktion die richtige Diagnose ermöglicht.

Der 3. Kr. war etwa ½ Jahr lang leidend: fortschreitende Erkrankung der serösen Häute. Erst linkseitige Pleuritis mit blutigem Ergusse, die 2½ Monate dauerte. 4 Wochen später rechtseitige hämorrhagische Pleuritis und chylöser Erguss im Peritonaeum. Schnelle Abmagerung, Tod. Die Probepunktion der rechten Pleura hatte Tumormassen ergeben. Bei der *Sektion* fand man einen grossen Magenkrebs (der bei dem 36jähr. Kr. gar keine Erscheinungen gemacht hatte) und Krebs der serösen Häute.

H. führt seine Fälle namentlich als Beleg dafür an, dass eine geschickt ausgeführte Probepunktion auch bei soliden Tumoren ohne Erguss die Diagnose feststellen kann. Dippe.

67. **Wie entsteht der Schmerz bei der Gallensteinkolik?** von Dr. Bertelsmann. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 25. 26. 1899.)

B. sucht zwischen den älteren und den neuerdings ausgesprochenen Anschauungen über das Wesen der Gallensteinkolik zu vermitteln. Die Hauptsache scheinen ihm krankhaft heftige Zusammenziehungen der verschlossenen Gallenblase. Der Verschluss kann auf verschiedene Weise zu Stande kommen und die Gallenblase verhält sich dann ähnlich wie z. B. der Darm oberhalb einer Verlegung: sie zieht sich gewaltsam zusammen, ihre Schleimhaut sondert reichlich Flüssigkeit ab, die bei günstigem Verlaufe mit dem Nachlassen der heftigen Erscheinungen abfliesst oder aufgesaugt wird. Ebenso wie am Darme, kann es auch in der Gallenblase zu Blutungen und Verschwärungen der Schleimhaut mit den entsprechenden Folgen kommen. Zweifellos ist bei alledem häufig eine Entzündung mit im Spiele, unbedingt nöthig für jede Gallensteinkolik ist aber eine Entzündung nach B.'s Ansicht nicht. Er kann hierin Riedel nicht beistimmen. Dippe.

68. **Die therapeutische Bedeutung des Vegetarianismus**; von F. A. Hoffmann in Leipzig. (Die Therapie der Gegenwart N. F. I. 7; Juli 1899.)

H. sucht in den dichten Dunst von Schwindel, Reklame, wildem Theoretisiren u. s. w., in den der Vegetarianismus immer noch eingehüllt ist, etwas Licht und Klarheit zu bringen. Irgend etwas Sicheres lässt sich kaum sagen. Die Annahme, dass der Körper die nöthigen „Nährsalze“ mit der Pflanzenkost in einer ganz besonders günstigen Form erhalte, ist ebenso unbewiesen wie die Behauptung, die Pflanzenkost bilde weniger schädliche Zersetzungstoffe und schone deshalb ganz besonders die Leber. Die Erfahrung lehrt, dass der Vegetarianismus bei Hysterie und Neurasthenie, namentlich wenn neuralgische Erscheinungen vorhanden sind, günstig wirkt und dass er bei Fettleibigen mit Verstopfung und den bekannten nervösen Erscheinungen von entschiedenem Nutzen sein kann. Hier lässt sich manches Gute erreichen; H. hat sogar fette, hartleibige, neuralgische Diabetiker mit Vortheil eine Zeit lang vegetarisch leben lassen. Dass man auf das Befinden der Kranken dabei sorgsam achten muss, dass man Kost und sonstiges Verhalten genau vorschreiben muss (die vegetarische Kost kann ihrem gesammten Nährwerthe, ihrem Fettgehalte u. s. w. nach sehr verschieden sein), bedarf kaum der besonderen Betonung. Dippe.

69. **1) Zur Kenntniss der Periarteriitis nodosa**; von Georg Freund in Königsberg. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LXII. 5 u 6. p. 537. 1899.)

2) Ueber Periarteriitis nodosa; von Prof. Schrötter in Wien. (Wien. med. Wchnschr. XLIX. 15. 1899.)

Die Lehre von der *Periarteriitis nodosa,* ein Leiden, das in Folge seiner Seltenheit bisher stiefmütterlich behandelt worden ist, hat durch Freund (1) und Schrötter (2) eine aufklärende Erweiterung gefunden. Den nur 12 bisher in der Literatur beschriebenen Fällen reiht Fr. einen neuen an, der anatomisch und klinisch genau beobachtet und beschrieben ist.

Bei einem 38jähr. Maurer aus Russland zeigten sich bei der *Sektion* die von Kussmaul und Maier im Jahre 1866 zuerst beschriebenen miliaren, blassen Knötchen der Haut im Gesichte, am Halse und an den Armen. Am auffallendsten war das Verhalten der *Arterien:* Wie in allen anderen beschriebenen Fällen waren die *grössten Arterien frei von den charakteristischen Veränderungen* der kleineren und kleinsten Arterien, die in der *Bildung zahlreicher, kleiner, aneurysmatischer Verdickungen des Arterienrohres* bestehen. Am stärksten waren betheiligt das ganze Peritonaeum, Mesenterium, Mesocolon, die Serosa des Magens, Dünn- und Dickdarms, indem dort überall den Verzweigungen der Gefässe stecknadelkopf-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/28

bis hirsekorngrosse gelblich-weisse Knötchen folgten. In geringerer Ausdehnung erstreckte sich die Erkrankung auf die Pleura mediastinalis und pericardii in Form von „zahlreichen miliaren, grauweisslichen, derben und den Gefässramifikationen entsprechenden Knötchen". Diese Veränderungen wurden später mikroskopisch in den Muskelarterien der Glieder, des Psoas und des Zwerchfells und auch in den Arterien einzelner peripherischer Nerven (N. ischiadicus, vagus und phrenici) festgestellt, wo sie dem blossen Auge entgangen waren. Von Wichtigkeit für die *Aetiologie* ist, dass von den Arterien allein *frei* von den *Knötchen* waren die *Arterien des Gehirns und des Rückenmarks*, ebenso die Lungen. Aus der durch 2 gute Abbildungen illustrirten mikroskopischen Untersuchung geht hervor, dass die Erkrankung die Arterien *sämmtlicher Gefässhäute* betrifft, dass besonders die Intima an eine lokal entsprechende Erkrankung der Media und Adventitia gebunden ist, d. h. *auf normaler Media ist nirgends eine gewucherte Intima zu constatiren.* Durch diesen Process wird selbstverständlich eine Verengerung des Gefässlumens herbeigeführt, die eine *aneurysmatische Ausbuchtung aller drei Gefässhäute* oder eine *Thrombosirung* zur Folge hat. Eine ausführliche Schilderung der weiteren Veränderungen, so besonders der Nerven und Muskeln, sowie der Nieren (Nekrose der Harnkanälchen und Glomerulonephritis) verbietet der Raum. Es wird daher auf das Original verwiesen, in welchem auch die Literatur eingehend berücksichtigt ist.

Der *klinische Verlauf* war ein überaus dunkler (Prof. Lichtheim): Beginn mit hohem Fieber in voller Gesundheit, dann Schüttelfrost, unregelmässige Darmerscheinungen, nach 8 Tagen Schmerzen in den Beinen, dann 4 Wochen lang mässiges Fieber unter Steigerung der Schmerzen, rasche Abmagerung und Schwächezunahme, Bronchitis, Pulsbeschleunigung und Irregularität; Herzbefund normal, Urin eiweissfrei mit einer Spur Zucker. Die Muskulatur atrophisch, faradische Erregbarkeit herabgesetzt, aber die Zuckungsformel normal, Reflexe fast normal. In der zweiten Hälfte der nur $3^1/_4$ Monate langen Erkrankung subnormale Temperaturen mit beständig hoher Pulsfrequenz (120), zuletzt tonische, halbseitige Krämpfe bis zum Tode. Die Diagnose war auf schwere toxische Polyneuritis gestellt worden, wofür die Magendarmerscheinungen, die Kachexie und die terminalen Krämpfe sprachen.

Die Beurtheilung des Wesens dieser Krankheit ist sehr schwierig, am wahrscheinlichsten ist die Annahme einer akuten Infektion, deren Virus allerdings noch unbekannt ist. Jedenfalls muss man Syphilis ausschliessen, da gerade bei Periarteriitis nodosa in jedem Falle die *Lieblingsstellen der syphilitischen Gefässerkrankung*, die *Hirnarterien*, frei geblieben sind.

Schrötter (2), der bei der Bearbeitung der Gefässkrankheiten für Nothnagel's Handbuch sich mit der Periarteriitis nodosa eingehend beschäftigt hat, giebt eine kurze erschöpfende Beschreibung dieser sehr seltenen Krankheit. Er bespricht in nuce die pathologische Anatomie (Beigabe eines sehr charakteristischen Bildes der erkrankten Mesenterialgefässe nach einem Präparate der Wiener Sammlung) und den klinischen Verlauf. Da Sch. selber über eine eigene Beobachtung nicht verfügt, so hält er sich an die bisher veröffentlichten Arbeiten und kommt bezüglich der *Aetiologie* dieser in einem Alter von 20—40 J. vorkommenden Erkrankung zu der Annahme einer angeborenen *Debilität des Gefässsystems* (Eppinger). Die *Diagnose* kann sehr schwierig werden, wenn aus dem Kussmaul'schen *Symptomencomplex* (fieberhafter Beginn, Missverhältniss zwischen Pulsfrequenz und Temperatur, Herzklopfen, rasch eintretender, anämischer Marasmus, Muskelschmerzen, Muskelatrophie mit Lähmungserscheinungen und die Symptome von Seiten des Darms und der Nieren) einzelne der Syndrome ausfallen. *Differentialdiagnostisch* kommen *Miliartuberkulose, Septikämie* bei gleichzeitigem Ikterus, *Endokarditis* und *Trichinosis* (Kussmaul) in Betracht. Der *Verlauf* der Krankheit ist ein akuter, besonders tritt der charakteristische *Marasmus* sehr frühzeitig zu Tage. Die ganze Dauer der Krankheit hat bisher in keinem Falle 3 Monate überschritten. Bei der durchaus übeln *Prognose* kann die *Therapie* nur eine symptomatische (Morphium zur Beruhigung) und roborirende (Milchdiät) sein.

C. Kompe (Friedrichroda).

70. **Die künstliche Eiterung nach der Methode Fochier's bei Pyämie und anderen akuten Krankheiten**; von Dr. Menko in Amsterdam. (Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 9. 1899.)

M. bringt unter ausführlicher Beschreibung der Krankengeschichte einer an Pyämie schwer erkrankten Dame die von Fochier in Lyon im August 1891 zuerst empfohlene Methode der Pyämiebehandlung mittels Terpentinöl-Injektionen wieder in Erinnerung. Durch die unter aseptischen Cautelen vorzunehmende und eventuell wiederholte Injektion von 2 g Ol. terebinthinae in die Muskulatur der Waden oder der Oberarme wurde die von Fochier erstrebte lokale Eiterung (abscès de fixation) rasch und sicher erzielt und damit die Gefahr der Krankheit beseitigt, indem sehr bald die täglichen Schüttelfröste aufhörten und die hohen Abendtemperaturen auf die Norm zurückgingen. Auch die Pulsfrequenz wurde günstig beeinflusst. Gegen die Schmerzhaftigkeit nach der Injektion wurde Morphium subcutan gegeben. Nach der im Originale angeführten, ziemlich reichlichen Literatur von französischer und italienischer Seite soll sich diese Methode besonders für puerperale Pyämie eignen. C. Kompe (Friedrichroda).

71. **Ueber die Wirkung der sogenannten Fixationsabscesse**; von Dr. Eduard Bauer. (Virchow's Arch. CLVI. 3. p. 529. 1899.)

Als modernisirte Modifikation der in der alten Medicin verwandten Haarseile u. s. w. führte Fochier in Lyon 1891 künstlich hervorgerufene Abscesse durch Terpentininjektion unter die Haut, sogen. Fixationabscesse, in die Therapie einiger Infektionkrankheiten ein. B. wandte das Verfahren bei Pneumonie, Typhus, Erysipel und Cerebrospinalmeningitis an und beobachtete das Verhalten der Leukocyten und der Abscesse selbst. Er injicirte 1.0—1.5 ccm sterilisirten Terpentins, bez. von einer 1proc. Lösung von Crotonöl in Terpentin 0.1—2.0 ccm, letzteres in 5 von den

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/29

25 beobachteten Fällen. Nach meist 6 Tagen fluktuirte der Abscess. Der durch Incision gewonnene Eiter wurde bakteriologisch untersucht und erwies sich immer als steril. Es wurden 50—200 ccm Eiter erhalten, meist bestehend aus multinucleären Leukocyten. Der Eiter roch noch stark nach Terpentin. Auch der während mehrerer Tage nach der Incision entleerte Eiter war noch steril, obwohl keine besonderen antiseptischen Maassnahmen getroffen wurden. Die Abscesse können also eine Infektion bakteriologisch nicht fixiren.

Bei floridem Typhus kam nach den Injektionen keine Abscessbildung zu Stande, auch die Leukocytenzahl des Blutes war ungeändert. B. glaubt dieses Versagen der Einspritzungen mit dem Auftreten des Milztumor in Zusammenhang bringen zu dürfen. Bei Pneumonie hält er das Auftreten der Abscesse für direkt abhängig von der gleichzeitig beobachteten Steigerung der Leukocytenzahl; besonders war auffallend der Befund, dass die Leukocytose bei typischer Pneumonie mit typischer Krise längere Zeit bestehen blieb, während sonst mit der Krise die Leukocytenzahl auf den Normalwerth herabsinkt. Die Beobachtungen bei Erysipel und Meningitis ergaben kein unzweideutiges Resultat. W. Straub (Leipzig).

72. **Ueber den Einfluss lokaler Blutentziehungen auf Entzündungen;** von Dr. Robert Weil. (Ztschr. f. klin. Med. XXXVII. 5 u. 6. p. 423. 1899.)

W. hat bei Kalt- und bei Warmblütern gegen die verschiedentlichsten Entzündungen Blutentziehungen angewandt und hat beobachtet, dass diese stets einen für den Kranken günstigen, der Entzündung entgegenarbeitenden Einfluss ausübten. Die Hauptsache ist dabei augenscheinlich die starke Anregung des Blutstromes in dem entzündeten Gebiete, wodurch nicht nur die in den Gefässen stockenden Massen fortgeschwemmt werden und neues gesundes Blut zugeführt wird, sondern wodurch auch Aufsaugung und Ausscheidung stark angeregt werden. Dippe.

73. **Contribution à l'étude des lésions médullaires dans l'anémie pernicieuse progressive protopathique et dans les anémies symptomatiques de l'adulte**; par Emile Lenoble. (Revue de Méd. XVII. 6. p. 425. 1897.)

L. theilt aus der Klinik des Prof. Hayem 2 Beobachtungen mit. Die erste betrifft einen 28jähr. Mann, bei dem die perniciöse Anämie in 5 Monaten ihren Höhepunkt erreichte. Als nervöse Symptome wurden gefunden: fibrilläre und fascikuläre Zuckungen, Steigerung der Sehnenreflexe und Fussclonus. Die sehr eingehende mikroskopische Untersuchung ergab im Rückenmarke punktförmige Hämorrhagien, ohne Trennung in der Continuität der nervösen Elemente der weissen Substanz, ohne Rarefikation ihrer Bahnen, und fast vollständige Integrität der Zellen der grauen Substanz.

Im 2. Falle handelte es sich um eine symptomatische Anämie nach Schwangerschaft, die ganz das Bild der perniciösen Anämie darbot, jedoch ohne nervöse Störungen. Hier wurden auch post mortem keinerlei Veränderungen im Rückenmarke gefunden.

L. stellt Vergleiche zwischen diesen beiden grundsätzlich verschiedenen Fällen an, hebt ihre Berührungen und Unterschiede hervor, und giebt im Anschlusse hieran einen Ueberblick über die hauptsächlichsten Publikationen zu diesem Thema und die Eigenarten der einzelnen mitgetheilten Fälle.

Seine Schlussfolgerungen lauten: die perniciöse Anämie und die symptomatischen schweren Anämien der Erwachsenen sind oft begleitet von Rückenmarksveränderungen, die variiren zwischen capillären Hämorrhagien und sklerotischen, über den grössten Theil der weissen Substanz ausgebreiteten Herden; auch die graue Substanz kann mehr oder weniger stark betroffen sein, bis zum Schwunde ganzer Zellengruppen.

Die Läsionen können sich ohne Symptome entwickeln; sie können aber auch Erscheinungen der Rückenmarksreizung oder selbst Lähmungen herbeiführen je nach ihrer Ausdehnung und Vertheilung.

Diese Alterationen schienen überhaupt mechanischer Art zu sein; das zu vermuthende Gift der perniciösen Anämie wirkte namentlich auf die Hämatoblasten. Derselbe Mechanismus hatte wohl auch bei den symptomatischen Anämien statt. A. Boettiger (Hamburg).

74. **Ein Fall von akuter Dermatomyositis**; von Dr. W. Neubaur. (Centr.-Bl. f. innere Med. XX. 12. 1899.)

N. berichtet über einen Fall von akut auftretender, entzündlicher Erkrankung des gesammten willkürlichen Muskelapparates, wie sie zuerst im Jahre 1887 Hepp, Wagner, Unverricht unabhängig von einander beschrieben haben. Von Letzterem wurde sie mit dem Namen Dermatomyositis belegt. Da man nach Unverricht, um das Krankheitbild nicht zu verwischen, nur sichere, den von ihm aufgestellten Symptomencomplex rein darstellende Fälle der Krankheit zuzählen darf, so können nur ca. 30 Veröffentlichungen in der Literatur als hierhergehörig bezeichnet werden. Besonders hervorzuheben ist, dass die Krankheit mit Sepsis nichts zu thun hat.

Der Fall schliesst sich dem aufgestellten Symptomencomplex vollkommen an: Die Krankheit begann plötzlich mit Fieber, Kopfschmerz und heftigen Schmerzen im rechten Beine, das von unten an anschwoll. Es traten nacheinander auf: Oedeme, Schwellungen der Glieder (bei Druck mit dem Finger bleibt keine Delle zurück), Schmerzhaftigkeit, besonders an den Beugeseiten (im Gegensatze zu anderen Fällen). Charakteristisch waren ferner der progressive Verlauf, das Fortschreiten auf Schling- und Athemmuskeln, das Freibleiben der Muskeln der Augen, des Herzens, der Zunge, des Zwerchfells. Der beobachtete Ausschlag bestand in einem flüchtigen roseolaähnlichen Exanthem, ausserdem bildete sich ein Herpes an einer Kampherinjektionstelle aus. Es kam zu schwerer Nephritis (2.8% Albumen, Cylinder u. s. w.), Pleuritis, Pneumonie. Die elektrische Erregbarkeit der Muskeln war nahezu normal, die Psyche frei, die Krankheitdauer betrug 50 Tage. Besonderes Interesse boten die Symptome von hämorrhagischer Diathese (häufiges Nasenbluten, blutiger Auswurf, hämorrhagische Nephritis, sanguinolente Pleuritis).

Zur Klärung der Aetiologie der Krankheit kann der Fall nichts beitragen. Die Culturversuche, die mit Oedemflüssigkeit, Blut, pleuritischem Erguss, und Muskelsaft vorgenommen wurden, fielen negativ aus. Die mikroskopische Untersuchung eines aus

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/30

dem M. gastrocnemius excidirten Stückes liess keine Bakterien erkennen. Man fand intakte Muskelbündel, zwischen den einzelnen Muskelfibrillen erkannte man zahlreiche rothe Blutkörperchen; Dilatation der Capillaren, wie Andere sie festgestellt hatten, war nicht nachzuweisen. N. hält an der allgemeinen Annahme fest, dass es sich um eine Infektionkrankheit handele, und dass die Erscheinungen hauptsächlich durch die Einwirkung im Blute gelöster Toxine hervorgerufen werde. Differentialdiagnostisch kommen im Beginne in Betracht: Thrombose der unteren Hohlvene und typhöse Myositis. Die Prognose ist zweifelhaft, jedenfalls aber ernst zu stellen, die Therapie ist eine rein symptomatische.

Herbert Beschorner (Dresden).

75. **Remarks on a case of congenital web between the vocal cords associated with coloboma of the left upper eyelid**; by Sir Felix Semon. (Brit. med. Journ. May 28. 1898.)

Ein 16jähr. Mädchen, das mit einem Colobom des linken oberen Augenlides zur Welt gekommen war, zeigte von Geburt an eine schwache, heisere Stimme und beim Schreien inspiratorischen Stridor. Der Stridor wurde etwa vom 7. Jahre ab besser, verschwand aber nie ganz und in den letzten Monaten war er wieder stärker. Die Lidspalte war im 3. Lebensjahre operativ hergestellt worden. Der sonst normale Kehlkopf zeigte in den vorderen $^3/_4$ den Glottisspalt durch eine durchscheinende, röthliche, dreieckige Membran verschlossen, die an den Seiten ohne deutliche Grenze in die Stimmbänder überging und nach hinten mit einem halbmondförmigen, dickeren, weissen Rande endigte. Zwischen diesem Rande und der Hinterwand war ein schmaler ovaler Spalt nur etwa $^1/_3$ so gross als die normale Glottis.

Solche angeborene Diaphragmen sind sehr selten. Es sind bisher 15 Fälle beschrieben. Dieser 16. Fall ist besonders interessant durch das gleichzeitig vorhandene Colobom der Lidspalte. Inzwischen hat Rosenberg (Handbuch d. Laryngol. I. p. 526) noch einen 17. Fall mit doppelter Membranbildung beschrieben. Die Entstehung der Membranen wird am besten verständlich durch die entwicklungsgeschichtlichen Beobachtungen von Roth, wonach die beiden Hälften, aus denen das Luftrohr entsteht, im oberen Abschnitte bis zur Höhe der Rima glottidis hinunter in der ersten Anlage verklebt sind. Löst sich nun diese Verklebung nicht vollständig, so entsteht ein Diaphragma, das die Glottis von vorn nach hinten mehr oder weniger verschliesst.

Was die Behandlung betrifft, so sind die mit der Thyreotomie erzielten Erfolge nicht sehr befriedigend. S. versuchte deshalb endolaryngeal mit dem gedeckten Messer die Membran vom Stimmbandrande abzulösen, was aber wegen der überraschenden Festigkeit der Membran nicht gelang. Er bohrte nun mit einem spitzen Galvanokauter nahe der vorderen Commissur, wobei sich die Membran als über 1 cm dick erwies. Da auf den Eingriff keine Reaktion folgte, wurde die Membran entlang dem Rande der Stimmbänder in kleinen Zwischenzeiten mit dem Spitzbrenner durchbohrt, wobei sich zeigte, dass sie nach hinten zu immer dünner wurde. Nach wiederholten Eingriffen schrumpfte die Membran immer mehr, so dass schliesslich nur im subglottischen Theile der vorderen Wand Reste mit der schneidenden Zange entfernt zu werden brauchten. Das Resultat der Behandlung war freie Athmung, eine laute, nur leicht verschleierte Stimme und bei der Spiegeluntersuchung eine leichte Unebenheit an der vorderen Wand. Rudolf Heymann (Leipzig).

76. **Pachydermia laryngis („Laryngitis desquamativa“)**; von Dr. Albert Rosenberg in Berlin. (Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. XXXII. 6. 1898.)

Ein 65jähr. Musiker, der seit mehreren Jahren an Bronchektasie mit Husten litt, war seit einem Jahre heiser. Das linke Stimmband war roth, verdickt, der Rand etwas verbreitert und trug auf der vorderen Hälfte 2 erbsengrosse, schneeweisse, leicht höckerige, sich etwa 0.5 mm über die Umgebung erhebende Auflagerungen, die auf der oberen Fläche des Stimmbandes confluirten. Das Stimmband war frei beweglich. Die weissen Massen wurden mit der Zange abgetragen, sie bestanden aus Epithel, das in seinen oberen Lagen verhornt war. Nach einem Jahre derselbe Befund. Weiterhin stiessen sich die weissen Massen an einigen Stellen ab und traten an anderen neu auf.

Im Gegensatze zu v. Stein, der (Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. XXXI. 9. 1897) einen analogen Fall als Laryngitis desquamativa beschrieben hat, betont R., dass diese Fälle zur Pachydermia laryngis gehören.

Rudolf Heymann (Leipzig).

77. **Traitement opératoire endo-laryngé des polypes du larynx à propos de 14 cas opérés à la clinique**; par le Dr. H. Gaudier. (Echo méd. du Nord. II. 43. Oct. 23. 1898.)

Nach eingehender Besprechung der Vorbereitung des Kranken und der Instrumente, der Cocainanästhesie, der Abtragung des Tumor und der Nachbehandlung berichtet G. über 14 Kranke, denen er im letzten Jahre theils mit schneidenden Zangen, theils mit der Schlinge Polypen aus dem Kehlkopfe entfernt hat. Von den Tumoren waren 5 Papillome, 7 Fibrome, 1 ein Myxom und bei einem fehlt die genauere Angabe.

Rudolf Heymann (Leipzig).

78. **Ueber eine seltenere Indikation zu einem operativen Eingriff im Larynx**; von Dr. Hermann v. Schrötter. (Wien. klin. Wchnschr. XI. 40. 1898.)

Ein 26jähr. Kr., der von Kindheit an wohl in Folge tuberkulöser Erkrankung der Bronchialdrüsen, eine linkseitige Recurrenslähmung hatte, litt seit mehreren Jahren an sich langsam steigernder Athemnoth, besonders bei Anstrengungen. Der Kehlkopfeingang war überlagert von einem von der linken aryepiglottischen Falte und der Gegend des linken Aryknorpels breitbasig ausgehenden, etwa haselnussgrossen Tumor, der bei ruhiger Athmung nur das vordere Drittel der Stimmbänder sehen liess. Die scheinbare Geschwulst wurde für eine in Folge der Lähmung entstandene Lageveränderung des Aryknorpels mit dem Santorini'schen Knorpel und der aryepiglottischen Falte mit durch den inspiratorischen Zug herbeigeführter Volumenzunahme der Theile angesehen und der vorspringende Theil mit der galvanokaustischen Schlinge

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/31

abgetragen. Das abgetragene Stück mit einer Basis von 1 cm im Durchmesser und 0.5 cm dick enthielt den von wulstiger Schleimhaut überzogenen, am oberen Ende knopfförmig verdickten Santorini'schen Knorpel. Die kleine Wunde heilte glatt. Die Athemnoth war durch die Operation sofort und dauernd gehoben.

Rudolf Heymann (Leipzig).

79. **Laryngologische Mittheilungen**; von Dr. Hermann v. Schrötter. (Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. XXXII. 10. 1898.)

In dem vor der Düsseldorfer Naturforscherversammlung gehaltenen Vortrage bespricht von Schr. eine Reihe von seltenen Beobachtungen.

Eine 29jähr. Kr. aus Cilli mit den Erscheinungen stärkster Athemnoth, hatte in der Trachea einen knopfförmigen, wachsgelben, auf gerötheter Basis aufsitzenden Tumor und daneben eine die Trachea schief durchsetzende Narbe. Im Kehlkopfe hatte die Kr., bei der es sich um *Sklerom der Trachea* handelte, nur mässig prominirende subchordale Wülste. Narbe und Geschwulst wurden mit Quetscher und Pincette entfernt und dann mit *Schrötter'*schen Hartkautschukröhren nachbehandelt. Der Process in der Trachea kam zur Ausheilung, aber einige Monate später machte das Sklerom des Kehlkopfes, das zugenommen hatte, neue Behandlung nöthig.

Sodann bespricht v. Schr. einige Fälle von *Tuberkulomen* des Larynx, sowie *Tuberkulose des Pharynx und der Mundhöhle* bei gesundem Kehlkopfe.

Ein sehr seltenes Vorkommniss ist gangränöser *Zerfall des einen Stimmbandes im Anschlusse an ulceröse Stomatitis* unbekannter Ursache bei einem Fleischergesellen.

Pemphigus der Schleimhäute hält v. Schr. für nicht so selten, als gewöhnlich angenommen wird, da er in einem Jahre 5 Fälle gesehen hat; er meint, dass die Erscheinungen, wenn sie auf die Schleimhaut beschränkt sind, oft nicht richtig gedeutet werden.

Bei einem seit 20 J. an linkseitiger Recurrenslähmung leidenden Kr. waren der Aryknorpel und besonders der Santorini'sche Knorpel stark in den Kehlkopf hineingeneigt und durch den beständigen inspiratorischen Zug die Schleimhaut über den Knorpeln so stark gewulstet, dass sie ein beträchtliches Athemhinderniss darstellte und Abtragung der tumorartigen Masse mit der galvanokaustischen Schlinge nöthig wurde.

Ein sehr seltener Befund ist ferner eine *Amyloidgeschwulst* des Kehlkopfes, eine goldgelbe, leicht höckerige, harte, die Schleimhaut infiltrirende Geschwulst über dem linken Aryknorpel und der aryepiglottischen Falte bei einer sonst gesunden 57jähr. Frau.

Ein Unicum endlich ist eine doppelseitige *Aërocele ventricularis interna*, eine blasenförmige exspiratorische Aufblähung der Morgagni'schen Ventrikel, die den Kehlkopf verschloss und die Stimme stark veränderte, bei einem 8jähr. Jungen. Rudolf Heymann (Leipzig).

80. **Ein Beitrag zur Kenntniss der Trachealtumoren**; von Dr. Hans Koschier. (Wien. med. Wchnschr. XLVIII. 35. 1898.)

Eine 40jähr., sonst stets gesunde Frau, die seit Juni 1897 an nach Erkältung aufgetretenen Schmerzen im Halse unterhalb des Kehlkopfes und zunehmender Kurzathmigkeit litt, kam im Januar 1898 in die Stoerk'sche Klinik. Schlingbeschwerden hatte die Kr. nie gehabt. Bei der Untersuchung zeigte sich die Kr. sehr abgemagert, bei irgend angestrengter Athmung Stridor und inspiratorische Einziehungen in den Supraclaviculargruben. Die Schilddrüse lag der Trachea fest an, war mit kleinen halbkugeligen Prominenzen versehen und etwas härter als normal. Bei der Laryngoskopie sah man unterhalb des rechten Stimmbandes 2 mit gerötheter Schleimhaut überzogene flache Wülste von der seitlichen Wand vorspringen, weiter unten sass an der hinteren Trachealwand ein Tumor, der das Tracheallumen bis auf einen schmalen Spalt ganz verlegte und eine glatte, mässig injicirte Oberfläche besass. Da der Oesophagus frei war, nie Schlingbeschwerden vorhanden waren und die Schilddrüse nur mässig vergrössert war, so handelte es sich am wahrscheinlichsten um einen primären Trachealtumor, und zwar wahrscheinlich um ein Carcinom. Kurze Zeit nach der Aufnahme machte die starke Athemnoth die tiefe Tracheotomie nothwendig. Der Tumor wurde dann mit einem von Stoerk eigens für den Zweck construirten, nach rückwärts gekehrten scharfen Löffel in 8 Sitzungen so weit entfernt, dass die Kr. mit verstopfter Kanüle gut athmen und, obschon mit Kanüle, Ende April das Spital verlassen konnte.

Die mikroskopische Untersuchung der entfernten Geschwulststücke zeigte, dass es sich um einen Tumor epithelialen Ursprungs mit partieller schleimiger Degeneration des seine Grundsubstanz bildenden Bindegewebes und theilweise der Tumorzellen selbst, also um ein Carcinoma cylindromatosum der Trachealschleimhaut, handelte. Rudolf Heymann (Leipzig).

81. **Zur Casuistik der Fremdkörper in der Trachea**; von Dr. Sorodecki. (Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. XXXII. 5. 1898.)

Ein 15jähr. Mädchen, das vor 2 Wochen einen Knopf verschluckt hatte, wurde mit starker Dyspnöe, laryngealem Stridor in das Kischinewer Hospital gebracht. Laryngoskopisch sah man 1—1.5 cm unter den Stimmbändern einen dunklen Körper eingekeilt. Bei der sofort vorgenommenen Tracheotomie wurde der Fremdkörper nicht aufgefunden, aber 5 Tage später wurde er, ein Hornknopf von 12 mm Durchmesser, durch die Wunde ausgehustet. Rudolf Heymann (Leipzig).

82. **The use of creosoted oil for the expulsion of tracheal false membranes after tracheotomy; and of intranasal injections of oil in various affections**; by William Ewart. (Brit. med. Journ. May 28. 1898.)

E. empfiehlt für alle Fälle von Diphtherie der Trachea die möglichst zeitige Tracheotomie und neben der Injektion von Heilserum Einträufelungen von Kreosotöl (1:20). Solche Einträufelungen können von jeder Wärterin mit einer einfachen Tropfflasche vorgenommen werden. Je nach der Schwere des Falles werden alle 2—4 Stunden 15 Tropfen von dem Oel in die Trachea eingeträufelt. Es wird dadurch die Lösung und Entfernung der Membranen erleichtert und die Heilung der Schleimhaut befördert. 3 Krankengeschichten, von denen die eine allerdings einen äusserst leichten Fall betrifft, illustriren die Empfehlung.

Ferner empfiehlt E. Eingiessungen von medikamentösen Oelen in die Nase bei den verschiedensten Krankheiten. So verwendet er Eingiessungen von Carbolöl (1:60) in der Reconvalescenz der Diphtherie, um die noch lange bestehende Infektiosität zu bekämpfen, Eingiessung eines Gemisches von Menthol-, Thymol- und Eucalyptolöl bei der Trockenheit der Nase, bei den verschiedensten fieberhaften und anderen Allgemeinerkrankungen, bei der von ihm als Tachypnoea bezeichneten Form der Dyspnöe, bei verschiedenen Formen des Nasen- und Rachenkatarrhs, bei Bronchialkatarrhen, die

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/32

mit Nasen- und Rachenkatarrh verbunden sind, und bei den von der Nase ausgehenden Asthmaanfällen.

Rudolf Heymann (Leipzig).

83. **Klinische und histologische Untersuchungen über einen Fall von Atrophia idiopathica**; von Dr. Colombini. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXVIII. 2. p. 65. 1899.)

Eine 55jähr. Frau bemerkte nach einer starken Erkältung im Februar 1896 das plötzliche Auftreten rother Flecke zuerst an den Beinen, alsdann an den Armen, am Rumpfe, zuletzt auch an Händen und Füssen. Die Flecke breiteten sich aus, die Haut wurde dünner, trocken und runzelig. Es traten Kältegefühl, Jucken und rascher Kräfteverfall hinzu. Die Haut war im September 1896 welk und hing in grossen Falten herunter, die Epidermis war glänzend, rauh, feingefältelt wie zerknittertes Papier, dunkelroth, bläulich. Die Haare wurden dünner, kürzer und farblos. Die Haut war stellenweise papierdünn, das Unterhautzellengewebe beinahe vollständig geschwunden.

Die histologische Untersuchung ausgeschnittener Hautstücke ergab eine starke Verdünnung aller Schichten der Epidermis. In der Cutis zeigte sich eine Dilatation der Capillaren mit Ausbuchtungen und Einschnürungen; die Papillen waren so verkürzt und abgeplattet, dass die Linie, die die Epidermis von der Cutis trennt, kaum noch als geschlängelt erschien. In der Umgebung einzelner Capillaren fanden sich kleinere Ansammlungen von Blutbestandtheilen und Pigmentmassen, sowie kleinzellige Infiltration. Die Muskeln der Haut waren fast gänzlich verschwunden; Haarfollikel und Talgdrüsen ebenfalls atrophisch. Die Knäueldrüsen hatten das Aussehen fötaler Drüsen, flache Glomeruli und geradlinige Ausführunggänge. Die elastischen Fasern waren nur spärlich vertreten, zum grössten Theil geschwunden, zum Theil in steife mumificirte Stränge umgewandelt.

Der Fall stimmt am meisten mit dem von Kaposi als „Atrophia idiopathica“ beschriebenen überein.

Wermann (Dresden).

84. **Ein Fall von Favus am Penis**; von Dr. L. Glück. Mit 1 Tafel. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLVII. 3. p. 339. 1899.)

Gl. hat unter 200 Favuskranken, die er innerhalb 4 Jahren in Sarajevo behandelt hat, kaum 3mal Favus des Stammes, bez. der Glieder und 5mal Onychomycosis favosa gesehen. Einzig steht ein Fall von Favus am Penis da, ohne gleichzeitige Erkrankung der Kopfhaut, der einen 33jähr. Viehhirten betraf.

Auf der Seitenfläche des Gliedes, der oberen Fläche des äusseren nnd inneren Vorhautblattes, im Sulcus coronarius und auf der Corona glandis fanden sich, die Harnröhrenmündung kreisförmig umschliessend, theils isolirte, theils zusammenhängende, dicke, trockene Borken, deren über das Niveau erhabener Rand schwefelgelb und deren tellerartig gedelltes Centrum schmutzigbraun gefärbt erschien. Nach Ablösung der Borken trat eine ganz oberflächliche, sehr wenig secernirende Erosion zu Tage. Die mikroskopische Untersuchung ergab nahezu eine Reincultur des Achorionpilzes.

Der Fall stellt sich einem seiner Zeit von Pick beschriebenen ähnlichen zur Seite und zeigt wiederum, dass die Favusentwickelung nicht ausschliesslich an die behaarte Haut gebunden ist.

Wermann (Dresden).

85. **Ueber Hautsarkomatose**; von Dr. M. Joseph. Mit 1 Tafel. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLVI. 2. p. 177. 1898.)

Ein 32jähr. Buchbinder von schwächlichem Körperbau bemerkte im August 1897 das Auftreten von derben, stecknadelkopf- bis 1.8 cm grossen Knoten auf der Haut des Unterleibes, in Gesicht und Nacken. Sie waren mit der Haut verschieblich, an der Oberfläche röthlichblau verfärbt. Anfang October fanden sich etwa 100 Geschwülste über die ganze Haut vertheilt vor. Die Tumoren hatten sich gänzlich schmerzlos entwickelt. Ende November klagte der Kr. über Beschwerden im Unterleibe und in der Blase. Urin normal, ebenso der Blutbefund, keine Milz- und Lymphdrüsenschwellung. Es traten im weiteren Verlaufe Oedeme der Unterschenkel auf. Der Kr. wurde schwach und elend und starb am 11. Jan. 1898. Die *Sektion* ergab im Netz viele hirsekorn- bis linsengrosse, harte, graue Knötchen. Die Mesenterialdrüsen waren hart, weiss, bis kirschgross geschwollen. Im Oesophagus einige bohnengrosse, weisse Knoten, ein Knoten im Zungengrunde, einzelne in der Darmschleimhaut.

Die mikroskopische Untersuchung zeigte keine abgegrenzte Anhäufung fremder Zellen, sondern eine Zelleninfiltration der Cutisspalten bis in das Fettgewebe hinein. In der Umgebung der Follikel, Gefässe und Knäueldrüsen war die Zelleninfiltration erheblich dicker. Die Infiltrationzellen schoben sich ganz allmählich in die Lymphspalten des Bindegewebes hinein und wurden auf dem Wege der Lymphbahnen weiter transportirt; die Cutis reagirte mit Bindegewebeneubildung; es trat ferner eine hyaline Degeneration der Bindegewebefasern ein und eine mucinöse Degeneration der Infiltrationzellen. Vielleicht kam es in Folge dessen nicht zur Bildung eines echten Tumor. Die elastischen Fasern waren erhalten; Mastzellen waren spärlich, aber doch deutlich vorhanden. Die Mucosa und Submucosa des Magens zeigte ebenfalls zahlreiche Tumorzellen in die Spalten des normalen Gewebes eingelagert; das Bindegewebe war hyperplastisch.

Klinisch war das beschränkte Wachsthum der Tumoren von Interesse, Rückbildungprocesse waren nicht zu bemerken.

Der Fall ist unter die „sarkoiden Geschwülste“ zu zählen und von den echten Sarkomen abzutrennen. Vielleicht ist der primäre Krankheitherd im Magen zu suchen, von dem aus die Ueberschwemmung des Körpers sekundär erfolgte.

Wermann (Dresden).

86. **Die Behandlung der Inguinalbubonen nach Erfahrungen im Hamburger Freimaurerkrankenhaus**; von W. Camerer. (Inaug.-Diss. Strassburg i. E. 1898. Buchdr. von C. u. J. Göller. 8. 31 S.)

Seit 1887 wurden 79 Kr. behandelt, 42mal wurde die Totalexstirpation, 18mal breite Incision mit nachfolgender Ausräumung vorgenommen. In einem Falle trat nach Verletzung der Schenkelvene Pyämie und Tod ein. Dreimal wurde die Vena saphena unterbunden und resecirt. Der Durchschnitt der Behandlung betrug 41 Tage, die kürzeste Zeit waren 16, die längste 120 Tage. 6mal wurde nach Anlegung der Naht Heilung per primam erreicht. Bei 19 in der letzten Zeit Behandelten wurde nach Lang incidirt und Injektionen mit Argent. nitr. gemacht; in 14 Fällen trat völlige Heilung in 7—58 Tagen, durchschnittlich in 17 Tagen, ein. Die Injektionen wurden jeden zweiten Tag vorgenommen und ihre Zahl war 1 in 3 Fällen, 2 in 6 Fällen, 3 und 4 in je 2 Fällen und in 1 Falle mehr als 4. 5 Kr. wurden ohne Erfolg nach Lang behandelt, 3mal wurde die Radikaloperation, 2mal eine grössere Incision und Auskratzung angeschlossen.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/33

Als bestes Verfahren ergab sich bei harten Bubonen mit Fieber Eisbehandlung, Hydrargyrum, Compression durch Schrotbeutel. Bei Hartbleiben des Bubo Totalexstirpation. Zeigt der Bubo Neigung zur Erweichung: Anwendung von Kataplasmen 3—9 Tage lang. Bei Vorhandensein einer einzigen Eiterhöhle: Lang'sches Verfahren; bei vielfacher Abscessbildung: Totalexstirpation. Die breite Incision mit nachfolgender Auskratzung kommt nur ausnahmeweise und nur als sekundäre Operation in Anwendung, wenn das Lang'sche Verfahren im Stich lässt oder eine fistulöse Eiterung eintritt, ohne dass noch grössere feste Drüsenreste vorhanden sind. Wermann (Dresden).

87. **Chancres mous des doigts**; par L. Sibut. (Ann. de Dermatol. et de Syph. IX. 4. p. 376. 1898.)

Ein 16jähr. Mädchen mit multiplem Schanker der Genitalien inficirte sich am linken Zeigefinger in einer Kratzwunde. Es entstand ein kleiner Knoten, der juckte und aufgekratzt wurde, eine Excoriation, ein Geschwür. Dieses ging mehr und mehr in die Tiefe und führte zu einer lebhaften Entzündung des Fingers; nach 8 Tagen trat jedoch von selbst Heilung ein. Eine Woche später bildete sich ein zweites Geschwür auf dem rechten Mittelfinger. Keinerlei Lymphangitis oder Oedem auf dem Handrücken, hingegen eine grosse empfindliche Drüse in der rechten Achselhöhle.

Der dem Geschwür entnommene Eiter enthielt den Ducrey'schen Bacillus. Wermann (Dresden).

VII. Geburtshülfe, Frauen- und Kinderheilkunde.

88. **Die Behandlung des „weissen Flusses" mit Hefeculturen — eine lokal-antagonistische Bakteriotherapie**; von Dr. Theodor Landau. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 11. 1899.)

L. behandelte 40 Frauen mit „weissem Fluss" mit Hefe; in der Mehrzahl der Fälle handelte es sich um chronische Gonorrhöe oder solche chronische Katarrhe, die zwar durch Anamnese und Verlauf als gonorrhoische gekennzeichnet waren, durch die bakteriologische, bez. mikroskopische Untersuchung aber als solche nicht erwiesen waren. L. ist mit den Erfolgen seiner Behandlung im Grossen und Ganzen recht zufrieden; er theilt mit, dass in mehr als der Hälfte der Fälle unter der Behandlung jede makroskopisch nachweisbare Spur des Ausflusses verschwand.

Nach Entfaltung des Vaginalrohres durch Platte und Rinne wurden mittels einer Spritze ca. 10 bis 20 ccm dickflüssige Hefe in den Scheidengrund eingespritzt und ein Wattetampon vorgelegt. Der Tampon wurde nach 24 Stunden entfernt, Scheidenausspülungen unterblieben.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

89. **Meine Methode der Therapie der entzündlichen Zustände des Uterus und seiner Adnexa**; von Prof. J. Grammatikati in Tomsk (Sibirien). (Monatsh. f. Geburtsh. u. Gynäkol. VIII. 2. p. 171. 1898.)

Gr. empfiehlt intrauterine Injektionen mit einer 5proc. Alumnollösung (Alumnoli 2.5, T. jodi, Spir. vin rectificatiss. ana 25.0); diese Injektionen werden täglich, ohne Rücksicht auf erhöhte Temperatur, akute Symptome und Uterinblutungen gemacht. Gr. benutzt hierzu eine *Braun*'sche Spritze, die mit Asbestkolben versehen ist und 2 ccm aufnimmt.

In frischen akuten Fällen genügten zur Erzielung guter Resultate 15—20 Injektionen; „die Temperatur fällt im Laufe weniger Tage schnell, die Schmerzen schwinden, die Exsudate werden schnell resorbirt und die Erscheinungen der Endometritis reduciren sich in kurzer Zeit auf ein Minimum." Gr. beobachtete bei dieser Behandlung ein Aufhören der menstrualen Blutungen („temporäres Klimakterium"); nach beendeter Kur trat die erste Menstruation erst nach einem, häufig sogar erst nach 2 Monaten auf. Besonders gute Resultate ergaben Fälle gonorrhoischen Ursprungs. In chronischen Fällen darf die Zahl der täglich einmal zu machenden Einspritzungen nach Gr. nicht weniger als 40 betragen.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

90. **Traitement des métrites chroniques par les injections de chlorure de zinc**; par Pierre Delbet. (Ann. de Gynécol. XXVI. p. 13. Janv. 1899.)

D. berichtet über 69 Frauen, die er mit Chlorzink behandelt hat. Er wendet Einspritzungen von 1—2 ccm einer 20—30proc. Lösung an und giebt 5 Minuten vorher, um die eintretenden Schmerzen zu mässigen, eine Einspritzung von 1—2 ccm einer 5proc. Cocainlösung. Er bedient sich der *Braun*'schen oder *Colin*'schen Spritze mit dünner Kanüle und macht ausser bei starker Verengerung des Halskanals keine vorherige Erweiterung. Am besten waren die Erfolge bei hämorrhagischer Metritis. Von 26 Frauen entzogen sich 2 der Kur, nur eine von den übrigen blieb ungeheilt; auch die Ausschabung war bei ihr erfolglos, so dass die Gebärmutter entfernt werden musste. Dagegen wurde bei 6 Frauen mit gleichzeitiger Erkrankung der Anhänge nur 2mal Heilung erzielt. Unter 15 Frauen mit glandulärer Metritis (D. versteht darunter Metritis mit Leukorrhöe) wurden 8 völlig geheilt, 5 gebessert. In 6 Fällen mit gleichzeitiger Erkrankung der Anhänge blieb 4mal der Erfolg aus. Bei gemischter Metritis ohne Erkrankung der Anhänge (3 Fälle) wurden 2 Frauen geheilt, 1 gebessert; bei gleichzeitiger Erkrankung der Anhänge (2 Fälle) war der Erfolg unbedeutend. D. hebt auch die günstigen Erfolge bei parenchymatöser Metritis und der Schleimhauterkrankungen des Gebärmutterhalses hervor. J. Praeger (Chemnitz).

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/34

91. **Ueber die Behandlung chronischer Affektionen der weiblichen Beckenorgane, speciell der chronisch entzündlichen, mittels Schrotbelastung**; von A. Funke in Strassburg. (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. I. 2. p. 263. 1898.)

Die Technik der von Freund in Analogie zur Anwendung des Schrotbeutels in der Chirurgie auch in die Gynäkologie eingeführten Schrotbelastung ist folgende: Ein runder Mutterspiegel wird, mit einem Condom überzogen, in die Vagina eingeführt, der Condom durch den Mutterspiegel mit Schrot Nr. 3 angefüllt, der Mutterspiegel entfernt; der Schrotbeutel bleibt 2—10—16 Stunden liegen und wird dann durch Zug entfernt. Bei Nulliparen wurden auf diese Weise bequem 500 g Schrot in die Vagina eingeführt, in die Vagina Mehrgebärender oder Schwangerer dagegen 750 bis 1000 g.

Die Wirkung des Schrotbeutels ist eine direkte und eine indirekte, die erstere äussert sich in Zug (Dehnung) und Druck (Compression), die letztere durch Veränderung der Blut- und Lymphcirkulation als Resorption. Liegen die zu comprimirenden Partien höher, reichen sie bis in das grosse Becken, so empfiehlt sich neben der vaginalen Schrotausfüllung die Anwendung eines äusseren Gegendruckes durch Auflegen eines äusseren Schrotbeutels im Gewicht von 1—2 kg.

F. stellt tabellarisch 66 „Schrotkuren“ zusammen. Die Indikation gaben ab: Dehnung perimetritischer Stränge 18mal, Resorption von Tumoren und Exsudaten 25mal, Retroversionen 16mal, Schmerzen, bez. Coitusbeschwerden 13mal, Lageveränderungen 2mal, Dehnung der Scheide 1mal. Oft bestanden mehrere dieser Leiden.

F. hat gefunden, dass die Schrotbehandlung in vielen Fällen rascher und sicherer zum Ziele geführt hat, wie die bisher bekannten Methoden. „Exsudate werden zwischen 2 Schrotbeuteln oder zwischen Schrotbeutel und Kreuzbein ausgedrückt wie ein nasser Schwamm.“

Verboten ist der Schrotbeutel bei akuten Erkrankungen und, wenn nach der Belastung heftige Schmerzen oder Fieber auftreten. In diesen Fällen handelte es sich meist um kleine Eiteransammlungen, die dann zur Ausbreitung gereizt wurden.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

92. **Nachträgliches zur Diskussion über Atmokausis auf der Düsseldorfer Naturforscherversammlung**; von L. Pincus in Danzig. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 3. p. 363. 1899.)

In seinen Ausführungen kritisirt P. die bei der Naturforscherversammlung zu Düsseldorf vorgebrachten Einwendungen gegen die Methode der Vaporisation, sowie die daselbst angezeigten Abänderungen des Apparats. Den aus Treub's Klinik berichteten Todesfall sieht er als einen Unglücksfall, nicht als Misserfolg der Methode an. Seine Methode, die er bekanntlich als Atmokausis (der Dampf kommt mit der Gebärmutterschleimhaut frei in Berührung) und Zestokausis (der Dampf erhitzt ein in die Gebärmutterhöhle eingeführtes hohles, nicht gefenstertes Instrument so, dass eine ätzende Contaktwirkung eintritt) bezeichnet, ist in der Hauptsache folgende: Operation möglichst ohne Narkose, nach ausgiebiger Erweiterung des Halskanals (Bösartigkeit eventuell durch Probeausschabung vorher ausgeschlossen). Bei weiter Gebärmutterhöhle (Mehrgebärende, Myom) und zur Verödung der Höhle ist nur die Atmokausis zu verwenden, sonst die Zestokausis; diese auch zur Behandlung einzelner Stellen der Wand und der Schleimhaut des Halskanals. Das Instrument muss in der Gebärmutterhöhle ein wenig hin und her bewegt werden, bis eine feste Zusammenziehung eintritt. Je stärker diese wird, um so mehr kürze man die Operation ab, ebenso bei Verstopfung des Ableitungsrohres mit Gerinnseln. Man lasse besonders bei jüngeren Frauen und vor Allem nach Aborten und im Wochenbette den Dampf möglichst kurze Zeit (5—15 Sekunden bei 105—110°) einwirken. Oberflächliche Schorfe stossen sich schon nach wenigen Tagen ab, tiefere (bei absichtlicher Obliteration) vor und nach dem 9. Tage. Wenn keine Obliteration beabsichtigt wird, darf das Verfahren erst nach völliger Neubildung der Schleimhaut wiederholt werden, am besten nach der nächsten Menstruation. Im Allgemeinen empfiehlt sich Bettruhe bis zur Schorflösung.

J. Praeger (Chemnitz).

93. **Nature et traitement de la rétroversion utérine**; par L. G. Richelot. (Ann. de Gynécol. L. p. 325. Nov. 1898.)

R. behauptet, dass es für die Retroversion der Gebärmutter eben so wohl wie für den Vorfall eine Prädisposition giebt, bestehend in einer gewissen Ernährungstörung, einer Erschlaffung der fibrösen Gewebe, einem Zustande, den französische Autoren als „arthritisme“ bezeichnen. Migräne, Ekzem, Gelenkschmerzen, neuralgische Druckpunkte, Varicen, Verstopfung, Magenschmerzen, Neurasthenie, Brüche, Nierensenkungen sind Theilerscheinungen der Allgemeinerkrankung. Dabei ist die Gebärmutter gewöhnlich angeschwollen und schmerzhaft; später wird sie sklerotisch. Die Eierstöcke sind oft sklerocystisch entartet. Kommt dann eine Infektion hinzu, so entsteht eine Fixation der Gebärmutter. In nicht zu alten Fällen von nicht fixirter Rückwärtslagerung empfiehlt R., obwohl er sie nur als Theilerscheinung einer Allgemeinerkrankung ansieht, in erster Linie die Correktion der Lage und die Erhaltung in guter Stellung. Hierfür kommen in Betracht a) Ringe und Leibbinden (R. behauptet, dass keineswegs die Mehrzahl der Frauen sich mit Ringen behandeln liesse), b) Massage, von der R. besonders bei angeschwollener Gebärmutter gute Erfolge gesehen hat, c) die An-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/35

nähung der Gebärmutter. Von der Alexander-Operation und der Verkürzung der Lig. sacrout. hält R. nichts, dagegen waren seine Erfolge bei der Ventrofixation gut (zwei Schwangerschaften, eine mit normalem Verlaufe, eine mit Frühgeburt im 6. Monate bei einer Eklamptischen). Die Fäden sind durch die Vorderfläche der Gebärmutter unterhalb der Eileitermündungen zu legen. Im letzten Jahre hat R. 9mal die Vaginofixation gemacht (Quer- und Längsschnitt der vorderen Scheidenwand, Eröffnung der vorderen Bauchfellfalte, Gebärmutter nicht vorgezogen, 3 Catgutnähte durch vordere Gebärmutterwand und Scheide mit Freilassung des Gebärmuttergrundes). Die Erfolge waren gute, über Dauererfolge lässt sich noch nicht reden. J. Praeger (Chemnitz).

94. **Die Retrodeviationen des Uterus und ihre operative Behandlung durch Verkürzung und Fixation der Ligamenta rotunda**; von Dr. J. Schulz. (Beitr. z. klin. Chir. XXIII. 3. p. 517. 1899.)

Nach einleitenden Bemerkungen über die Pathogenese und Symptomatologie der *Retrodeviationen des Uterus* bespricht Sch. die zur Beseitigung dieser Verlagerungen erdachten *Operationen*. Die älteste Operation ist die von Alquié angegebene, dann namentlich von Alexander und Adams befürwortete Methode, die *Ligg. rotunda an der vorderen Oeffnung des Leistenkanals aufzusuchen, hervorzuziehen und nach Verkürzung vor der Bauchwand zu befestigen.* Schon schienen vor einem Jahrzehnt nach wenigen Misserfolgen die Akten über diese Operation geschlossen, als in neuerer Zeit mit wesentlicher Vervollkommnung der Ausführung das Interesse für sie von Neuem wachgerufen wurde. Zu den ersten, die trotz Warnung und Ablehnung der meisten Gynäkologen den verlassenen Weg wieder betraten, gehört Kümmell, der die Operation in 80 Fällen von *Retroflexio uteri* ausgeführt hat. Sch. theilt die Krankengeschichten von 54 dieser Operirten mit, die sich zur Nachuntersuchung wieder einfanden oder einen glaubwürdigen Bericht sandten.

Mit Ausnahme eines einzigen Falles war der Erfolg der Operation ganz ausgezeichnet; wie bei der Entlassung fand sich auch bei der Wiedervorstellung der Kranken der Uterus in auffallend gut beweglicher Anteversio-flexio. Dieser Normallage entsprach auch das gute Befinden der operirten Frauen. 7 Kr. hatten nach der Operation spontan und ohne jegliche Störung geboren; 9 Kr. stellten sich als schwanger vor. Der Lagebefund des Uterus nach der voraufgegangenen Geburt zeigte keine Abweichung von dem Entlassungsbefunde. Von den 80 Operationen endete keine tödtlich.

Die *Verkürzung und Fixation der Ligg. uteri rotunda* ist bei mobilen Retroflexionen geradezu eine Idealmethode, da sie in der vollkommensten Weise die Grundbedingungen des Eingriffes erfüllt: Schaffung eines der physiologischen Lage nahe kommenden Zustandes bei fast absoluter Gefahrlosigkeit und grösster Garantie des Dauererfolges. Bei complicirenden Prolapsen ist sie eine nicht zu unterschätzende Hülfsoperation.

P. Wagner (Leipzig).

95. **Beiträge zur operativen Behandlung der Retroflexio uteri, mit besonderer Berücksichtigung der Alexander'schen Operation;** von Dr. F. Rumpf in Berlin. (Arch. f. Gynäkol. LVII. 2. p. 424. 1898.)

Die Alexander'sche Operation wurde vom März 1893 an 75mal vorgenommen. Die ersten 16 Frauen wurden genau nach Kocher operirt, d. h. die Incisionen wurden seitlich zur Höhe der Spina ant. sup. oss. ilei hinaufgeführt und die hervorgezogenen Ligamente nach aussen umgelegt und diesen Punkten gegenüber auf die Aponeurose des Musc. obl. ext. aufgenäht. In den späteren Fällen wurde der hierdurch bewirkte Richtungwechsel im Verlaufe der runden Bänder vermieden, diese wurden vielmehr ihrem natürlichen Verlaufe entsprechend in der Richtung zur Symphyse herabgezogen und dort fixirt. Die Operation vollzog sich nunmehr in 3 Akten: 1) Bogenschnitt durch Haut, Fett und (verschiebliche) Fascia superfic. behufs lateraler Freilegung der Aponeurose des M. obl. ext. beiderseits und weiterhin auch des Leistenrings durch stumpfen Zug gegen die Symphyse zu. 2) Spaltung der Aponeurose, parallel dem Poupart'schen Bande zur Freilegung des Leistenkanals; centrales Aufheben seines Inhaltes und Umkippen desselben nach der Mitte zu behufs Isolirung des Bandes; Vorziehen dieses unter ständigem Nachfassen und Abschieben des Proc. perit., bis der Widerstand der Tubenecke sich bemerkbar macht. 3) Annähung des Musc. obl. int. an die hintere Wand des Lig. Poup. mit Catgut-Knopfnähten, von denen die median liegenden das Lig. rotund. mitfassen. Weitere Fixirung des Bandes auf der Aponeurose, nahe der Symphyse, mit zwei eben solchen Nähten; fortlaufende Seidennaht der Haut.

Die Verkürzung des Lig. rot. ist angezeigt bei beweglicher Retroflexio, wenn die Pessarbehandlung sich als unmöglich oder als unzulänglich erweist. Ferner kann sie die Behandlung eines Descensus oder Prolaps der Vagina wesentlich unterstützen. Handelt es sich um eine fixirte Retroflexio, so werden nach Eröffnung der Bauchhöhle und Lösung des Uterus die Ligamente verkürzt, indem beiderseits ein Faden an den Enden des Ligamentes (nahe dem Uterus und dem Leistenringe) durchgestochen und geknüpft wird. Soll eine Elevation des Uterus bewirkt werden, so sind daneben noch in ähnlicher Weise die Douglas'schen Bänder zu verkürzen. Brosin (Dresden).

96. **Ueber operative Behandlung der Retroflexio uteri fixata**; von Dr. Ernst Grisstede. (Arch. f. Gynäkol. LVII. 3. p. 662. 1899.)

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/36

Die Operation wurde 45mal ausgeführt, und zwar durch Fixirung des Fundus nach Leopold; von einer Vaginofixation wurde aus allgemeinen Gründen abgesehen. Nur 15mal kam die Retroflexio uteri fixata allein zur Operation, in den anderen Fällen machten sich zugleich Entfernung der Adnexe, von Ovarientumoren oder andere Eingriffe nothwendig. Der Uterus blieb zunächst stets in der richtigen Lage. Von 19 nachuntersuchten Frauen waren die Beschwerden vermehrt in einem Falle, vermindert in 5, verschwunden in 13 Fällen.

Brosin (Dresden).

97. **Ueber Aussackungen, Rückwärtsneigungen und Knickungen der schwangeren Gebärmutter mit besonderer Berücksichtigung der sogenannten Retroflexio uteri gravidi partialis**; von A. Dührssen in Berlin. (Arch. f. Gynäkol. LVII. 1. p. 70. 1898.)

Die Retroflexio uteri gravidi partialis kann auf verschiedene Weise entstehen. Am häufigsten geht sie aus einer Retroflexio des nicht graviden Uterus hervor. Bei anteflektirtem Uterus kann sie durch Uterus bicornis, durch Tumoren, durch den vorliegenden Kindestheil oder stärkere Entwickelung des hinteren unteren Uterinsegments, durch perimetritische Verwachsungen der hinteren Corpuswand, durch unzweckmässige Vagino- oder Ventrofixation bedingt sein. In ähnlicher Weise kommen bei schwangerem anteflektirten Uterus Aussackungen der vorderen oder seitlichen Uteruswand vor. Ebenso wie perimetritische Auflagerungen können auch Schrumpfungsprocesse des Beckenbauchfells eine Retroflexio uteri grav. part. erzeugen. Liegt ein schwangerer Uterus in Retroflexion eingeklemmt, weil Verwachsungen seine Aufrichtung verhinderten, so ist anzunehmen, dass diese Adhäsionen schon früher bestanden haben, die Einklemmung selbst erzeugt keine Entzündung des Uterus oder seines Ueberzugs, sondern eine solche der Blase. Für die Cystitis und ihren Ausgang in Blasengangrän ist einmal die Urinretention, dann aber auch der Druck des Uterus selbst verantwortlich zu machen. Nach einer mehrtägigen Retention ist deshalb nicht nur die Entleerung der Blase vorzunehmen, sondern auch sofort jeder Druck auf die Blase Seitens des Uterus zu beseitigen, zumal wenn der Urin die beginnende Blasengangrän erkennen lässt. Die Harnstauung mit ihren Folgen (Gangrän oder Blasenruptur) ist die häufigste Todesursache bei Einklemmung des graviden Uterus.

Von der totalen oder partialen Retroflexio des schwangeren Uterus ist die *Retroversio* zu unterscheiden. Im 1. und 2. Grade treten die Störungen der Blase bald zu Tage, es kann eine Selbstaufrichtung eintreten oder eine erforderlich werdende künstliche Aufrichtung führt leicht zum Ziele. Schwieriger sind die Fälle 3. Grades. Da bei ihnen der untere Theil des Uterus frei in die Bauchhöhle hineinwachsen kann, vorausgesetzt, dass die vordere Scheidenwand genügend nachgiebig ist, so treten Incarcerationerscheinungen oft erst in der 2. Hälfte der Schwangerschaft auf, eine Selbstaufrichtung ist ausgeschlossen, der Katheterismus stösst der Zweitheilung der Blase wegen auf grosse Schwierigkeiten und die Mortalität ist in diesen Fällen eine bedeutende.

Das erste Erforderniss bei Behandlung der Retroflexio und Retroversio uteri gravidi ist die Entleerung der Blase. Dann folgt in der Regel die manuelle Reposition. Deuten Fieber, schwärzlicher, zersetzter Urin und peritonitische Erscheinungen auf Blasengangrän hin, so ist jeglicher Repositionversuch, ja sogar eine gründliche Narkoseuntersuchung zu unterlassen. Misslingt in solchen Fällen der Katheterismus, so ist sofort die Eiblase zu punktiren. Unter Umständen kann eine breite Incision der Blase vom Vaginalgewölbe her gerathen sein. Die Laparotomie ist wohl stets zu vermeiden, bei Blasengangrän sogar direkt verboten. In seltenen Fällen kommt der vaginale Kaiserschnitt in Frage. Brosin (Dresden).

98. **A retrospect of a first series of one hundred and ten abdominal section for pelvo-abdominal disease**; by F. W. N. Haultain, Edinburgh. (Edinb. med. Journ. N. S. V. 2. p. 105. Febr. 1899.)

Im Ganzen berichtet H. über 110 Bauchoperationen mit 2 Todesfällen.

Die 35 *Ovariotomien* wurden an Frauen vom 21. bis zum 81. Jahre ausgeführt. Die älteste genas trotz der sehr schwierigen Ausschälung der intraligamentären grossen Geschwulst. Die schwerste Eierstocksgeschwulst wog $75^1/_4$ Pfund, die Pat. selbst nach ihrer Genesung nur 1 Pfund mehr. Interessant war 1 Fall von intraligamentär entwickelter Cyste bei rudimentärer Gebärmutter und fehlenden Eileitern. 3mal handelte es sich um feste Eierstocksgeschwülste (1mal Fibrom, 1mal starke chronische Entzündung, 1mal eine zellenreiche Geschwulst, die H. nach Bland Sutton als Oophoroma bezeichnet). In den beiden ersteren Fällen war Ascites vorhanden.

2mal wurden cystisch entartete *Myome* entfernt (gestielt, subserös), 1mal ein interstitielles Myom. Die Stiele wurden intraperitonäal behandelt.

5mal wurde wegen Ruptur, bez. tubarem Abort bei *Eileiterschwangerschaft* operirt. 1mal war die Operation durch dichte Schwielen in Folge früherer Blinddarmentzündung erschwert. Die Kr. hinkte seit letzterer Erkrankung, verlor dieses aber nach der Operation. *Ventrofixation* wurde 2mal wegen Rückwärtsknickung, 3mal wegen Vorfalls vorgenommen. In 2 der letzteren 3 Fälle musste später eine Kolporrhaphie gemacht werden. Die eine *Porro-Operation* wurde in einem Bauernhaus unter ungünstigen äusseren Verhältnissen an einer Zwergin ausgeführt mit glücklichem Erfolg für

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/37

Mutter und Kind. Auch 3 Fälle von hohem Blasenschnitt hat H. hier mit aufgeführt, sämmtlich wegen Papillom. Die übrigen Operationen betreffen gemischte Geschwülste (2 Fälle), Probeeinschnitte (10 mit einem Todesfall nach Versuch, ein cervikales Myom auf diesem Wege zu entfernen) und Entfernung der Anhänge (41 mit einem Todesfall). Unter den letzteren waren 11 einfache Eileitererkrankungen (Hämato-, Hydro-, Pyosalpinx und 1 Fall von Tuberkulose), 15mal handelte es sich um entzündlich veränderte, verwachsene Anhänge, 8mal um erkrankte Eierstöcke, 4mal um Fibromyome; 2mal wurden die Eierstöcke wegen Dysmenorrhöe und 1mal wegen einer monatlich wiederkehrenden Wahnidee (ohne Erfolg!) entfernt. Erwähnenswerth ist, dass H. nach einer Ovariotomie am 23. Tage die Bauchhöhle wieder öffnete wegen Schmerzen und Schwellung und eine zurückgelassene Klemme entfernte. Die Frau genas.

J. Praeger (Chemnitz).

99. **The term „conservative surgery" as it has been proposed to apply it to the uterus and its appendages**; by Lawson Tait. (New York med. Record LV. 14. p. 486. April 1899.)

In diesem wesentlich polemischen Aufsatze tritt T. für die radikalen Eingriffe gegenüber den früher üblichen abwartenden Verfahren und den neueren als conservativ bezeichneten Bestrebungen, Theile erkrankter Eierstöcke und Eileiter zu erhalten, ein, indem er auf Grund seiner grossen Erfahrung behauptet, dass die Abnahme, bez. das Verschwinden des Geschlechtstriebes, durchaus nicht, wie zahlreiche Autoren angegeben haben, in der Mehrzahl der Fälle nach Entfernung der Eierstöcke allein oder der Eierstöcke und der Gebärmutter die Regel sei, sondern, dass dies bei höchstens 5% vorkomme, während die übrigen Frauen, die zum grössten Theile während der Erkrankung den Geschlechtstrieb verloren hatten, ihn nach der Operation wiederbekommen. Zum Beweis dafür, dass weder Eierstock und Eileiter, noch die Gebärmutter mit der Empfindung des Geschlechtstriebes etwas zu thun haben, führt T. den Fall von 2 Schwestern mit völligem Mangel von Gebärmutter und Eierstock an (bei einer durch Bauchoperation nachgewiesen), die sich durch ausserordentlich erotische Neigungen auszeichneten. In einer Anzahl von Fällen von Castration im frühen Lebensalter hat T. später noch die Gebärmutter weggenommen.

J. Praeger (Chemnitz).

100. **Die Folgezustände nach Castration und die sekundären Geschlechtscharaktere**; von Dr. Ernst Alterthum in Freiburg i. B. (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. II. 1. p. 13. 1899.)

A.'s Ausführungen stützen sich auf ein Material von 107 Operirten; darunter 57 Castrationen und Salpingotomien, 26 doppelseitige Ovariotomien und 24 supravaginale Uterusamputationen mit Wegnahme beider Eierstöcke.

Die Menopause trat in sämmtlichen Fällen von supravaginaler Amputation des Uterus ein, in denen beide Eierstöcke mit entfernt waren.

Von 182 Castrationen und doppelseitigen Ovariotomien trat die Menopause ein in 148 Fällen = 81.3%, und zwar sofort nach der Operation 101mal = 55.5%, erst später 47mal = 25.8%. Die Menopause war zur Zeit der Untersuchung noch nicht eingetreten in 34 Fällen = 18.7%.

Molimina menstrualia fanden sich nur selten; dagegen fehlten fast nie die nervösen Erscheinungen, die sogenannten „Ausfallserscheinungen". Es sind dies Wallungen, heisse Uebergiessungen, häufig mit Schweissausbruch verbunden, Schwindel, Flimmern vor den Augen und Ohrensausen. Diese Symptome traten viel seltener nach supravaginalen Amputationen, als nach Castrationen und nach Ovariotomien auf.

In den meisten Fällen von supravaginaler Uterusamputation war keine Aenderung der Gemüthstimmung zu beobachten. Unter 111 Fällen von Castrationen und Ovariotomien war eine Veränderung der Gemüthstimmung 64mal, keine Veränderung 47mal aufgetreten. Die Aenderung zeigte sich so, dass 45mal die Stimmung heiter und froh, 8mal erregt und gereizt, 7mal gedrückt und traurig wurde.

Bei 35 Fällen von Castration zeigte sich in 68.4% eine Herabsetzung oder ein Erlöschen des Geschlechtstriebes, des Wollustgefühls in 68.6%. Eine Veränderung der Stimme nach der Castration wurde niemals beobachtet; eben so wenig eine Schrumpfung der Brüste. Bezüglich des Einflusses der Castration auf die Schrumpfung der Uterusfibrome bestätigt A. die Befunde Wiedow's, der in 97% seiner Fälle eine Verkleinerung der Geschwulst constatirte.

A. kommt zu dem Schlusse, „dass wir keinen Grund haben, bei der Myomotomie und eben so wenig auch bei Salpingotomien die Ovarien zurückzulassen, zumal die vollständige Entfernung der Keimdrüsen durchaus nicht die schädlichen Folgen auf das geistige und körperliche Befinden der Frau ausübt, wie man vielfach angenommen hat."

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

101. **Ueber Frühdiagnose der Gravidität**; von R. v. Braun-Fernwald. (Wien. klin. Wochenschr. XII. 10. 1899.)

Als wichtigste Symptome für die Frühdiagnose der Schwangerschaft sieht v. B. die Consistenzveränderung der Gebärmutter an und die Gestalt, die sie bei genauer Untersuchung aufweist, bez. annimmt. Sie erscheint auf der einen Seite dicker als auf der anderen, am Ende des 1., Anfang des 2. Monats auf der einen Seite bisweilen doppelt so dick als auf der anderen. Das dickere Horn ist gewöhnlich weicher als das kleinere dünnere. An

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/38

der Grenze beider findet man in der Regel eine längs verlaufende Furche, die den Gebärmutterkörper in 2 ungleich grosse Abschnitte theilt. In der Ausdehnung der grösseren, weichen Hälfte wölbt sich die Gebärmutter mehr vor. Der Gebärmuttergrund erscheint oft ungleichmässig mit sattelförmiger Einziehung nach dem dünneren Horn zu. Die Untersuchung erfolgte stets vaginal mit 2 gegen die beiden Hörner ausgespreizten Fingern. Nach v. B. entspricht die weichere, mehr hervorragende Stelle dem Eisitz. Die früheste Zeit, in der die Diagnose auf Schwangerschaft von v. B. und Hübl gestellt wurde, war „3 Tage nach der Zeit der Wiederkehr der Periode" [soll wohl heissen nach deren erstem Ausbleiben. Ref.]

J. Praeger (Chemnitz).

102. **Rétention d'urine par coprostase d'origine gravidique**; par A. Herrgott. (Ann. de Gynécol. LI. p. 267. Avril 1899.)

Bei einer 37jähr., zum 2. Male schwangeren Frau, traten vom 3. Monate ab Beschwerden beim Wasserlassen und Verstopfung auf. Anschwellung des Leibes und starke Schmerzen veranlassten sie, die Gebäranstalt zu Nancy aufzusuchen. Das Aussehen war ein gutes, der Bauch stark ausgedehnt, wie am Ende der Schwangerschaft. Leichte Fluktuation, Kindestheile nicht zu fühlen. Bei Entleerung der Blase wurden 4450 ccm Harn gewonnen. Damit war die Geschwulst verschwunden und nun war die im 3. Monate schwangere Gebärmutter etwas nach rechts geneigt zu fühlen. Die Scheide war durch den angefüllten Mastdarm stark verengt. Auf 3 Klystire entleerte die Kr. 8 Nachtgeschirre voll Koth. Die Blase musste noch einige Male durch den Katheter entleert werden, dann stellte sich der Tonus wieder her. Der weitere Verlauf der Schwangerschaft war normal.

H. nimmt an, dass die schwangere Gebärmutter den Mastdarm zusammendrückte und dass die Füllung des unteren Abschnittes des Verdauungskanals ihrerseits wieder die Gebärmutter nach rechts drängte, wodurch die Harnverhaltung, ähnlich wie bei Rückwärtslagerung der schwangeren Gebärmutter, entstand.

J. Praeger (Chemnitz).

103. **Ueber Darmverschliessung während Schwangerschaft und Geburt**; von Prof. Leop. Meyer in Kopenhagen. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 2. p. 159. 1899.)

I. Fall. 42jähr., zum 7. Male schwangere Frau. 4 Wochen vor dem Ende der Schwangerschaft erkrankte Pat. nach natürlichem Stuhlgang am 20. Dec. 1891 mit Leibschmerzen und Erbrechen, die die ganze Nacht andauerten. Keine Flatus. Der Zustand verschlimmerte sich in den nächsten Tagen. Abführmittel wurden erbrochen, Einläufe waren erfolglos. Am 24. Dec. Morgens Kotherbrechen. Puls 120, Temperatur normal. Pat., sehr verfallen, wurde in M.'s Privatklinik überführt. Da die linke Leistengegend voller erschien, Schnitt wie bei der Bruchoperation: Bruchpforten frei. Nach Eröffnung der Bauchhöhle fand M., dass eine Dünndarmschlinge, 20 cm lang, durch eine kleine Oeffnung im linken breiten Mutterbande, dicht am Seitenrand der Gebärmutter, geschlüpft und hier eingeklemmt war. Die Schlinge wurde hervorgeholt, das Loch im Mutterband erweitert. 2 Stunden nach der Operation wurde ein 2000 g schweres Mädchen geboren. Das Erbrechen hörte nach der Operation auf, Winde gingen am nächsten Tage ab, ebenso erfolgte Stuhl auf Oeleinlauf. Die Frau genas und gebar am 15. September 1893 ohne Kunsthülfe einen Knaben von 4200 g.

Es handelte sich in diesem Falle zweifellos um eine angeborene Missbildung. Der Durchgang des Darmes durch das Loch wurde begünstigt durch die Spannung des Bandes in Folge der Schwangerschaft, wodurch die Oeffnung erweitert wurde. Einen einzigen tödtlich verlaufenen ähnlichen Fall von Ileus durch Brucheinklemmung im linken breiten Mutterbande veröffentlichte 1893 Alfred Smith in Dublin.

II. Fall. 29jähr., zum 1. Male schwangere Frau trat am 4. September 1897 in die Gebäranstalt zu Kopenhagen ein. Anfang der Schwangerschaft Ende November 1896. Vor 5 Wochen starkes Erbrechen und Leibschmerzen, mehrere Tage andauernd. Seit 7 Tagen wieder dieselben Erscheinungen, kein Stuhl, keine Blähungen. Einläufe, Ricinusöl ohne Erfolg. Abends Beginn der Geburt. Am 6. Sept. früh 11 Uhr mit Rücksicht auf das schlechte Allgemeinbefinden Extraktion des hochstehenden Kopfes mit Achsenzugzange (Knabe, 3200 g, 53 cm). Nach der Entbindung Erbrechen seltener. Einläufe ohne Erfolg. Am 7. Sept. Abends waren die Schmerzen sehr heftig, nach Morphium geringer. Durch höhere Einläufe Abgang einiger Kothstücke. Am 9. Sept. wegen Zunahme der Beschwerden und schlechten Allgemeinbefindens Bauchschnitt. Dabei fanden sich Colon descend. und Flexur zusammengefallen, Dünndarm und Colon ascend. aufgetrieben; das Colon ascend. verschwand plötzlich hinter dem Gekröse. Es wurde ein widernatürlicher After am Colon ascend. angelegt und die Bauchwunde geschlossen. 3 Stunden nach der Operation starb die Kranke. Die Leichenöffnung ergab, dass es sich um eine angeborene Missbildung, besonders des Gekröses, handelte. Dieses bildete ein Thor, unter dem das Colon transv. hindurchlief. Der scharfe freie Rand des Bogens hatte den Dickdarm eingeschnürt. Ein ähnlicher Fall ist von F. A. Tscherning mitgetheilt.

III. Fall. Zum 1. Male, im 8. Monate schwangere Frau, hatte immer an trägem Stuhlgang, zeitweise auch an Durchfall gelitten. Seit 1 Monat starke Verstopfung, seit mehreren Tagen Erbrechen. Bei der Aufnahme in das Frederiks Hospital am 30. Januar 1895 in der Blase 2100 ccm Harn. Kopf der Frucht tief im Becken. Keine Wehen. Wiederholt hohe Einläufe, von Koth gefärbt entleert. Am 31. Jan. Abends Temperatur 38.4°, am 1. Febr. Morgens 38.7°, Puls 144. Erbrechen häufiger, nach Koth riechend, nach Magenspülung etwas abnehmend. Weder Stuhl, noch Blähungen. Am 1. Febr. Abends Ueberführung in die Gebäranstalt. Dort leichte Zangenentbindung. (Knabe 1750 g, 40 cm lang, starb nach einigen Stunden.) Nach der Entbindung Magenausspülung und Morphiumeinspritzung. Einige Stunden später unwillkürlicher Abgang einer reichlichen Menge dünnen Kothes, andauernd bis zum 7. Februar. Wochenbett durch Cystitis, Ulcus puerperale und Parametritis dextra gestört. Im Wochenbett wiederholte Verstopfung. Am 12. April Entlassung. 23. September 1898 Entbindung *mit Zange von einem lebenden Knaben. Normaler Verlauf.*

Eine gehinderte Durchgängigkeit des Darmes während Schwangerschaft und Geburt gehört zu den *grössten Seltenheiten.* Aus der Literatur sammelte M. 13 Fälle. In 3 Fällen, von den insgesammt 16, war die Ursache des Darmverschlusses nicht bekannt. Eine wirkliche innere Einklemmung durch Stränge oder Aehnliches fand sich in 7 Fällen, Volvulus in 2, Retroversio uteri in 2, Druck einer Eierstocksgeschwulst in 1 Fall, Verengung des Darmes in 1 Fall. Von den 13 Frauen, bei denen die Ursache bekannt war (von den

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/39

übrigen 3 wurden 2 geheilt), starben 10. In keinem Falle wurde durch die Entleerung der Gebärmutter eine bleibende Besserung erreicht. Als Regel für die Behandlung des Darmverschlusses bei Schwangerschaft und Geburt ist daher aufzustellen, dass sich die Behandlung *direkt* gegen den *Darmverschluss* wenden muss.

M. fügt noch hinzu, dass er in der Literatur nur 3 sichere Fälle von *Einklemmung* eines *Bruches* während der Geburt gefunden hat, häufiger sind die Einklemmungen in der Schwangerschaft. Auch für diese gilt die Regel, dass, wenn ein operatives Eingreifen angezeigt ist, man den Bauchschnitt ohne Rücksicht auf die Schwangerschaft u. s. w. machen soll.

Endlich erwähnt M. noch die *Invagination,* von der Widmann 6 Fälle in der Schwangerschaft und 4 im Wochenbett zusammengestellt hat.

J. Praeger (Chemnitz).

104. **Appendicite et grossesse**; par A. Pinard. (Ann. de Gynécol. LI. p. 177. Mars 1899.)

Seit seiner letzten Mittheilung über diesen Gegenstand hat P. 3 Fälle von Appendicitis bei schwangeren Frauen gesehen. Die beiden Frauen der eigenen Praxis wurden operirt und genasen. P. betont, dass die Diagnose der Appendicitis in der Schwangerschaft in der Regel leicht ist. Sie kann bei ganz gesunden Frauen oder bei solchen, die bereits an Verstopfung oder auch schon wiederholt an Appendicitis litten, auftreten. Entweder beginnt sie mit Verdauungstörungen (Leibschmerz, Erbrechen, Durchfall) oder mit Leibschmerzen allein, die meist in der rechten Bauchseite, besonders in der Darmbeingrube, lokalisirt sind (seltener in der Leber- oder Leistengegend) oder auch mit allgemeinem Leibschmerz. Der Leibschmerz verschwindet nur, wenn die Bauchfellentzündung eine allgemeine wird. Die Körperwärme steigt gewöhnlich langsam an. Das Erbrechen kann öfterem Aufstossen weichen, dem Durchfall folgt eine hartnäckige Verstopfung. Immer findet sich eine eigenthümliche Zusammenziehung der rechtseitigen Bauchmuskeln mit leichter Auftreibung des Leibes. Starker Meteorismus kommt erst später. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht Leberkoliken, andauerndes Erbrechen in der Schwangerschaft, Extrauterinschwangerschaft, Erkrankungen der Gebärmutteranhänge, Wanderniere, Typhus. B. hält die Unterscheidung von allen diesen Erkrankungen nicht für schwierig, vermisst aber noch eine scharfe Differentialdiagnose zwischen Dickdarmentzündung und Appendicitis.

Bezüglich der Behandlung erfordert jede während der Schwangerschaft diagnosticirte Appendicitis einen operativen Eingriff. Bei frühzeitigem Eingreifen werden die Kranken geheilt und die Schwangerschaft bleibt meist ungestört; bei schweren Erscheinungen abortiren die Frauen fast immer, werden aber meist geheilt. Beim Abwarten ist sowohl das Leben der Frau, wie das der Frucht bedroht.

J. Praeger (Chemnitz).

105. **The action of the vaginal plug in accidental haemorrhage**; by E. Hastings Tweedy, Dublin. (Brit. med. Journ. June 4. 1898.)

Bei Blutung in der Schwangerschaft ohne Wehen oder bei mangelhaften Wehen empfiehlt T. als bestes Mittel die Scheidentamponade, die in der Art eines Tourniquets auf den Kreislauf in den Artt. uterin. hemmend wirke. Ferner bewirke sie eine Erweiterung des Gebärmutterhalses theils durch peripherischen Zug, theils durch Anregung von Zusammenziehungen der Gebärmutter, die T. auf Kohlensäurewirkung in Folge der Hemmung der arteriellen Blutzufuhr zurückführt.

J. Praeger (Chemnitz).

106. **Sur un cas d'autointoxication gravidique avec vomissements incoercibles, compliquée d'artériite fémorale et de gangrène sèche du membre inférieur**; par Barth. (Semaine méd. XVIII. 57. 1898.)

Ein 21jähr. Mädchen, das einen Typhus durchgemacht, später Bronchitis und Lungenblutungen gehabt hatte, in letzter Zeit aber stark dem Trunke ergeben gewesen war, erkrankte mit unstillbarem Erbrechen und wurde deshalb in das Hospital Necker aufgenommen. Es fand sich eine Schwangerschaft im 2. Monate, im Harn, der stark grünlich verfärbt war, Eiweiss, normale Temperatur, aber hohe Pulsfrequenz (122). Es waren leichte Delirien vorhanden. Trotz der eingeleiteten Behandlung (Bettruhe, Chloral, Bromkalium) besserte sich der Zustand nicht. 2 Tage später trat nach heftigen Schmerzen im rechten Bein Brand des rechten Fusses und Unterschenkels ein. Bei dem schlechten Zustande der Kr. wurde abwartend behandelt, es zeigten sich auch keine Zeichen einer Allgemeininfektion; nur in den unteren Lungenlappen kam es zu einer mässigen Anschoppung. Schliesslich entschloss sich B. doch noch, die Frühgeburt durch Einführung des Ballon von Champetier de Ribes einzuleiten, die mit Ausnahme eines Scheidendammrisses glatt verlief und eine abgestorbene Frucht von 10 cm zu Tage förderte. Nach der Fehlgeburt stieg die Temperatur auf 40° und am nächsten Tage starb die Kranke.

B. erklärt sich den Krankheitverlauf als eine Autointoxikation durch Stoffwechselprodukte in der Schwangerschaft. Als Ursache sieht er die bei der Leichenöffnung gefundenen Leberveränderungen an, die auf Tuberkulose (auch alte Lungentuberkulose wurde gefunden) und auf den Alkoholismus zurückzuführen waren. In Folge dieser war die normale Zerstörung der von der schwangeren Gebärmutter gebildeten giftigen Stoffwechselprodukte nicht möglich. Bei der Ausscheidung dieser wurde das Nierengewebe geschädigt und mit der Schädigung der Nierenfunktion wurden auch die giftigen Stoffwechselprodukte im Körper zurückgehalten. Durch die Herabsetzung der Widerstandskraft kam es zu einer Mikrobeneinwanderung in die Blutbahn, zu einer Arteriitis der Art. femoralis durch Ansiedelung der Mikroben auf der Gefässwand und zur nachfolgenden Thrombose und Gangrän.

J. Praeger (Chemnitz).

107. **Untersuchungen über das Gewichtsverhältniss zwischen Foetus und Placenta bei der Albuminurie in der Schwangerschaft**; von Dr. Carl Wippermann. (Arch. f. Gynäkol. LVII. 3. p. 548. 1899.)

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/40

Von Bridier ist behauptet worden, dass zwischen Kind und Placenta bei normalem Verhalten zur Zeit der Reife ein bestimmtes Gewichtsverhältniss bestehe, dass bei der Albuminurie eine Gewichtsverminderung des Kindes eintrete, die im Verhältnisse zu den Placentaveränderungen stehe und durchaus von ihnen abhängig sei, endlich dass die Gewichtsverminderung des Kindes eine relative Vergrösserung des Placentagewichtes zur Folge habe, während das absolute Gewicht der Placenta ebenfalls vermindert sei und die Norm nicht erreiche. Diese Behauptungen Bridier's werden von W. auf Grund des geburtshülflichen Materiales der Baseler Klinik aus den Jahren 1857—1894 (Prof. Fehling) nachgeprüft und in ihrer ersten Hälfte als richtig befunden. Das absolute Placentagewicht dagegen scheint keineswegs vermindert, sondern im Gegentheil noch vermehrt zu sein. Ebenso wie bei der Albuminurie ist auch bei der Syphilis das relative Placentagewicht erhöht. Während diese relative Gewichtserhöhung bei der Albuminurie auf einer Verminderung des absoluten Gewichtes des Kindes beruht, wird sie bei der Syphilis durch die Erhöhung des absoluten Gewichtes der Placenta bedingt. Brosin (Dresden).

108. **Ueber Retention und fehlerhaften Lösungsmechanismus der Placenta**; von Dr. Otto Burckhardt in Basel. (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. I. 2. p. 196. 1898.)

B. bespricht die Bedeutung der Insertion der Placenta in der Tubenecke für die Lösung; er fand, dass die Hornplacenta ein nicht seltenes Vorkommniss ist. Er theilt 15 derartige Beobachtungen mit. 11mal lag eine Störung beim Austritte der Placenta vor, die 10mal zu einer Retention führte und sich in 7 Fällen mit Blutungen verband. Bei 6 Frauen gelang es noch, die Placenta durch äusseren Druck zu entfernen, in 4 Fällen aber musste zur manuellen Lösung geschritten werden.

B. führt die Retention der Placenta in den Fällen von Insertion in der Tubenecke auf 2 Momente zurück, nämlich die dünne, sich schlecht contrahirende Haftfläche und die sekundär durch eigenartige Retraktion der Muskellagen hinzutretende Striktur. In keinem Falle war, weder klinisch, noch anatomisch, eine auf Gewebeveränderungen beruhende Adhärenz nachweisbar.

Das Vorgehen bei der Retention hängt in erster Linie von dem eventuellen Auftreten von Blutungen ab. Fehlt die Blutung, so kann man stundenlang abwarten. Macht die eintretende Blutung die Expression nothwendig, so ist das Uterushorn, in dem die Placenta sitzt, direkt auszupressen. Der bei der schablonenhaft angewendeten Credé'schen Methode auf die Mitte des Fundus ausgeübte Druck begünstigt, statt die Placenta auszustossen, erst recht die Bildung einer Striktur unterhalb der Insertionstelle und verschlimmert dadurch die Bedingungen zur Ausstossung. Gelingt die Expression nicht und hält die Blutung an, so ist die manuelle Placentalösung vorzunehmen. Die Anwendung der Nachgeburtspecula hierbei wird von B. befürwortet.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

109. **Neuere Kaiserschnittsfragen: Fundalschnitt, Castration oder Porro bei Osteomalacie**; von Otto Trinks. (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. I. 3. p. 449. 1898.)

T. berichtet über 3 Fälle von Sectio caesarea conservativa aus der Tübinger Klinik. Zwei der Frauen wurden mittels queren Fundalschnitts nach Fritsch operirt, bei der dritten wurde wegen Osteomalacie zugleich die Castration ausgeführt.

Als Vorzüge des queren Fundalschnitts fand auch T. die geringe Blutung aus der Uteruswunde, sowie ihre rasche Verkleinerung. Auf eine seroseröse Naht muss man nach T. beim Fundalschnitt meist verzichten; es bedeutet dieses nach T. jedoch nur einen Vortheil, da einfache, in das Uteruslumen durchgreifende, jedoch exakt angelegte Suturen durchaus genügen.

Im Anschlusse an die 3. Beobachtung erörtert T. die Frage, ob bei Osteomalacischen der conservative Kaiserschnitt mit gleichzeitiger Castration, oder die Amputatio uteri nach Porro, bez. die Totalexstirpation vorzuziehen sei, und entscheidet sich für das erstere Verfahren.

In einem Nachtrag berichtet Döderlein über 2 weitere Kaiserschnitte mit querem Fundalschnitt; beide Fälle verliefen günstig und bestätigten die von T. hervorgehobenen Vorzüge dieser Methode.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

110. **Der vaginale Kaiserschnitt**; von L. Acconci in Genua. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. IX. 3. p. 323. 1899.)

36jähr. Frau. 6 Geburten, 2 Fehlgeburten, letzte November 1892. Danach Periode häufiger und stärker. Weisslicher Ausfluss, später andauernde Blutungen. Bei der Aufnahme am 1. Juli 1895 fand sich eine Schwangerschaft im vollendeten 7. Monate und eine krebsige Erkrankung des Gebärmutterhalses. Becken normal. Am 4. Juli 1895 wurde zunächst die Neubildung mit dem *Paquélin*-Messer entfernt, dann Umschneidung des Gebärmutterhalses, Loslösung der Blase, Eröffnung des Bauchfells vorn und hinten, Abbindung der unteren Theile der breiten Mutterbänder. Dann mediane Spaltung des Gebärmutterhalses, worauf die Fruchtblase sich einstellte. Um das Hervorziehen der Frucht zu ermöglichen, musste die Oeffnung mechanisch mit dem Dilatator von *Mauri* erweitert werden, dann wurde die Blase gesprengt und die 1780 g schwere, 44 cm lange Frucht entwickelt. Danach wurde der Schnitt in der vorderen Gebärmutterwand verlängert, die Nachgeburt herausbefördert, dann die Gebärmutter leicht vorgewälzt und mit den Anhängen abgebunden. Theils Naht, theils Tamponade der Wunde. Nach der Operation Collaps, durch Kochsalzeinspritzung unter die Haut beseitigt. Während der ersten 4 Tage Verlauf normal, am Abend des 4. Tages Puls 100—115. Am 9. Juli reichliche Durchfälle, danach rascher Collaps und Tod. [Sehr Sepsis-verdächtig! Ref.]

Die Leichenöffnung ergab nur akute allgemeine Anämie.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/41

Auf Grund dieses Falles nimmt A. für sich die Priorität des vaginalen Kaiserschnittes in Anspruch, während Dührssen in einer „Der vaginale Kaiserschnitt“ überschriebenen nachfolgenden Bemerkung seine Rechte vertritt, da er die Operation bereits am 1. April 1895 empfohlen und ihr durch seine Veröffentlichungen erst Anerkennung verschafft hat. J. Praeger (Chemnitz).

111. **Bemerkungen zur Naht und Schnittführung am Uterus bei Kaiserschnitt (hinterer Längsschnitt)**; von Prof. Albert Sippel in Frankfurt a. M. (Arch. f. Gynäkol. LVII. 3. p. 536. 1899.)

Das Lochialsekret ist nicht immer steril und bietet deshalb eine gewisse Gefahr für eine mit der capillaren Seide vom Peritonaeum bis in das Cavum uteri durchgeführten Sutur, ohne dass ausserdem noch pathologische Veränderungen in den Genitalien dadurch hervorgerufen werden müssen. Deshalb ist, ebenso wie bei der Darmnaht, ein isolirter Abschluss des Uteruscavum durch eine versenkte Naht zu erstreben. Am besten geeignet dazu ist die fortlaufende Naht mit dem nicht capillären Catgut. Um diese Naht exakt und wirksam ausführen zu können, muss man bei der Incision die Placenta vermeiden. Hat sie ihren Sitz an der vorderen Wand, so ist der hintere Längsschnitt zu wählen. Bei der Operation wälzt S. den Uterus vor seiner Eröffnung vor die Bauchwand, auch die Umschlingung mit dem elastischen Schlauch wendet er noch an.

Brosin (Dresden).

112. **Tre kejsarsnitt, dels vid eklampsi, dels in agone**; af Prof. K. G. Lennander. (Upsala läkarefören. förhandl. N. F. IV. 5. s. 317. 1899.)

1) Eine 25 J. alte Erstgebärende wurde am 23. Mai 1891 mit starkem Oedem aufgenommen. In der Nacht vom 26. zum 27. Mai stellten sich eklamptische Anfälle ein, die sich 3mal wiederholten; nach dem letzten Anfalle, der am 27. früh in der 7. Stunde auftrat, verfiel die Kr. in tiefes Koma, aus dem sie nicht wieder erwachte. Nach 4 Stunden traten Wehen auf. Da der Muttermund sich nicht öffnete, die Respiration immer schwieriger wurde, der Puls elend war und Cyanose sich einstellte, wurde $1^1/_2$ Stunde später die Porro'sche Operation mit äusserer Stielbehandlung nach Hegar ohne Narkose ausgeführt, wobei die Pat. ganz reaktionslos war. In der Bauchhöhle fand sich trübe Ascitesflüssigkeit. Bei Spaltung des Uterus, in dessen Fundus ein Kindeskopf gefühlt wurde, zeigte sich, dass die Placenta an der Vorderseite dicht hinter der Schnittlinie sass, weshalb die Ligatur um den Uterushals sofort angezogen wurde. Nach rascher Entfernung des Kindes und der Placenta fand man unvermuthet ein zweites Ei, dessen Häute gesprengt wurden. Das Kind, dessen Gesicht die Ligatur gefasst hatte, war asphyktisch und starb.

Nach einer Kochsalzinfusion, die der Mutter nach der Operation gegeben wurde, verschwand die Cyanose, Puls und Respiration wurden besser, aber der komatöse Zustand blieb unverändert, neue Krampfanfälle traten auf und $4^1/_2$ Stunden nach der Operation erfolgte der Tod.

Das zuerst extrahirte Kind war 46 cm lang und wog 2300 g; es blieb am Leben und war im December 1898 $7^1/_2$ Jahre alt und normal entwickelt.

2) Eine 30 Jahre alte Erstgebärende wurde am 7. Januar 1893 nach wiederholten eklamptischen Anfällen in soporösem Zustande aufgenommen. Die Anfälle nahmen an Heftigkeit zu, der Sopor wurde tiefer, die Respiration stertorös. Bei den Anfällen hatte sich Pat. wiederholt in die zum Theil aus dem Munde stehende Zunge gebissen. Nachdem Pat. mehr als 12 Stunden in soporösem Zustande gelegen hatte, wurde des bedrohlichen Zustandes wegen der conservative Kaiserschnitt nach Sänger gemacht. In der Bauchhöhle fand sich blutige Ascitesflüssigkeit. Im Uterus wurden 15 sero-muskuläre Knotennähte aus Seide angelegt. Da die sero-serösen Nähte entweder durchgeschnitten, oder keine genügende Annäherung der Peritonäalränder herbeigeführt hätten, exstirpirte L. ein Stück relativ fettfreies Omentum, bedeckte damit die ganze Nahtlinie und befestigte es mit Catgutsuturen am Uterus. Nach der Operation traten keine Krampfanfälle mehr auf, aber Trachealrasseln und Sopor dauerten fort, erst 36 Stunden nach der Operation kam Pat. wieder zu sich. Um den stagnirenden Sekreten in den Luftwegen besseren Abfluss zu verschaffen, wurde dass Fussende des Bettes hoch gestellt. Nach der Operation bildete sich wieder Ascites und brach zwischen den Nähten durch, Pat. hatte Fieber. Als sich der Zustand etwas zum Bessern neigen wollte, stellte sich in Folge von Aspiration gangränöser Theile von der zerbissenen Zunge Lungenbrand ein, dem die Kr. 24 Tage nach der Operation erlag.

Bei der *Sektion* fanden sich diffuse Gangrän im oberen und unteren Lappen der rechten und confluirende bronchopneumonische Herde in der linken Lunge. Das auf den Uterus transplantirte Stück Omentum haftete, alle Seidennähte lagen extraperitonäal darunter.

Das Kind, ein Mädchen, wog 8 Tage nach der Operation 1400 g und war 42 cm lang; es blieb am Leben und war zur Zeit der Mittheilung 6 Jahre alt.

L. hebt die Bedeutung hervor, die in diesem Falle die Zungenbisse für den Ausgang hatten, und betont die Nothwendigkeit, Beissen in die Zunge während der Anfälle sorgfältig zu verhüten.

3) Eine 34 Jahre alte Fünftgebärende, die wegen Brustkrebses operirt worden war, ein lokales Recidiv gehabt hatte und eine Metastase in der unteren Sacralgegend, und ihre Entbindung Ende Januar erwartete, wurde am 12. Dec. 1891 in bewusstlosem Zustande aufgenommen. Bei beschleunigter, oberflächlicher Respiration und einer Pulsfrequenz von 128—132 wurde in der Agonie der conservative Kaiserschnitt ausgeführt und ein 44 cm langes, 2000 g schweres Mädchen extrahirt, das nach $5^1/_2$ Stunden an Lungenatelektase starb. Die Mutter blieb fortwährend bewusstlos und starb 12 Stunden nach der Operation. — Bei der *Sektion* fanden sich Krebsmetastasen am Sternum, am linken Schlüsselbein, an den Rippen, am 9. Brustwirbel, in der Leber (sehr ausgebreitet) und in einer Niere.

Bemerkenswerth ist es, dass das im Verhältnisse zu dem im 2. Falle relativ gut entwickelte Kind nicht lebenskräftig war und nicht zum Athmen gebracht werden konnte, es war während ausgesprochener Krebskachexie entwickelt. Die Möglichkeit, dass das Kind relativ wenig Schaden bei der Eklampsie leidet, geht aus den beiden ersten Fällen hervor, in denen die Kinder am Leben blieben und sich gut entwickelten.

Walter Berger (Leipzig).

113. **Bemerkungen über das Verhalten der Temperatur bei Eklampsie**; von Josef Gmeiner in Prag. (Prag. med. Wchnschr. XXIII. 46. 1898.)

Zur Beurtheilung dieser Frage sind nur reine Fälle zu verwenden. Auszuschliessen sind Fälle mit Nephritis, in denen Urämie das Bild compli-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/42

ciren kann, ferner Fälle, in denen das Fieber auch auf Infektion zurückzuführen sein könnte. In allen Fällen von reiner Eklampsie, in denen die Anfälle rasch aufeinander folgen, tritt Erhöhung der Körperwärme ein. In leichten Fällen, in denen die Zahl der Anfälle 5 nicht überschreitet und zwischen den Anfällen das Bewusstsein wiederkehrt, pflegt die Temperatur normal zu bleiben. Der Typus des Fiebers ist ein remittirender. Der Anstieg der Temperatur erfolgt gewöhnlich erst nach mehreren, dicht aufeinander folgenden Anfällen. Die Remissionen scheinen mit der Abnahme der Häufigkeit und Zahl der Anfälle zusammenzuhängen. In späteren Zeitpunkten genügt oft 1 Anfall, um die Temperatur rasch steigen zu machen. In tödtlich verlaufenden Fällen beobachtet man in der Regel ein andauerndes Ansteigen der Temperatur, auch im Koma, oder ein hohes Einsetzen der Temperatur vor einer Zunahme der Intensität der Anfälle. Auch die Remissionen entsprechen nicht den im günstigen Falle beobachteten. Wichtiger als die Höhe der Temperatur scheint die Beobachtung zu sein, dass der Anstieg der Temperatur gleichmässig mit Zahl und Häufigkeit der Anfälle erfolgt. Auch bei den in Genesung übergehenden Fällen kann Fieber bis 41° vorkommen. Hat das Fieber auch mehrere Stunden nach Aufhören der Anfälle noch Tendenz zu steigen (ansteigendes oder continuirliches Fieber im Koma) oder setzen unverhältnissmässig hohe Temperaturen vorzeitig ein, so ist die Prognose fast mit Sicherheit ungünstig zu stellen.

J. Praeger (Chemnitz).

114. **Beurtheilung der Wochenbettsverhältnisse nach der Pulsfrequenz**; von Prof. Torggler in Klagenfurt. (Münchn. med. Wochenschr. XLVI. 21. 1899.)

Als Endergebniss des Versuches, die Wochenbettsverhältnisse einer Gebäranstalt allein nach der Pulsfrequenz darzustellen, kommt T. zu der Behauptung, dass der Puls zum Mindesten denselben Werth behufs Beurtheilung des Puerperium besitzt wie die Körperwärme. Wie das Verhalten der Temperatur für sich allein zur Beurtheilung der Salubritätverhältnisse nicht genügt, so kann man aus den Pulscurven allein auch nicht die Wochenbettsverhältnisse einwandfrei beurtheilen. Dieses gelingt nach T. nur dann sicher, wenn das Verhältniss zwischen Temperaturhöhe und Pulshöhe gegenseitig dargestellt und die sich daraus ergebenden Resultate verwendet werden. T. hält es dabei für unbedingt nöthig, bei der graphischen Darstellung der Temperatur- und Pulsschwankungen in den Curventafeln der einzelnen Kliniken eine strenge Gleichförmigkeit einzuführen.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

115. **Du ralentissement du pouls pendant les suites de couches**; par H. Varnier. (Ann. de Gynécol. XXVI. p. 30. Janv. 1899.)

Die Verlangsamung des Pulses ist seit dem Erscheinen der Arbeit Blot's im J. 1864 als ein charakteristisches Zeichen des normalen Schwangerschaftverlaufes betrachtet und von Vielen bestätigt worden. In jüngster Zeit hat sich Karl Heil mit dieser Frage beschäftigt und vergleichende Pulszählungen an Frauen mit leichten gynäkologischen Erkrankungen während der Schwangerschaft und während des Wochenbetts vorgenommen und ist zu dem Schlusse gekommen, dass man wohl von einem langsamen Pulse, nicht von einer Pulsverlangsamung im Wochenbette reden könne und dass ein langsamer Puls eben so gut auch in der Schwangerschaft vorkäme. Dieses veranlasste wieder V. zu einer Nachprüfung der Heil'schen Resultate. Bei den Untersuchungen, die V. an Schwangeren und Wöchnerinnen anstellte, ergab sich bei 72.22% während des Wochenbetts eine unbestreitbare Pulsverlangsamung. Die Verlangsamung ist häufiger bei Mehrgebärenden als bei Erstgebärenden. J. Praeger (Chemnitz).

116. **Zur puerperalen Infektion**; von Koblanck in Berlin. II. Theil. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XL. 1. p. 85. 1899.)

Im Anschlusse an seinen früher erschienenen Aufsatz (Jahrbb. CCLII. p. 168), der mehr klinische Fragen erörterte, bespricht K. im vorliegenden 2. Theile an der Hand eigener und fremder bakteriologischer Untersuchungen die Ursachen und das Zustandekommen der puerperalen Infektion.

K. stellte bakteriologische Untersuchungen an dem Scheideninhalte von 200 Schwangeren an; bakteriologisch einwandfreies Cervixsekret vermochte er bei der Lebenden nicht zu gewinnen. Die Verschiedenheit der Bakterienbefunde kann nach K. zunächst bedingt sein durch die Art der Entnahme des Sekretes. Von grosser Bedeutung für die Erklärung der differenten Resultate ist weiterhin die Aussaat des Sekretes und die Züchtung der Bakterien.

K. fand Streptokokken nicht nur in dem von Döderlein als „pathologisch“ charakterisirten Sekrete, sondern auch in scheinbar „normalem“. Es ist nach K. bis jetzt noch nicht gelungen, bestimmte Streptokokkenarten von einander abzugrenzen; durch Züchtungen und Impfungen ändert sich ihr Charakter vollkommen. Es erscheint demnach übereilt, bei Auffindung von Kettenkokken in der Scheide zu behaupten, diese wären nicht die bekannten Sepsiserreger.

Die Anschauungen über den Einfluss der Scheidenbakterien auf den Verlauf des Wochenbetts sind noch nicht geklärt; man muss nach K. die Fälle, in denen bei pathologischem Scheidensekrete kein Puerperalfieber auftritt, mindestens eben so vorsichtig beurtheilen wie erfolglose Thierimpfungen.

K. betont zum Schlusse, dass die bakteriologischen Befunde nur mit grösster Vorsicht für unser klinisches Handeln verwerthet werden dürfen.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/43

117. **Die Kunstfehler in der Geburtshülfe**; von Dr. Alphons Fuld in Mombach-Mainz. (Berl. Klinik Nr. 129. Doppelheft. März 1899.)

Von 341 Kunstfehlern, die F. zusammenstellt, gehören 130 = 38.2% in das Gebiet der Geburtshülfe. Den Hauptgrund für die grössere Häufigkeit geburtshülflicher Kunstfehler sieht F., abgesehen von der oft mangelhaften Ausbildung vieler Hebammen, darin, dass kein auf dem Lande oder in einer kleineren Stadt prakticirender Arzt sich der Ausübung der Geburtshülfe entziehen kann. Von den in Betracht kommenden 133 angeklagten Medicinalpersonen waren 47 Hebammen = 35.3%, 51 Aerzte = 38.3%, 19 Wundärzte = 14.3%, 16 Pfuschhebammen und Pfuscher = 12.1%. Von diesen 133 Medicinalpersonen erwiesen sich 58 = 43.6% als schuldig und 75 = 56.4% als unschuldig. [Dass F. die Pfuschhebammen und Pfuscher zu den „Medicinalpersonen" rechnet, entspricht wohl nicht dem allgemeinen Brauche. Ref.]

Bei den 130 geburtshülflichen Kunstfehlern handelt es sich in 30 Fällen = 23.1% um Schädigungen des Kindes, in 100 Fällen = 76.9% um Schädigungen der Mutter, und zwar in 7 Fällen um Schwangere, in 93 Fällen dagegen um Kreissende und Wöchnerinnen. Die Schädigungen der Kreissenden und Wöchnerinnen bestanden 10mal in Vernachlässigungen und Ungeschicklichkeiten, 12mal in Infektion, 14mal in Verblutung, 52mal in Verletzungen der weichen Geburtswege nebst Nachbarorganen und 5mal in Tödtung aus verschiedenen Ursachen.

Im Anschlusse bespricht F. die einzelnen hierher gehörigen, von ihm gesammelten Fälle.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

118. **Der Borsäureschnuller, eine neue Behandlungsmethode des Soor**; von Theodor Escherich. (Ther. d. Gegenw. N.F. I. 7. 1899.)

Der Borsäureschnuller hat sich in der Grazer Kinderklinik, in der der Soor endemisch in recht unliebsamer Weise herrscht, vortrefflich bewährt. Man beschickt etwas sterilisirte Watte mit etwa 0.2 g Borsäure und etwas Saccharin und hüllt sie in Seide oder feinen Battist. So weit die Kinder nicht gar zu elend und entkräftet sind, nehmen sie den Schnuller gern und saugen ihn kräftig aus; er hält etwa 24 Stunden vor. Abgesehen von den Bedenken, die überhaupt gegen die Empfehlung eines Schnullers geltend zu machen sind, kann E. seine gut bewährte Methode nur empfehlen.

Dippe.

119. **Chlor und Stickstoff im Säuglingsorganismus**; von Walther Freund in Breslau. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLVIII. 2 u. 3. p. 138. 1898.)

Nach einem Ueberblicke über die spärliche Literatur des Chlorstoffwechsels beim Säuglinge theilt Fr. Untersuchungen mit, die er an einem Brustkinde und 2 Flaschenkindern angestellt hat. Er bediente sich zum getrennten Auffangen von Urin und Koth einer neuen von ihm erdachten Vorrichtung. Aus den Versuchen geht hinsichtlich des *Stickstoff-Stoffwechsels* hervor, dass das Brustkind im Verhältniss zu den von Michel untersuchten Kindern eine ziemlich geringe Resorption zeigte, bezüglich der N-Retention das von Heubner und Rubner untersuchte Kind ein wenig übertraf. Die Flaschenkinder resorbirten erheblich mehr als die bisher beobachteten. Das 1. Flaschenkind hatte gebundene, mässig dyspeptische Stühle, das zweite zuerst gebundene, gehacktschleimige, später diarrhoische Entleerungen. In der 2. Periode war die N-Resorption grösser als in der ersten. Das stimmt überein mit den Befunden von Bendix, wenn dieser auch von einer vermehrten N-Ausscheidung bei diarrhoischen Entleerungen spricht. Die N-Retention war bei dem 2. Flaschenkinde etwas grösser als sie sonst beobachtet wurde, bei dem ersten doppelt so gross. Dieses Kind war vor Eintritt in die Klinik mit 1/4 Milch ernährt worden. Was den *Chlorstoffwechsel* anlangt, so lassen die gewonnenen Zahlen, für sich betrachtet, eine Gesetzmässigkeit nicht erkennen. Vergleicht man die Chloraufnahme und -Ausgabe, so bemerkt man in allen 3 Fällen eine Retention von Chlor, die erheblich höher ist, als die von Michel an gesunden Brustkindern gefundene. Wenn man *das Verhältniss von Körpergewicht, Eiweissansatz und Chlorretention* zu einander vergleicht, zeigt sich, dass die Chlorretention verknüpft ist mit einer Zunahme des Wassergehaltes im Organismus wie sie bei Fettverlust stattfindet. Es wäre weiter zu untersuchen, wie weit die herabgesetzte Salzsäureproduktion chronisch magendarmkranker Kinder ein Ausdruck des Chlorhungers ist.

Brückner (Dresden).

120. **Zur Frage der Ammoniakausscheidung durch den Harn bei magendarmkranken Säuglingen**; von Dr. Bernhard Bendix. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLVIII. 2 u. 3. p. 165. 1898.)

B. hat an 8 magendarmkranken Säuglingen, die mit 1/3 Milch gefüttert wurden, die Ammoniakausscheidung durch den Urin verfolgt. Wenn er den Urin direkt in einem sterilen Gefässe auffing, so erhielt er Werthe, die die beim Erwachsenen festgestellte Norm nicht überschritten. Wurde der Urin hingegen erst durch den Harnrecipienten geleitet, so ergaben sich jedes Mal erheblich höhere Werthe. Die Befunde Keller's bedürfen daher der Nachprüfung. Dabei wäre nach B. zu fordern: „1) der Nachweis, dass auch beim steril aufgefangenen und sofort zur Untersuchung angesetzten Harn dieselben hohen Ammoniakwerthe vorhanden sind wie bei dem durch den Recipienten gesammelten; 2) der experimentelle Beweis der Vermehrung von anorganischen Säuren oder 3) der Beweis dafür, dass auch organische Säuren, indem sie zum Theil unverbrannt mit NH_3 durch den

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/44

Harn austreten, jene Ammoniaksteigerung bedingen.“ Bei letzterer Voraussetzung müsste noch der Nachweis geführt werden, dass wirklich „Lipacidurie“ besteht. Brückner (Dresden).

121. **Welche Momente beeinflussen die Ammoniakausscheidung im Harn magendarmkranker Säuglinge?** von Dr. Arthur Keller in Breslau. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLVIII. 4. p. 397. 1898.)

Aus den Ausführungen K.'s geht im Wesentlichen hervor, dass für die Beurtheilung der Ammoniakausscheidung nicht nur der Zustand des Kindes und die Art der Ernährung zur Zeit der Untersuchung, sondern auch die vorhergegangene Ernährung und eventuell Erkrankungen zu berücksichtigen sind. Während bei 11 Kindern, die mit verdünnter Kuhmilch ernährt wurden, die Ammoniakausscheidung nicht erhöht war, zeigte ein 12. Kind bei gleicher Ernährung im Beginne hohe Werthe, die allmählich absanken, auch nicht wieder stiegen bei späterer stärkerer Concentration der Milch. Das Kind war vor Beginn der Untersuchungen mit Roggenmehlsuppe ernährt worden, worauf K. die erhöhte Ammoniakausscheidung bezieht.

Brückner (Dresden).

122. **Bemerkungen zu der Arbeit von de Jager: Die Verdauung und Assimilation des gesunden und kranken Säuglings nebst einer rationellen Methode zur Säuglingsernährung;** von Dr. Arthur Keller in Breslau. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLVIII. 4. p. 393. 1898.)

de Jager hat zur Ernährung der Säuglinge gezuckerte und mit Butter versetzte Buttermilch empfohlen. Die günstigen Erfolge, die er mit dieser Ernährungmethode erzielte, hat er theoretisch zu begründen gesucht und dabei unter Anderem einen falsch citirten Satz aus einer Arbeit von K. über die Ammoniakausscheidung bei magendarmkranken Säuglingen zur Stütze seiner Hypothesen benutzt. K. verwahrt sich hiergegen und weist de Jager ausserdem noch eine Reihe grober Irrthümer nach.

Brückner (Dresden).

123. **Ueber Streptokokkenenteritis im Säuglingsalter;** von Th. Escherich. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLIX. 2 u. 3. p. 137. 1899.)

E. macht erneut auf die Wichtigkeit der bakteriologischen Stuhluntersuchung bei Säuglingen und jungen Kindern aufmerksam, die bei Anwendung der Weigert'schen Fibrinfärbung unter physiologischen und pathologischen Verhältnissen verschiedene, sehr charakteristische Bilder im Ausstrichpräparate giebt. Mit Hülfe dieser Methode gelang es ihm, die ätiologische Zusammengehörigkeit klinisch zum Theil verschieden sich darstellender Erkrankungen zu erweisen, als deren Erreger ein in 14 von 15 Fällen nachgewiesener kurzer, zumeist als Diplococcus auftretender Streptococcus angesprochen wird. In einem Theile der Fälle war der Coccus auch im Blute, im Harn und in den inneren Organen nachzuweisen. Culturversuche, die übrigens mit Schwierigkeiten verknüpft waren, lehrten, dass die Enteritisstreptokokken ein Gemenge biologisch nahe verwandter Kokken darstellen, und den Pneumokokken, vielleicht auch dem Meningococcus intracellularis nahe stehen. Unter besonderen vegetativen Verhältnissen wachsen sie auch zu längeren Ketten aus. Die Frage nach der Herkunft der Mikroben vermochte E. verhältnissmässig leicht zu beantworten. Er fand sie in einer Anzahl bakteriologisch untersuchter Milchproben. Wahrscheinlich finden sie sich auch in der Mundhöhle, von wo sie durch den Schluckakt in den Magen gelangen. Die Sektion und die histologischen Untersuchungen ergaben, dass die Erkrankungen im Dünn- und Dickdarme zu Epithelverlust und Verschleimung der Drüsen führten. In den oberen Schichten der Schleimhaut, im Dickdarme tiefer herab bis zur Submucosa, waren die beschriebenen Diplokokken nachweisbar. Was die klinischen Erscheinungen anlangt, die die Kinder darboten, so konnten alle Typen vom dyspeptischen Katarrh bis zur Cholera infantum und Enteritis follicularis beobachtet werden. Gemeinsam war allen nur die Anwesenheit der Kokken im Darmkanale, in schweren Fällen auch im Blute und in den inneren Organen. 7 Kinder genasen, 8 starben. E. theilt die Kranken ein in a) solche, die nur lokale Reizerscheinungen des Darmes erkennen liessen. Diese abortiven Formen sind von Wichtigkeit wegen der Ansteckunggefahr. Zu ihrer Erkenntniss gelangte E. nur durch die endemische Ausbreitung im Spitale; b) solche mit Darmerscheinungen und Vergiftungsymptomen (initiales Fieber, Krämpfe). Sie verliefen unter dem Bilde der Cholera infantum und Enteritis follicularis; c) solche mit Allgemeininfektion, Uebergang der Kokken in den grossen Kreislauf. Diese Erkrankungen betrafen zumeist bereits geschwächte, herabgekommene Kinder und verliefen unter dem Bilde der Enteritis. Lebhaftes Fieber und starke Reizerscheinungen von Seiten des Darmes können bei den elenden Kindern ausbleiben. Alle Fälle, in denen die Kokken im Urin und Blute nachgewiesen werden konnten, sind tödtlich verlaufen. Der Tod trat zumeist im Koma ein. Besonders bemerkenswerth ist das Erbrechen serös-blutiger Massen. In 3 Fällen ging die Allgemeininfektion von einer septischen Affektion der mit Soor behafteten Mundhöhle aus. Nach einer Analyse der klinischen Symptome erörtert E. die Gründe, die ihn veranlassen, die Streptokokken als die Erreger der mitgetheilten Erkrankungen anzusprechen, und schliesst die interessante Arbeit mit einer Besprechung der in Frage kommenden Literatur. Brückner (Dresden).

124. **Ueber das Auftreten von „proteolytischen“ Bakterien in Säuglingsstühlen und ihre Bedeutung in der Pathologie der Darmerkran-**

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/45

kungen; von Dr. H. Spiegelberg in Graz. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLIX. 2 u. 3. p. 194. 1899.)

Sp. hat die Frage nach der Bedeutung der peptonisirenden Bakterien einer ausführlichen experimentellen Prüfung unterworfen. Während sich die früheren Arbeiten über den Gegenstand vorwiegend mit der Sterilisation und der Pathogenität jener Bakterien beschäftigten, suchte Sp. auch das quantitative und qualitative Verhältniss der Mikroben im Darmkanale, bez. in den Faeces zu erforschen. Er untersuchte die im Spitale verwendete Fettmilch und Hausmilch, sowie die Faeces von 60 Kindern. Die Stühle stammten von 12 jungen gesunden Brustkindern, 4 ambulatorisch behandelten, künstlich genährten dyspeptischen Säuglingen, 22 klinisch beobachteten Kindern im Alter von 3 Wochen bis zu 2 Jahren (7 wegen Dyspepsie, 5 wegen schwerer Magendarmerkrankung, 10 wegen anderweiter Organerkrankung in Behandlung) und endlich von 12 Kindern mit schwerer Erkrankung, „bei denen die Aufmerksamkeit a priori durch die in Frage stehenden Bakterien erregt war". Aus den Untersuchungen ergiebt sich im Wesentlichen, dass die proteolytischen Bakterien häufig in der Milch vorhanden sind. Ihr Auftreten ist abhängig von Verunreinigungen, wie sie in der Milchwirthschaft vorkommen. Sie wuchern bei höheren Temperaturen erheblich, bilden sehr resistente Sporen und zersetzen das Casein der Milch. Diese Bakterien fanden sich in den Stühlen aller künstlich genährten Kinder, hingegen nur ausnahmeweise in denjenigen der Brustkinder. Doch war ihre Menge nur bei erkrankten Kindern eine erhebliche, und es steht ihre Anzahl in einem gewissen Verhältnisse zur Schwere der Erkrankung. Bei manchen sehr schweren Darmerkrankungen „kann die Anwesenheit der Proteolyten geradezu ein specifisches ätiologisches Moment vortäuschen. In diesen Fällen scheint es sich zugleich um besonders pathogene Arten zu handeln". Bezüglich der Wirkung der Proteolyten auf den kindlichen Organismus ist zu bemerken, dass die ektogene Infektion in den Hintergrund tritt. Doch kann bei Genuss von sterilisirter, längere Zeit bei hoher Temperatur aufbewahrter Milch durch die Aufnahme von Stoffwechselprodukten der Proteolyten schwere Vergiftung (Cholera infantum) auftreten. Bei der endogenen Infektion dürften sie eine sekundäre Rolle spielen. Sie treten nur bei herabgekommenen darmkranken Kindern auf, bei denen die Schutzwehr der normalen Darmflora durchbrochen ist. Sie können durch ihren Lebensprocess reizend wirken, führen aber nicht zur Allgemeininfektion. Bei excessiver Vermehrung vermögen sie bei einem geschwächten Kinde den tödtlichen Ausgang herbeizuführen, bez. zu beschleunigen. Zur Abhülfe ist von Nöthen reinliche Milchwirthschaft, schneller Verbrauch der Milch. Auch gewisse Hülfsmittel zur Verhütung abnormer Gährungen könnten in Betracht gezogen werden. Brückner (Dresden).

125. **Ueber Säuglingspflege und ihre Erfolge**; von Dr. Ludwig Berton in Graz. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLIX. 2 u. 3. p. 224. 1899.)

B. untersuchte die Erfolge der künstlichen Säuglingsernährung am Materiale der Grazer Kinderklinik in den Jahren 1890—1898. Wenn man von den statistischen Einzelheiten absieht, so ergiebt die Untersuchung folgendes Resultat: Die Ernährung mit verdünnter Kuhmilch erzielte die schlechtesten Erfolge, wenngleich die geringe Anzahl der in Betracht kommenden Kinder zu weitgehenden Schlüssen nicht berechtigt. Sehr befriedigend war die Ernährung mit Fettmilch, die bei allen Säuglingen bis zum 6. Monate seit ihrer Einführung zur Verwendung gelangte. Die *Pfund*'sche Säuglingsnahrung soll in den Fällen versucht werden, in denen verdünnte Kuhmilch oder Fettmilch nicht vertragen wird. Bei sehr schwächlichen und bei frühgeborenen Säuglingen, denen die Eiweissverdauung besondere Schwierigkeiten bereitet, wird ein Versuch mit Labmolke empfohlen.

Ueber die Ursachen der misslungenen Ernährung suchte sich B. auf Grund des vorliegenden Materials ebenfalls Rechenschaft zu geben. Es traten bei einer Anzahl von Kindern, die anfänglich gut zunahmen, plötzliche Gewichtsstürze auf, die eingeleitet wurden durch seröse, übel riechende Entleerungen. Diese Erkrankungen traten zum Theil gruppenweise auf, hier und da im Anschlusse an die Aufnahme eines Kindes mit schwerer Enteritis. In einer Anzahl von Fällen wurden Streptokokken in den Organen der Kinder nachgewiesen. Es handelte sich hier also wahrscheinlich um Hausinfektionen. In anderen Fällen war nicht der Darm, sondern ein anderes Organ der Sitz der die Zunahme beeinträchtigenden Erkrankung, namentlich der Respirationtractus, die Haut, auch die Blase. Viele dieser Fälle gehören in das Bereich der Sepsis. Je mehr bei der Pflege und Ernährung der Säuglinge in den Spitälern die Asepsis geübt wird, desto seltener muss die Uebertragung der so häufig zu tödtlicher septischer Erkrankung führenden infektiösen Keime werden.

Brückner (Dresden).

126. **Beiträge zur Casuistik und Aetiologie der Becken- und Nabelabscesse im Kindesalter**; von Dr. A. Schmid in Graz. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLIX. 2 u. 3. p. 249. 1899.)

A. Die Beckenabscesse. Sch. theilt 6 Fälle von eitriger Entzündung des Beckenzellengewebes mit. Bei 2 Kindern war die Erkrankung im Anschlusse an ein Trauma entstanden. Das eine Kind starb, bevor es zur Operation kam, da der Abscess in die Bauchhöhle durchbrach, an Peritonitis. Das zweite Kind überstand die Eröffnung des Abscesses gut, starb aber an einer Pneumonie. Die Entzündung war von retroperitonäalen Lymphdrüsen ausgegangen. Bei 4 weiteren Kindern waren die Abscesse ohne nachweisbare Ursache entstanden.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/46

Schm. vergleicht diese Erkrankungen hinsichtlich ihrer Entstehung mit den idiopathischen Retropharyngealabscessen, glaubt aber, dass sie gelegentlich auch aus präperitonäalen Entzündungsherden durch Senkung entstehen können. Von diesen 4 Kindern, die sämmtlich operirt wurden, starb eins, bei dem der Eiter den Dünndarm arrodirt und zur Perforation gebracht hatte. Die Abscesse sollen in der Regel incidirt werden, sobald Fluktuation nachweisbar ist. Doch darf man, wie die erste Beobachtung lehrt, nicht immer so lange warten, sondern muss zur Operation schreiten, sobald man durch Steigerung des Fiebers und des Schmerzes, durch Störungen der Nachbarorgane, durch Peptonurie die Abscedirung des Entzündungsherdes annehmen kann.

B. Die Nabelabscesse. Nabelabscesse wurden 2mal beobachtet. Bei einem Kinde brach der Bauchdeckenabscess, der im intermuskulären Gewebe gegen den Nabel fortgekrochen war, spontan durch. Bei dem anderen Kinde handelte es sich um einen Abscess im Nabel selbst, der ebenfalls von selbst nach aussen durchbrach. In beiden Fällen trat Heilung ein. Brückner (Dresden).

127. **Ueber Lumbalpunktionen an Kindern**; von Dr. Meinhard Pfaundler in Graz. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLIX. 2 u. 3. p. 264. 1899.)

Pf. berichtet über etwa 200 Lumbalpunktionen, die in der Grazer Kinderklinik ausgeführt wurden. Die diagnostische Bedeutung der Lumbalpunktion beruht zum grossen Theile auf der Feststellung des Subarachnoidealdrucks. Dieser setzt sich, wie Pf. ausführt, aus drei Componenten zusammen: 1) aus dem Elasticitätdrucke, 2) aus dem hydrostatischen Drucke, 3) aus dem übertragenen Gefässdrucke. Hat man Gelegenheit zu Druckmessungen am Lebenden und an der Leiche, so gelingt es, die absolute Grösse der einzelnen Componenten festzustellen. Pf. hat solche Messungen angestellt und führt die Durchschnittwerthe tabellarisch geordnet auf. Es ergiebt sich daraus, dass seine Mittelzahlen höher sind als diejenigen früherer Untersucher, da er am sitzenden Kranken maass und sich eines verlustlosen Manometers bediente. Der Gesammtdruck nimmt mit steigendem Alter zu. Der Ausscheidungdruck ist bei Säuglingen ein sehr niedriger. Wegen der offenen Fontanelle wird bei Säuglingen ein viel grösserer Theil des hydrostatischen Druckes manifest. Die hydrostatische Componente betheiligt sich an der Herstellung des Gesammtdruckes in höherem Maasse als bei älteren Kindern. Aehnliches trifft man bei Hydrocephalikern wegen der Weite ihrer complementären Gefässräume. Bei Erkrankungen im cerebrospinalen Gebiete, die mit Transsudation und Exsudation einhergehen, steigt namentlich die Elasticitätcomponente. Die rhythmischen physiologischen Schwankungen des Subarachnoidealdruckes sind respiratorische und pulsatorische.

Bei bestehenden Hirndrucksymptomen findet man im Anfange auch hohe Werthe für den Subarachnoidealdruck, 35—40 mm Quecksilber und darüber. Für das Zustandekommen der Hirndrucksymptome ist jedoch nicht die absolute Höhe des Subarachnoidealdruckes maassgebend, sondern sein Verhältniss zum Blutdrucke in den Gehirnarterien. Bei Herzschwäche z. B. können Hirndrucksymptome eintreten, ohne dass der Subarachnoidealdruck wesentlich erhöht ist. Sehr hoher Druck kommt fast nur bei tuberkulöser Meningitis vor. Für die typisch verlaufende Krankheit besteht eine charakteristische Druckcurve. Der Druck beträgt durchschnittlich im Stadium der Hirnreizung 48 mm, des Hirndruckes 52 mm, der Hirnlähmung 24 mm Quecksilber. Bei Hydrocephalus spricht hoher Druck für einen floriden, normaler oder wenig erhöhter Druck für einen abgelaufenen Process. Bei eitrigen Formen der Meningitis, bei Tumoren und manchen funktionellen Neurosen besteht in der Regel erhöhter Druck. Frisches Blut in der Punktionflüssigkeit rührt von einer Einstichblutung her, zersetztes deutet auf Pachymeningitis oder Trauma. Im ersten Stadium der tuberkulösen Meningitis ist die Cerebrospinalflüssigkeit klar, im zweiten auch noch häufig, im dritten dagegen meist staubförmig getrübt; beim Stehen bildet sie ein spinnewebartiges Gerinnsel. Eitrige Punktionflüssigkeit erhält man bei eitriger und epidemischer Meningitis. Von Wichtigkeit ist die Untersuchung des Sedimentes und des Eiweissgehaltes. Hoher Eiweissgehalt in klarer Flüssigkeit spricht für tuberkulöse Meningitis. Bei dieser Krankheit besteht eine charakteristische „Eiweisscurve", die vom Beginne bis zum Tode gleichmässig ansteigt. Bei eitrigen Processen ist der Eiweissgehalt natürlich erhöht, bei Hirntumoren ist er wechselnd, bei Sinusthrombose erhöht. Bei exsudativen Erkrankungen fehlt der normale Zuckergehalt der Cerebrospinalflüssigkeit. Von erheblicher diagnostischer Wichtigkeit ist die bakteriologische Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit. Bei tuberkulöser Meningitis finden sich Tuberkelbacillen, bei eitriger Meningitis Eiterkokken, bei der epidemischen Form Diplokokken aus verschiedenen, nahe verwandten Arten. „Aus dieser Gruppe ragen zwei besonders scharf gekennzeichnete Typen hervor, zwischen denen sich Uebergangsformen als Verbindungsglieder einreihen" (Typus „Weichselbaum" und Typus „Heubner"). Die durch die Lumbalpunktion erhobenen Befunde sprechen auch mit dafür, dass es sich bei der sogen. Spitalkachexie häufig um chronisch verlaufende septische Erkrankungen der Säuglinge handelt. Die Infektion des Subarachnoidealsackes kann vom Blute aus auf dem Wege der Sinusthrombose erfolgen. Bezüglich der therapeutischen Wirksamkeit der Lumbalpunktion ist Pf. der Ansicht, dass sie nicht nur als palliativer und symptomatischer Eingriff anzusehen ist. Unangenehme Zufälle erlebte er nicht. Brückner (Dresden).

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/47

128. **Zur Herzdiagnose.** *I. Die systolischen Geräusche;* von Otto Soltmann in Leipzig. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLVIII. 1. p. 1. 1898.)

1) *Die accidentellen anämischen systolischen Geräusche* sind bis zum 7. bis 8. Lebensjahre selten und fehlen in den ersten 3 Lebensjahren gänzlich, da ein Missverhältniss zwischen Stromgeschwindigkeit und Ventrikeldruck einerseits und Aorta und Pulmonalis andererseits nicht besteht. Die Dünnwandigkeit und Elasticität der grossen Schlagadern, sowie besonders die grosse Weite am Ursprungstheile der Pulmonalis verhindern das Zustandekommen von Druck- oder Stenosengeräuschen. In der Pubertät, wo sich das Verhältniss des Herzvolumens zur Gefässweite erheblich ändert, treten anämische Geräusche besonders häufig auf. Systolische Geräusche bei anämischen Kindern mit Scrofulose, Pseudoleukämie und Leukämie in den ersten 3—4 Lebensjahren konnte S. in seltenen Fällen beobachten und auf Druck durch Drüsentumoren zurückführen. Bei der Diagnose eines anämischen Geräusches sind folgende Punkte zu berücksichtigen: Es muss eine nennenswerthe Anämie vorhanden sein. Complikationen mit Infektionkrankheiten, die eine Miterkrankung des Herzmuskels wahrscheinlich machen, müssen ausgeschlossen sein. Das Geräusch muss rein systolisch, an der Pulmonalis am lautesten sein. Der 2. Pulmonalton darf nicht accentuirt, die Herzdämpfung nicht verbreitert sein.

2) *Die kardiopulmonalen Herzlungengeräusche* fehlen im 1. und wohl auch im 2. Lebensjahre, wo die Athembewegungen unregelmässig, oberflächlich sind und das Herz freier im Thorax liegt als später. Bei Kindern im 3. bis 4. Jahre sind sie besonders laut, zumeist systolisch, synchron mit der Herzthätigkeit, aber discontinuirlich im Schallcharakter, sowie in der Intensität und Extensität. Sie erscheinen lauter bei verstärkter Athmung, beim Aufsetzen und schwinden bei angehaltenem Athem, bez. werden schwächer in Rückenlage.

3) *Die endokardialen Geräusche.* Das systolische Geräusch an der Spitze und der hebende Charakter des Spitzenstosses sind häufig die einzigen Erscheinungen der Mitralinsufficienz, da die Hypertrophie und Erweiterung des rechten Ventrikels bei jüngeren Kindern überhaupt wegfällt, diejenige des linken Ventrikels auch nicht so erheblich ist wie beim Erwachsenen und perkutorisch im frühen Alter kaum nachzuweisen ist. Compensationstörungen treten erst sehr spät auf.

4) *Die myokardialen systolischen Geräusche* sind eben so deutlich oder stärker an der Basis wie an der Spitze. Die Folgeerscheinungen treten schneller und stärker auf als bei der Mitralinsufficienz. Die Herzverbreiterung tritt bald hervor.

Brückner (Dresden).

129. **Ueber infektiösen Ikterus bei Kindern**; von Dr. A. Kissel. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLVIII. 2 u. 3. p. 235. 1898.)

Nach einer geschichtlichen Einleitung berichtet K. über 96 Beobachtungen von infektiösem Ikterus, die im Olga-Kinderspitale zu Moskau gemacht wurden. 14 Kinder wurden stationär, 82 poliklinisch behandelt. K. unterscheidet 3 Gruppen: 1) sehr schwere, tödtlich verlaufende Fälle, 2) nicht besonders schwere Fälle, die jedoch deutliche Merkmale einer Infektionkrankheit aufweisen, und 3) leichte Fälle (von denen manche früher katarrhalischer Ikterus genannt worden wären). Er theilt von sämmtlichen Gruppen Beispiele, insgesammt 21, mit. 6 Kinder starben (1 Sektionbefund mit bakteriologischer Untersuchung).

Ueber die Aetiologie vermag K. nicht viel anzugeben. Auffallend war das Ueberwiegen der Erkrankung im Herbst und Winter. Mit Influenza scheint sie nicht in Zusammenhang zu stehen. Bezüglich der klinischen Symptome berichtet K., dass der Beginn der Erkrankung zumeist ein plötzlicher war, mit Fieber, Kopfschmerz, zuweilen auch mit Schüttelfrost. Dazu gesellten sich Appetitlosigkeit, Foetor ex ore, hin und wieder Erbrechen und nach $^1/_2$—1 Woche Gelbsucht. Selten trat der Ikterus gleich am 1. Tage auf. Die Gelbfärbung der Haut erreichte in einer Woche ihren Höhepunkt, um nach 3—8 Wochen wieder zu schwinden. Selten trat nach einiger Zeit wieder eine Zunahme des schwindenden Ikterus mit Fieber, Mattigkeit und Appetitlosigkeit auf. Die Kinder magerten namentlich bei längerer Dauer der Gelbsucht stark ab. Hautjucken war nicht besonders hervortretend. Der Urin enthielt frühzeitig Gallenfarbstoff, selten Eiweiss, niemals geformte Elemente. Bei 3 Kranken war die Harnmenge vermehrt, bei vielen, besonders den schwer Befallenen, vermindert. Die Fäces waren meist ungefärbt, nahmen aber schnell die normale Farbe wieder an. Ihr Wassergehalt war selten vermehrt. Erbrechen wurde einige Male im Beginne beobachtet. Die Leber war fast stets erheblich vergrössert, hart und druckempfindlich. Die Leberschwellung hielt lange an, ging aber (so weit dies verfolgt werden konnte) vollkommen wieder zurück. Eine Vergrösserung der Gallenblase war nur einige Male nachzuweisen. Die Leberschwellung hielt noch lange an, nachdem der Ikterus geschwunden war. Ebenso verhielt sich die Milz. Der Puls war meist beschleunigt, nur in 3 Fällen verlangsamt. Arrhythmie wurde selten beobachtet. Herzschwäche trat nur in den tödtlich verlaufenden Fällen kurz vor dem Tode auf. Fieber bestand fast bei allen Kranken, meist nur kurze Zeit, 2—4 Tage, selten bis zu Wochen. Bei 4 Kr. stellte sich noch eine spätere Temperatursteigerung von 2—7tägiger Dauer ein. Die Dauer der Erkrankung betrug im Mittel 3—4 Wochen. Bei den tödtlich verlaufenden Erkrankungen traten kurz vor dem Ende schwere nervöse Erscheinungen auf, die an Cholämie erinnerten. Die Diagnose war schwierig im Beginne, vor Eintritt des Ikterus. Mit der Prognose soll man vorsichtig sein, zumal

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/48

bei schwächlichen Kindern, wenn sich der Ikterus lange hält, die Kinder stark abmagern oder Erregtheit sich einstellt. Die Behandlung bestand im Beginne in der Verordnung von Abführmitteln, namentlich von Calomel, das meist 1—1½ Woche fortgegeben wurde. Später kamen Alkalien zur Verwendung, daneben lauwarme Bäder und Klystire. Bei starker Abmagerung wurde in der fieberfreien Periode Leberthran mit gutem Erfolge angewendet. Brückner (Dresden).

VIII. Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde.

130. **Ueber die Anwendung der regionären Anästhesie bei grösseren Operationen an den Extremitäten**; von Dr. F. Berndt. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 27. 1899.)

B. theilt 2 Beobachtungen mit (osteoplastische Amputation des Oberschenkels nach Gritti; Exartikulation des Mittelfingers, Spaltung schwerer phlegmonöser Abscesse an Hand und Vorderarm), die zeigen, dass man mit 4—5 cg Cocain völlige Anästhesie an Arm und Bein zu erzielen im Stande ist, wenn man die Lösung möglichst in die unmittelbare Umgebung der grösseren Nervenstämme bringt und eine genügend lange Zeit wartet. Je länger man wartet, desto besser und vollkommener ist die Anästhesie. P. Wagner (Leipzig).

131. **Eine neue Narkosenmethode**; von Prof. J. Geppert. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 27—29. 1899.)

Der Grundzug dieses durch Verbindung der Maske mit dem Gasometer gekennzeichneten Verfahrens besteht darin, dass durch einen automatisch wirkenden Apparat eine Luft von hohem, genau bestimmtem Gehalt an Chloroformdampf in scharf regulirbaren Mengen durch einen Schlauch in die Maske eingeführt wird. Eine genauere Beschreibung des Apparates ist ohne Abbildungen unverständlich.

Das Ergebniss der zahlreichen Untersuchungen G.'s ist ein sehr einfaches. Da das Chloroform als Dampf eingeathmet wird, muss es auch in dieser Form dosirt werden. Nur auf diesem Wege ist eine wirkliche Beherrschung der Narkose zu erreichen. P. Wagner (Leipzig).

132. **Experimentelle Beiträge zur Frage nach der Bedeutung 1) der Luftinfektion für die Wundbehandlung, 2) des innergeweblichen Druckes für das Zustandekommen der Wundinfektion**; von Prof. P. L. Friedrich. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 458. 1899.)

Es herrscht zur Zeit Einmüthigkeit darüber, dass wir als unvermeidbare Quellen einer operativen Wundinfektion (abgesehen von dem uns im Wundgebiete begegnenden inficirenden Materiale: Abscessen u. Aehnl.) die Haut des Kranken, des Operateurs und unter Umständen die Luft anzusehen haben; dass alle übrigen, durch versenkte Naht- und Ligaturmaterialien, Verband u. s. w. bedingten, als vermeidbare Infektionen anzusehen sind.

Die Bedeutung der *Infektion durch Keime der Luft* ist in der letzten Zeit wieder mehr in den Vordergrund gedrängt worden. Für die *natürliche* Infektion durch die Luft kommen nur Keime in Betracht, die in der Luft suspensibel, bez. suspendirt sind. Aus dem Munde, vom Haupthaar u. s. w. stammende und während der Operation das Wundgebiet erreichende Bakterien sind nicht zu den Luftkeimen zu rechnen. Die durch sie bedingten Infektionen sind vermeidbar, die durch die Luft nicht.

Wie bei allen Infektionen spielt aber neben der Art und Virulenz der Keime gewiss auch bei den Luftkeimen die Menge eine Rolle. Da nun der verletzte Organismus schon in den ersten Stunden nach einer Verletzung lebhafte Heilungsvorgänge durch Zellenproliferation der fixen Gewebezellen, durch den chemischen Process baktericider Serumwirkung (vielleicht auch durch Mitwirkung der corpuskulären Elemente extravasirten Blutes, insbesondere der Leukocyten) auslöst, so ist es erwünscht, neben der Zahl der in der Zeiteinheit während des Operirens auffallenden Luftkeime ihre Vermehrungsgeschwindigkeit, damit die Bedingungen ihrer Mengenzunahme, mithin der Zunahme der Infektiosität und Infektiongefahr festzustellen. Mehrere Wege führen zum Ziele; das Ergebniss der im Originale genauer geschilderten Versuche ist, dass *bis zur 7., 8. Stunde die aus der Luft auffallenden Keime absolut entwickelungslatent bleiben.* Frühestens nach dieser Zeit tritt Vermehrung ein. Hierin liegt ein sehr bedeutender Unterschied gegenüber der Proliferationfähigkeit der an den Warmblüter schon angepassten Bakterien (in Speichel, Eiter, Haut). F. bezeichnet diesen Zustand der Luftbakterien, der erst die bezeichnete Anpassung (Incubationzeit) an feuchte Medien voraussetzt, um zur weiteren Bakterienentwickelung zu führen, als *Trockenzustand* der Luftkeime. In dieser zeitlichen Ueberlegenheit aber des die heilenden Zellenvorgänge einleitenden Organismus gegenüber der Proliferationfähigkeit der Luftkeime sieht F., neben den oben angeführten Thatsachen, einen weiteren Grund dafür, *dass Luftinfektionen bei Operationen, wo jede Contaktinfektion zuverlässig ausgeschlossen ist, das Heilresultat nicht nachweisbar beeinflussen.*

Bei seinen weiteren Versuchen ist F. von der Thatsache ausgegangen, dass die im Bereiche einer Verletzung oder Operation nothwendiger Weise eintretenden Veränderungen des innergeweblichen Druckes von erheblicher *mechanischer* Bedeutung für Entwickelung, Fortschreiten und Behandlung der Infektionen sind. Aus den Versuchen F.'s

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/49

muss Folgendes geschlossen werden: Bei empfänglichen Versuchsthieren gelangt höchstvirulenter Milzbrand (Reincultur, Bacillen- und Sporenmaterial) nicht zu inficirender Resorption, wenn jegliche Möglichkeit örtlichen Druckes im Wundgebiete, jegliches bakterielle Widerlager behoben ist. Bakterienresorption tritt erst dann ein, wenn unter der Wirkung von Druck und Gegendruck (auch schon mit Bezug auf das bakterielle Einzelelement) die Bakterienentwickelung vor sich gehen kann; ein Beweis dafür, von wie ausschlaggebender Bedeutung für das Zustandekommen der Infektion die physikalischen Verhältnisse des Wundgebietes selbst sind.

Praktisch ergiebt sich hieraus, dass überall da, wo nach Art der geübten Wundtechnik ein Ansammeln von Sekret im Wundgebiete, die *rasche* Entwickelung von *virulentem* Keimmaterial als ausgeschlossen zu betrachten ist, der exakte Wundverschluss die ideale und für die Heilung zuverlässigste Behandlung bleibt. Ueberall da jedoch, wo Sekretion und damit innergewebliche Druckerhöhung zu erwarten ist oder mit der Fernhaltung rasch entwickelungsfähigen virulenten Bakterienmateriales nicht mit Sicherheit gerechnet werden darf, bez. Zeichen der beginnnden Entwickelung schon nachweisbar sind, hat eine druckentlastende Behandlung, auch mit Rücksicht auf das bakterielle Einzelelement, Platz zu greifen.

P. Wagner (Leipzig).

133. **Ueber die Gangrène foudroyante**; von Dr. F. Hitschmann u. Dr. O. Th. Lindenthal. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 77. 1899.)

Bei ihren Untersuchungen über die *Gangrène foudroyante,* denen 6 Fälle zu Grunde liegen, sind H. und L. zu folgenden Ergebnissen gekommen:

1) Die Gangrène foudroyante ist eine durch fortschreitende Nekrose und primäre Gasbildung im Gewebe ausgezeichnete Wundinfektion. Die Infektion erfolgt zumeist nach Verletzungen, durch Verunreinigung offener Wunden mit Staub und Erde. Sie breitet sich ausserordentlich rasch auf dem Wege der Lymphbahnen aus und tödtet unter dem Bilde einer Intoxikation.

Die Sektion ergiebt entweder nur Degeneration der parenchymatösen Organe oder, wenn die Bakterien vor dem Tode in die Blutbahn gelangt sind, Schaumorgane. Ein Milztumor fehlt.

2) Die reine Form der Gangrène foudroyante ist eine von den Phlegmonen sowohl klinisch und ätiologisch, als auch anatomisch und histologisch ganz verschiedene Infektion; sie stellt im Wesentlichen eine einfache Vergährung des Muskelglykogens und Muskeleiweisses dar und verschont zum grösseren Theile das Bindegewebe, ist daher vorwiegend eine Parenchymerkrankung.

Klinisch verläuft sie ohne die bekannten Zeichen der Entzündung.

Als Frühsymptom tritt Gas im Gewebe auf; man fühlt beim Betasten Knistern, das befallene Glied wird kalt, die Epidermis wird in Blasen abgehoben; die Venen schimmern dunkel durch die Haut durch, die Gewebe sind von einem hämorrhagischen Serum durchtränkt und die dunkelbraune Muskulatur verfällt der Nekrose.

Incisionen und die Untersuchung an der Leiche zeigen, dass Eiterung vollständig fehlt; bei der mikroskopischen Untersuchung sieht man dann, dass auch jede nennenswerthe Infiltration fehlt; das Gewebe ist vielmehr kernlos und die Struktur der Zellen ist bei Erhaltung ihrer äusseren Form verloren gegangen.

3) Mischinfektionen kommen vor und bieten neben den charakteristischen Veränderungen der Gangrène foudroyante, das sind Gasbildung und Nekrose, noch die Zeichen der Entzündung.

4) Die Gangrène foudroyante stellt einen Sammelbegriff dar, unter dem die klinisch, anatomisch und histologisch einheitlichen, ätiologisch aber verschiedenen Infektionen zusammengefasst werden.

Bisher sind als Erreger der Gangrène foudroyante gefunden worden: a) die von Welch und Flexner, von E. Fränkel und den Vff. beschriebenen anaëroben Bacillen; b) die Bacillen des malignen Oedems; c) in sehr seltenen Fällen der Bacillus proteus und d) des Bacterium coli commune bei Diabetes.

5) In klinischer Hinsicht ergiebt sich, dass die Gangrène foudroyante eine der bösartigsten Wundinfektionkrankheiten darstellt. Bei Weitem der grösste Theil der zur Kenntniss gelangten Infektionen war tödtlich; nur einzelne der frühzeitig Amputirten wurden gerettet. Incisionen, sowie die ausgiebige Anwendung von Antisepticis waren ohne Einfluss, indem hierdurch der Process nicht aufgehalten wurde. Frühzeitige Amputation, so lange die Operation noch im gesunden Gewebe möglich ist, erscheint daher als wirksame Therapie.

6) Die klinische Diagnose des Processes lässt sich leicht aus der primären Gasbildung und der fortschreitenden Nekrose stellen; erhärtet wird sie durch die bakteriologische Untersuchung.

P. Wagner (Leipzig).

134. **Erfahrungen über die therapeutische Verwendung überhitzter Luft**; von Prof. F. Krause. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 348. 1899.)

Seit mehr als $1^1/_2$ Jahren verwendet Kr. *heisse Luft zu therapeutischen Zwecken;* die Apparate sind einfach, die Ergebnisse sehr befriedigend. Das Verfahren ist bis jetzt bei mehr als 100 Kranken in Anwendung gezogen worden, und zwar bei Gelenkleiden aus verschiedener Ursache, bei akutem und chronischem Muskelrheumatismus, Lumbago, Ischias, bei den nach Verletzung zurückbleibenden Gelenksteifigkeiten u. s. w. Zwei Drittel der Kranken wurden besser. Die Hauptwirkungen des Ver-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/50

fahrens werden offenbar durch die starke Ableitung auf die Haut hervorgebracht; alte entzündliche Ausschwitzungen gelangen zur Resorption. Dadurch werden nicht allein die Schmerzen in Gelenken, Muskeln und Knochen verringert und beseitigt, sondern auch die Bewegungen freier. Haben sich freilich bereits ernstere anatomische Veränderungen in den Bandapparaten, den Muskeln und Sehnen, z. B. bindegewebige Schwielen u. dgl., entwickelt, so wird man vollkommene Rückbildung nicht erwarten dürfen; aber selbst in solchen Fällen hat Kr. erhebliche Besserungen, Nachlassen der Schwellung, Aufhören der Schmerzen und freiere Beweglichkeit eintreten sehen.

P. Wagner (Leipzig).

135. **Ueber Operationshandschuhe**; von Dr. H. Schloffer. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 85. 1899.)

Schl. theilt Versuche mit, die er mit den in der Wölfler'schen Klinik verwendeten *antiseptischen Operationhandschuhen* angestellt hat, d. h. gewöhnlichen Militärhandschuhen, die nach gründlicher Desinfektion mit $^1/_{5000}$ Sublimat oder 1proc. Lysol durchtränkt zur Operation genommen werden. Aus den verschiedenen Versuchen, deren Einzelheiten im Originale nachgelesen werden müssen, ergiebt sich, dass der antiseptische Handschuh die Gefahren, die von Seiten der Hand des Arztes den Wunden drohen, ganz erheblich herabdrücken kann. Die Ergebnisse dieser Versuche stimmen vollkommen überein mit den praktischen Erfolgen, die in der Verbesserung der Wundbehandlung seit Verwendung der Handschuhe erzielt worden sind.

P. Wagner (Leipzig).

136. **Zur Verwendung gestielter Hautlappen**; von Dr. J. Miller. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 3 u. 4. p. 250. 1899.)

M. theilt aus dem Lauenstein'schen Krankenhause 3 Fälle mit, in denen traumatische Defekte an den Armen oder Beinen durch gestielte Hautlappen von der Bauch-, bez. Wadenhaut mit gutem Erfolge gedeckt wurden. Den 3 Fällen gemeinsam ist der Umstand, dass die zur Heilung zu bringende Wundfläche so gelegen war, dass sie ohne zu grosse Unbequemlichkeit für den Kranken an eine entferntere Körpergegend herangebracht werden konnte.

P. Wagner (Leipzig).

137. **Histologische Untersuchungen über die Anheilung Krause'scher Hautlappen**; von Dr. W. Braun. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 340. 1899.)

Br. hat *histologische Untersuchungen über die Anheilung Krause'scher ungestielter Hautlappen* angestellt. Aus den genau mitgetheilten und durch eine Tafel mit Abbildungen erläuterten histologischen Befunden, die zu den verschiedensten Zeiten nach der Transplantation ungestielter Hautlappen, in einer Zeit von 4 Tagen bis zu $3^1/_4$ Jahren, erhoben sind, folgt, dass bei einer strengen Durchführung der von Krause angegebenen Operation, das erstrebte Ziel, möglichst normale Cutis zu schaffen, vollständig, und zwar dadurch erreicht wird, dass die überpflanzten Lappen sich fast in toto erhalten.

„Wir halten uns auch nach dem histologischen Ergebnisse für berechtigt, die Ueberpflanzung ungestielter Hautlappen in besonders schweren Fällen vorzunehmen. Das sind die Fälle, in denen nach den im Altonaer Krankenhause gesammelten Erfahrungen die Thiersch'sche Transplantation, welche auch bei uns im Uebrigen die Cardinalmethode darstellt, keine dauernd guten Resultate giebt."

P. Wagner (Leipzig).

138. **Ueber Schädeloperationen bei Epilepsie**; von Dr. Matthiolius. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 1 u. 2. p. 1. 1899.)

Im Anschlusse an die Arbeiten von Braun und Graf über die Trepanation bei der traumatischen Jackson'schen Epilepsie giebt M. auf Grund der seit 1889 mitgetheilten Fälle einen Bericht über die *Trepanation bei allgemeiner Epilepsie nach Trauma und bei durch Erkrankungen des Gehirns veranlasster Jackson'scher Epilepsie.*

Zunächst theilt M. 4. hierhergehörige Fälle aus der Braun'schen Klinik mit.

1) 32jähr. Mann. Nicht traumatische Jackson'sche Epilepsie. Entfernung der elektrisch bestimmten Centren des Krampfbeginnes. *Keine Besserung.*

2) 42jähr. Frau. Nicht traumatische Jackson'sche Epilepsie. Eröffnung des Schädels nach W. Wagner: ausgedehnte Geschwulst (Sarkom). Versuch der Exstirpation wegen Blutung abgebrochen. *Krämpfe nicht beeinflusst.*

3) 28jähr. Mann. Traumatische allgemeine Epilepsie. Beseitigung eines mit der Dura verwachsenen Knochensplitters der Tab. interna. *Heilung.*

4) $14^1/_2$jähr. Mädchen. Traumatische allgemeine Epilepsie. Wagner'sche Operation. Einlegen von Protektiv. *Zu kurz beobachtete Besserung.*

Mit Einschluss dieser Beobachtungen hat M. 164 Fälle zusammengestellt: 89 mit *nicht traumatischer Jackson'scher (partieller) Epilepsie;* 52 mit *traumatischer allgemeiner Epilepsie* und 23 mit *nicht traumatischer allgemeiner Epilepsie.*

Durch Zusammenfassen der von Braun und Graf mitgetheilten, etwa seit 1889 in der Literatur bekannt gewordenen Trepanationen bei traumatischer Jackson'scher Epilepsie können wir uns ein Urtheil aus 169 derartigen Fällen bilden. Es ergeben sich 23% Heilungen im weiteren Sinne und 17.8% Besserungen; mit anderen Worten 40.8% Erfolge, denen 59.2% Misserfolge entgegen zu halten sind.

Dem gegenüber stehen die von M. zusammengestellten 164 Fälle, in denen wegen anderweitiger Formen der Epilepsie eine Schädeloperation vorgenommen wurde. In 51 dieser Fälle (31.1%) wird entweder mitgetheilt, dass die Operation erfolglos war in Bezug auf die Krampfanfälle, oder aber es gestattet das Schweigen des Bericht-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/51

erstatters über die weiteren Folgen keinen Schluss auf einen Erfolg. Zu kurze Zeit (weniger als $^1/_2$ Jahr) wurde der Erfolg bei 33 Kranken (20.1%) verfolgt; es lässt sich daher kein abschliessendes Urtheil über den Einfluss der Operation bei ihnen fällen. Als gebessert sind 25 Operirte (15.2%), und zwar 3 vorübergehend und 22 dauernd anzusehen. Als geheilt bezeichnen die Autoren 24 Kranke (14.6%); von diesen wurden 3 über 3 Jahre, ausserdem 13 über 1 Jahr und 8 noch über $^1/_2$ Jahr nachbeobachtet. 31 Kranke erlagen der Operation (18.9%). Es stehen also hierbei 29.8% erfolgreich Operirte 70.2% gegenüber, bei denen die Operation versagte. Bei Vermeidung einiger Doppeltzählungen liegen aus den letzten Jahren insgesammt 327 Fälle von operirter Epilepsie vor. Von diesen Kranken sind als geheilt bezeichnet oder im weiteren Sinne anzusehen 61 = 18.7%; als gebessert durch die Operation 53 = 16.3%; negativen Erfolg hatte diese bei 81 = 24.8%; fraglichen oder zu kurz beobachteten bei 93 = 28.9%; Todesfälle finden sich 39 = 11.9%. Es ergeben sich hieraus mithin im Ganzen 114 = 34.9% Erfolge gegenüber 213 = 65.1% Misserfolgen.

P. Wagner (Leipzig).

139. **Beitrag zur Trepanation bei Epilepsie**; von Dr. Höfer. (Mittheil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. IV. 5. p. 709. 1899.)

Die in der Münchener chirurg. Klinik in den Jahren 1893—1896 *operativ behandelten 10 Epileptiker* scheiden sich in 3 verschiedene Gruppen:

I. 4 Fälle von *Jackson-Epilepsie ohne vorausgegangenes Trauma.* Sämmtliche 4 Kranke, bei denen sich der operative Eingriff lediglich auf eine Freilegung des normal erscheinenden Gehirns beschränkte, blieben *ungeheilt.*

II. 2 Fälle von *traumatischer Jackson-Epilepsie.* Bei dem einen Kranken trat trotz Abmeisselung der gesplitterten Lamina int. keine Heilung ein; der andere Kranke starb an Nachblutung und Gehirncompression.

III. 3 Fälle von *allgemeiner Epilepsie nach Trauma,* denen 1 Fall mit epileptischen Aequivalenten im Anschlusse an ein Trauma anzureihen wäre. Nur in 2 Fällen, darunter dem zuletzt erwähnten, trat eine dauernde wesentliche Besserung ein.

Die Arbeit „bestätigt die schon so vielfach gemachte Erfahrung von den geringen Aussichten, die die *nicht traumatische Jackson-Epilepsie* bei fehlenden grob anatomischen Veränderungen an der Hirnrinde — wenigstens für die einfache Trepanation — bietet und legt deshalb für solche Fälle den Gedanken nahe, das Horsley'sche Verfahren der elektrischen Bestimmung und Excision des primären Krampfcentrums zu versuchen".

„Sie vermehrt zweitens die zahlreiche Casuistik der erfolglos trepanirten *traumatischen Jackson-Epilepsie* um zwei weitere Fälle und liefert bezüglich der *allgemeinen traumatischen Epilepsie* wiederum ein paar Belege für die vielfachen entmuthigenden Erfahrungen, die die Chirurgie bei dieser Form zu verzeichnen hat. Andererseits zeigt sie, dass auch *psychische epileptische Aequivalente nach Trauma* unter Umständen mit Aussicht auf Erfolg der chirurgischen Behandlung unterworfen werden können."

„Hinsichtlich der *Gefahren der Trepanation* liefert unser Material einen werthvollen und gleichzeitig warnenden Beitrag, der beweist, dass die Möglichkeit einer tödtlichen Nachblutung trotz ihres anscheinend relativ seltenen Vorkommens doch sehr zu berücksichtigen ist."

P. Wagner (Leipzig).

140. **Ueber einige Bedingungen operativer Heilung der Epilepsie**; von Th. Kocher. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 57. 1899.)

Nach den gründlichen Untersuchungen von Graf und Braun ist die Zahl über 3 Jahre sicher geheilt gebliebener *Epileptiker* auf 2—4% heruntergegangen. Angesichts dieser ungünstigen Resultate hat sich K. gefragt, ob nicht vielleicht *unsere Operationmethoden einer Verbesserung fähig seien.* Der neueste Schritt zur Verbesserung scheint nach v. Bergmann der zu sein, dass als sicherstes Mittel die *Rindenexcision* gemacht wird, d. h. die Entfernung des makroskopisch unveränderten Centrum, von dem die Entladung ausgeht.

K. hat seit Anfang der 80er Jahre seine Operationen auf Grund einer *Theorie* ausgeführt, die er sich nach eigenen Beobachtungen gebildet hat; er hat dabei 8 Heilungen erzielt, die bedeutend länger als 3 Jahre Bestand gehabt haben. Wenn wir in einer Reihe von Fällen Knochensplitter, Cysten, Narben als Ursachen der Epilepsie gelten lassen, weil ihre Entfernung die Krankheit beseitigt, so giebt es dann noch eine weitere, eben so gut gestützte Ursache der epileptischen Krämpfe, die nicht allgemein bekannt und anerkannt ist, nämlich die *lokal oder allgemein erhöhte intracranielle Spannung.* Wenn man die Resultate vergleicht bei den Trepanationen, wo keine der erstgenannten mechanischen Ursachen gefunden wurde, *ohne und mit Duraspaltung* oder -Excision, so ergiebt sich da eine sehr beträchtliche Differenz: blos 14.2% Heilungen gegen 57.1% Misserfolge *ohne* Duraspaltung; dagegen 54.7% Heilungen gegen blos 9.5% Misserfolge da, wo die Dura gespalten worden ist. Es muss also die *Duraspaltung einen wesentlichen Heilerfolg* haben, der vielleicht auch bei der Excision der Rindencentren die Hauptrolle spielt. *Die Duraspaltung ist in der Hauptsache als eine Ventilbildung aufzufassen, um Druckschwankungen rasch auszugleichen.*

K. hat seine geheilten Kranken und die mit Recidiv einer genauen Prüfung unterzogen und dabei gefunden, *dass die geheilten Epileptiker ein Ventil beibehalten haben,* das sich auf die Dauer bewährt hat.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/52

„Die Verschlussmembran ist vollkommen weich und frei beweglich geblieben, so dass sie bei Druckerniedrigung einsinkt, bei Druckerhöhung sich vorwölbt, während bei den nicht Geheilten und Recidivirten die Schlussöffnung ganz oder zum grossen Theile verschlossen ist, entweder knöchern oder durch so eine stramme Narbenmasse, dass dieselbe Unnachgiebigkeit resultirt, wie bei Knochenverschluss. Die Bedeutung dieser Thatsache wird dadurch erhöht, dass ein ganz ähnliches Resultat sich ergiebt, wenn man Schädeltraumen vergleicht, die mit und ohne Knochen-Duradefekte verlaufen sind."

Nach diesen Erörterungen erscheint es gerathen, bei jeder Operation wegen Epilepsie, auch wenn man das Glück hat, die gewöhnlichen Ursachen traumatischer Epilepsie in Form von Splittern, Narben und Cysten zu finden und beseitigen zu können, auf die von K. nunmehr sichergestellte weitere Ursache Rücksicht zu nehmen und die Operation so einzurichten, dass man auch die *lokale und allgemeine Vermehrung der intracraniellen Spannung* berücksichtigt. P. Wagner (Leipzig).

141. **Beitrag zur Lehre der Schädel-Hirnschüsse aus unmittelbarer Nähe mittelst des Schweizerischen Repetir-Gewehrs Mod. 1889**; von Prof. Kroenlein. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 67. 1899.)

Im Allgemeinen herrscht die Ansicht (und sie stützt sich auf eine grosse Zahl einwandfreier Beobachtungen), dass bei einem Schusse aus unmittelbarer Nähe durch den Schädel aus einem der modernen Gewehre mit ihren Mantelgeschossen eine ausgedehnte Zertrümmerung der Schädelkapsel und eine nicht minder gewaltige Zerstörung der Hirnmasse erfolge, so dass letztere oft nur noch als ein blutiger Hirnbrei und einzelne Hirnfetzen erscheint. Alles das zugegeben, so muss doch hervorgehoben werden, dass nach 2 Richtungen hin diese aus den Leichenexperimenten und der klinischen Beobachtung gewonnene Anschauung eine wesentliche Einschränkung erleiden kann, einmal in morphologischer Beziehung und ferner mit Rücksicht auf die Prognose solcher Schädel-Hirnschüsse. Kr. ist in der Lage, über 4 Fälle von Schädel-Hirnschüssen aus unmittelbarer Nähe berichten zu können, die das Gesagte trefflich illustriren. Die Schussbedingungen waren insofern bei allen 4 Verletzungen dieselben, als stets nur das schweizerische Repetirgewehr Modell 1889 zur Anwendung kam, und der Schuss von den Selbstmördern immer aus nächster Nähe (à bout portant) gegen Schädel und Gehirn abgefeuert wurde. Ohne Ausnahme bestand die Munition aus der schweizerischen Ordonnanzpatrone, die zu dem Repetirgewehr von 7.5 mm Caliber und 600 m Anfangsgeschwindigkeit gehört. Die ganze Patrone wiegt 27.5 g; das Geschoss, aus Hartblei und vorn mit einer vernickelten Stahlkappe gepanzert, wiegt 13.8 g.

1) 32jähr. Mann. Selbstmord. Schuss in die linke Schläfengegend. 2 Fuss vom Kopfe der Leiche entfernt lagen in einem Stücke die beiden Grosshirnhemisphären auf dem Grase, mit der Convexität nach oben; 1 m weiter noch das Kleinhirn, von dem aber nur die eine Hemisphäre vollständig erhalten, die andere dagegen zertrümmert war. Der Schädel war rechts an der Convexität weit aufgerissen, so dass man in die fast völlig leere, nur einige Krusten eingetrockneten Blutes enthaltende Schädelhöhle hineinsehen konnte.

2) 25jähr. Mann. Selbstmordversuch. Einschuss in der linken Schläfengegend, unmittelbar nach oben und aussen von dem linken Auge; Ausschuss in der rechten Schläfengegend. Linkes Auge vollständig zertrümmert. Hirnausfluss aus der Ausschussöffnung. *Heilung.*

Das Ungewöhnliche in diesem Falle ist, dass ein kleincalibriges Stahlkappenprojektil à bout portant abgefeuert, den vorderen Pol des Schädelsphäroids und das Stirnbein perforiren konnte, ohne dass es zu der gewöhnlichen Sprengwirkung kam und ohne dass der Pat. auch nur einen Augenblick das Bewusstsein verlor.

Zwei weitere Beobachtungen zeigen das bekannte Bild ausgedehnter Schädelzersprengung und Hirnzertrümmerung und sind, mit den oben mitgetheilten Fällen verglichen, insofern von Interesse, als sie beweisen, *dass dieselbe Schusswaffe, unter scheinbar sehr ähnlichen Aussenbedingungen, doch ausserordentlich verschiedene Wirkungen am Schädel und Gehirn des lebenden Menschen erzeugen kann, je nach der Lokalisation und der Richtung des Schusskanales.*

In einem Nachtrage theilt Kr. noch einen 5. Fall von *Schädelschussverletzung* mit, der an die an erster Stelle mitgetheilte Beobachtung erinnert.

P. Wagner (Leipzig).

142. **Zur oto-chirurgischen Anatomie des Schläfenbeines**; von Dr. W. Okada. (Arch. f. klin. Chir. LVIII. 4. p. 694. 1899.)

O. hat an 111 Schädeln die *anatomischen Verhältnisse des Schläfenbeines in Bezug auf oto-chirurgische Eingriffe* untersucht. Wir können hier nur einige der wichtigsten praktischen Schlussfolgerungen wiedergeben. Die sogen. *„gefährlichen Schläfenbeine"*, die sich durch die kleine Distanz zwischen dem Sulcus transversus und der äusseren Operationstelle auszeichnen, kommen auf der rechten Seite des Schädels bedeutend häufiger vor, als auf der linken, ferner bedeutend häufiger bei kleinen Warzenfortsätzen (sowohl der Flächendimension, als auch der Aussenweite nach), als bei grösseren Warzenfortsätzen. Am Wesentlichsten aber ist ihre Abhängigkeit von der Beschaffenheit des Warzenfortsatzes, die darin besteht, dass bei den Warzenfortsätzen der sogen. gefährlichen Schläfenbeine das Planum mastoid. mit der Achse des äusseren Gehörganges einen Winkel bildet. Solche gefährliche Warzenfortsätze werden *„Processus mastoideus infantilis"* genannt, weil sie eine grosse Aehnlichkeit mit denen an Kinderschläfenbeinen besitzen, die stets eine kleinere Distanz zwischen der Sulcus und der Operationstelle haben. Man muss also

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/53

ein gefährliches Schläfenbein erwarten: a) wenn eine Operation am rechten Warzenfortsatze stattfindet; b) wenn der Warzenfortsatz sowohl der Flächendimension, als auch der Aussenweite nach sehr klein ist; c) wenn ein Processus mastoideus infantilis vorhanden ist; d) wenn der Kranke jünger als 13 Jahre ist; e) wenn die Spina supra meatum bedeutend medianwärts steht. Endlich ist bei weiblichen Individuen bei der Operation grössere Vorsicht geboten als bei männlichen.

P. Wagner (Leipzig).

143. **Ein Beitrag zur Kenntniss des otitischen Hirnabscesses**; von Dr. W. Merckens. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 1 u. 2. p. 157. 1899.)

Otitische Hirnabscesse sind in den letzten Jahren immer mehr Gegenstand operativer Eingriffe geworden. Körner zählt bereits 92 Operationen auf, von denen 41 tödtlich verliefen. Die immerhin noch hohe Mortalität ist zum grossen Theile bedingt durch die Schwierigkeit der Diagnose, die öfters erst dann, wenn die Zeit für eine Operation bereits verstrichen ist, in manchen Fällen überhaupt nicht, mit Sicherheit gestellt werden kann.

M. theilt aus der Sonnenburg'schen Abtheilung eine Beobachtung mit, bei der eine sichere Diagnose möglich war.

Der 32jähr. Kr. litt seit frühester Jugend aus unbekannter Ursache an linkseitigem Ohrlaufen. Vor 3 Mon. wurden Polypen aus dem linken Ohre entfernt; vor 5 Wochen: Radikaloperation. Seitdem linkseitige Kopfschmerzen; seit 2 Tagen tiefes Koma. Ungleichheit der Pupillen; gekreuzte Parese der Glieder. Sofortige *Operation.* Ausmeisselung eines thalergrossen Knochenstückes oberhalb des linken Gehörganges. Nach Spaltung der Dura und Hirnrinde quoll stinkender Eiter in starkem Strahle hervor. Mit dem Finger kam man in eine gänseeigrosse Abscesshöhle und konnte die obere Fläche der Pyramiden abtasten. Tamponade mit Jodoformgaze. Während der ganzen Operation mussten nach Vornahme der Tracheotomie künstliche Athembewegungen gemacht werden. *Tod* nach 12 Stunden. In dem *Eiter* fanden sich Bacillen, die M. als *Typhusbacillen* anspricht.

P. Wagner (Leipzig).

144. **Krankengeschichten und Heilausgänge nach Resektion und Exstirpation des Ganglion Gasseri. Neuralgie-Recidiv nach Ganglion-Exstirpation**; von Prof. P. L. Friedrich. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 3 u. 4. p. 360. 1899.)

Fr. theilt zunächst folgende 3 Beobachtungen ausführlich mit.

1) 55jähr. Kr. Neuralgie des linken 2. und 3. Astes. Bereits 2mal Operationen bis an die Schädelbasis. *Resektion des Ganglion. Heilung* noch 19 Monate nach der Operation festgestellt.

2) 64jähr. Frau. Neuralgie des ganzen linken Trigeminusgebietes. Die Kr. hat vier extracranielle Voroperationen durchgemacht. *Exstirpation des Ganglion. Recidiv der Neuralgie im ganzen Gebiete des linken Trigeminus.*

3) 76jähr. Frau. Neuralgie des 2. und 3. Astes rechts. Mehrfache Voroperationen. *Resektion des Ganglion Gasseri. Heilung* 18 Monate lang festgestellt.

Fr. bespricht zunächst die verschiedenen Möglichkeiten, wie in dem 2. Falle das *Recidiv* wohl zu erklären sein möchte, und geht dann weiterhin auf die *Blutung bei der Operation* ein. Die Operationen Fr.'s haben gezeigt, dass 1) das Herankommen an das Ganglion sich zu einem geradezu spielend leichten Manöver dann gestaltete, wenn in Folge früherer Unterbindung der Maxillaris int. die Meningea verödet war; 2) dass die Meningea-Blutung im 3. Falle (Ausreissung aus dem Foramen spinosum) einen bedrohlichen Umfang annahm, durch Einführen einer Silbersonde in's Foramen spinos. aber sicher zu stillen war, und dass die Entfernung dieser Sonde am 2. Tage nach der Operation durch die Hautwunde sich ohne jeglichen Zwischenfall vollziehen liess; 3) dass im Falle 2 der nothwendigen Tamponade wegen der venösen Blutungen an der Basis eine Wochen lang anhaltende Oculomotorius-Drucklähmung folgte.

Für zukünftige Operationen möchte Fr. die *präliminare Freilegung der Carotis ext.*, die Fowler bereits empfohlen hat, erneut in Erwägung ziehen.

P. Wagner (Leipzig).

145. **Ueber Nervenregeneration nach Exstirpation des Ganglion Gasseri als Ursache recidivirender Trigeminus-Neuralgie**; von Prof. Garrè. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 379. 1899.)

G. theilt einen Fall von *Trigeminusneuralgie* mit, in dem nach Resektion des 3. Astes an der Schädelbasis ein Recidiv zur Exstirpation des Ganglion Gasseri Veranlassung gab. Als nach circa 3 Jahren die Schmerzen im Gebiete des 3. und 2. Astes wiederkehrten, wurden die schon resecirten Nervenstämme wieder aufgesucht; sie hatten sich regenerirt, und mikroskopisch waren normale Nervenfasern ohne Degeneration nachweisbar.

J. W., 65jähr. Herr mit rechtseitiger Trigeminusneuralgie. Linke Seite blieb ganz frei. Alle folgenden Operationen betrafen ausschliesslich die rechte Seite.

Juli 1890 Resektion des N. mandibularis; Mai 1891 Recidiv. Februar 1892 2. Resektion des N. mandib. an der Schädelbasis (Madelung). Mai 1895 Exstirpation des Gangl. Gasseri, hierauf 1 Jahr schmerzfrei, dann Schmerz im Gebiete des 3. und 2. Astes. August 1896 Aufklappen des Knochenlappens vom Schädel zur Revision des Foramen ovale und rotundum. Dünne (Nerven-?) Fasern entfernt. Foramen ovale mit abgemeisselten Knochenstückchen fest zugestopft. 1½ Jahr schmerzfrei, dann Recidiv.

März 1898 Neurexairese des Nervus infraorbitalis; November 1898 Recidiv im Gebiete des 2. Astes mit Tic convulsif; Wiederholung der Resektion des N. infraorbitalis (nach Wagner), der partiell regenerirt war und mehrere ganz intakte Nervenstämmchen ohne Degeneration aufwies. Wegen andauernder Neuralgie im Gebiete des 3. Astes wurde im December 1898 auch der Mandibularis zum 3. Mal aufgesucht und zum 3. (bez. 4. Mal!) resecirt. Das 6—7 cm lange Nervenstück von normaler Dicke des N. ling. zeigte, nach Marchi gefärbt, im ganzen Verlaufe viele Nervenstämmchen mit regelrechtem Endo- und Perineurium, ohne Degeneration. Vorläufig ist der Pat. schmerzfrei geblieben.

Das aussergewöhnliche Interesse, das der im Vorstehenden geschilderte Fall bietet, liegt in dem Umstande, dass *trotz Resektion des Ganglion Gas-*

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/54

seri der 3. und 2. Ast des Trigeminus, der letztere sogar zweimal, in toto sich regenerirt haben.

Nach unseren bisherigen Kenntnissen von der Nervenphysiologie und -Pathologie ist eine Regeneration ohne Verbindung mit dem Centralorgane undenkbar. Es bleibt also nur die Annahme übrig, dass die Regeneration durch Vermittelung anderer collateralen Nervenbahnen zu Stande gekommen ist, und dass damit das sensible Trigeminuscentrum gewissermaassen auf Umwegen mit der Peripherie sich in Verbindung gesetzt hat.

Thiersch und Horsley hielten es für festgestellt, dass die Neuralgien auf Veränderungen der peripherischen Nerven beruhen, und dafür liefert nach G.'s Ansicht der vorliegende Fall einen neuen wichtigen Beleg. P. Wagner (Leipzig).

146. **Beitrag zur Aktinomykose des Schädelinneren**; von Dr. F. de Quervain. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 3 u. 4. p. 380. 1899.)

Bei einer 38jähr., abgesehen von einer leichten intermittirenden Otorrhöe gesunden Frau, trat unter Fiebererscheinungen heftiger Schmerz hinter dem rechten Auge, dann rechts Trigeminusneuralgie und kurz darauf Abducenslähmung auf. Trepanation des Antrum und Entfernung der cariösen Gehörknöchelchen. Postoperative Facialisparese; kurzdauernde Besserung der Neuralgie. Dann Trigeminusneuralgie beiderseits, Oculomotoriusparese links. Kiefersperre, ohne irgend welche nachweisbare Erkrankung des Kieferskelettes. Dann vorübergehende Besserung, bis Schmerzen im linken Ohre auftraten, begleitet von Schiefhaltung des Kopfes im Sinne eines linken Torticollis. Bald darauf Erscheinen einer derben Schwellung an der linken Halsseite, in der sich der *Aktinomyces* in Reincultur nachweisen liess. Jodkaliumbehandlung. Die mittlerweile auch rechts aufgetretene Schwellung ging daraufhin beiderseits zurück, mit Zurücklassung von Fisteln. Auftreten von Stauungpapille; zunehmende Kachexie; Somnolenz; *Tod.*

Die *Sektion* ergab neben alten aktinomykotischen Veränderungen an der Schädelbasis und am Halse eine *aktinomykotische Meningitis.*

Die *Eintrittspforte* konnte nicht ermittelt werden. Entweder sind die Krankheiterreger durch die Mund- und Rachenhöhle eingedrungen, ohne an der Eintrittspforte eine primäre Läsion zu hinterlassen, oder sie waren, da früher eine Mittelohreiterung bestanden hatte, im Mittelohr latent vorhanden gewesen und in Folge einer Sekretstauung weiter gewandert. In dem Meningitiseiter fanden sich neben dem Aktinomyces spärliche weisse Staphylokokken, die nach de Qu.'s Meinung aber durch Verunreinigung hineingekommen sind. P. Wagner (Leipzig).

147. **Ueber ausgedehnte Blutextravasate am Kopfe, Halse, Nacken und linken Arme, infolge von Compression des Unterleibes**; von Prof. H. Braun. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 5 u. 6. p. 599. 1899.)

Vor Kurzem hat Perthes (Jahrbb. CCLXII. p. 254) eine Mittheilung über ausgedehnte Blutextravasate am Kopfe in Folge von Compression des Thorax gemacht. Hierdurch wurde Br. veranlasst, jetzt noch wegen der grossen Aehnlichkeit der Symptome eine mehr als 20 Jahre alte Beobachtung zu veröffentlichen, bei der bei einem 20jähr. Kranken *durch Compression des Unterleibes neben ausgedehnten Blutaustritten in die Haut des Gesichtes, des Halses, des Nackens und des linken Armes* eine starke Erweiterung der Pupille und eine vorübergehende Albuminurie entstanden waren. Da bei dem Kranken nachweisbar keine Verletzung des Kopfes und keine besonders starke Compression des Thorax stattgefunden hatte, wurden diese Erscheinungen auf die starke Quetschung des Unterleibes bezogen, die momentan eine starke Verschiebung der Baucheingeweide nach oben und eine Hinaufdrängung des Zwerchfelles bewirkt und damit zu einer plötzlichen Rückstauung des Blutes in die klappenlosen Venen des Kopfes und zur Entstehung von Blutungen Anlass gegeben hatte.

In der Literatur hat Br. nur noch 2 ähnliche Beobachtungen von Vogt und Hueter vorgefunden. Nach der Meinung Hueter's könnte man ausser an eine mechanische Entstehung auch noch an eine Quetschung des N. sympathicus in der Bauchhöhle denken, die zu einer Lähmung der Gefässwände im Bereiche des Halssympathicus Veranlassung gegeben hätte. Ob durch eine Compression des Thorax allein ebenfalls die Blutungen eintreten, ist nach der Mittheilung von Perthes zwar wahrscheinlich, jedoch nicht vollkommen sicher; da nach der Art der Verletzung möglicher Weise bei seinem Kranken gleichzeitig auch eine Compression des Unterleibes stattgefunden haben könnte. P. Wagner (Leipzig).

148. **Die Schussverletzungen des Herzbeutels**; von Dr. Eichel. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 1. 1899.)

E. beschränkt sich auf die *Schussverletzungen des Herzbeutels,* die nicht durch Wunden des Herzens complicirt sind, und lässt auch jene Fälle ausser Betracht, die durch eine Verletzung der Organe im Mediastinum post. oder der Bauchhöhle sofort tödtlich geendet haben. Dagegen haben in der Statistik auch Fälle Aufnahme gefunden, in denen die den vorderen Theil des Herzbeutels deckenden Lungenränder mit verletzt waren. Bei den ausserordentlich verschiedenen Verhältnissen, die die vorderen Lungenränder in ihrem Verhalten zum Herzbeutel bieten, mussten sie mit in Betracht gezogen werden.

E. schickt zunächst eine von vielen Abbildungen begleitete *anatomische Beschreibung der in Betracht kommenden Theile* voraus, insbesondere der Lageverhältnisse des Herzbeutels zu den Pleuren und dem Zwerchfell.

Alle Beobachtungen der Literatur hat E. in 3 Rubriken untergebracht: 1) *Dem Verlaufe nach wahrscheinliche Fälle:* 16, bez. 19. 2) *Durch Sektion bestätigte Fälle:* 4. 3) *Durch Operation sicher-*

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/55

gestellte Fälle: 4. Unter diesen letzteren findet sich auch eine eigene Beobachtung E.'s.

Der 18jähr. Kr. schoss sich mit einem 7 mm Revolver gegen die Brust. Im Verlaufe der Beobachtung stellte sich ein Exsudat im Herzbeutel ein, das nach Resektion eines Stückes Brustbein und der angrenzenden Rippenknorpel abgelassen wurde. Die Herzbeutelwunde wurde erweitert und man konnte das Herz in seinem vorliegenden Theile deutlich sehen und mit dem Finger bequem abtasten. Eine Verletzung des Herzens war nicht nachweisbar, eben so wenig war ein Loch an der hinteren Wand des Herzbeutels zu finden. Das Geschoss konnte auch mit Röntgenstrahlen nicht nachgewiesen werden. *Heilung.*

Die *Diagnose* einer Schussverletzung des Herzbeutels lässt sich unter Berücksichtigung des Sitzes der Wunde stellen 1) aus der Vergrösserung der Herzdämpfung; 2) aus dem Ersatze der Herzdämpfung durch eine den Herzgrenzen entsprechende Zone tympanitischen Schalles. Ob mit der Verletzung des Herzbeutels eine Wunde des Herzens verbunden ist, lässt sich durch die perkutorische und auskultatorische Untersuchung nicht bestimmen.

Der *Verlauf* der Schussverletzungen des Herzbeutels hängt im Wesentlichen davon ab, ob mit dem Geschosse Eitererreger in die Wunde gekommen sind oder nicht. In 17 Fällen bestanden *Complikationen* von Seiten der Lungen.

Die *Behandlung* der Herzbeutelschussverletzungen muss im Allgemeinen eine abwartende sein. In dem Frühstadium kann uns nur ein Bluterguss in den Herzbeutel, der so gross ist, dass er das Herz durch Compression an seiner Thätigkeit hindert, zu einem Eingriffe veranlassen. Die einzige Operation, die in Frage kommt, ist bei *starkem perikardialen Exsudate* die breite Eröffnung des Herzbeutels, die *Perikardiotomie.* Es dürfte sich in allen Fällen empfehlen, so zu operiren, dass der Einschuss in die Wunde fällt. Nach der Eröffnung ist die Herzbeutelwunde offen zu erhalten, bis die Sekretion im Herzbeutel zum Normalen zurückkehrt.

Die Complikationen der Herzbeutelschussverletzungen von Seiten der Lungen werden nach den allgemein anerkannten Grundsätzen behandelt. Exsudate werden je nach ihrer Grösse und Beschaffenheit durch Aspiration oder Thorakocentese zu entleeren sein. Bei *Mitbetheiligung der Bauchhöhle* ist diese möglichst frühzeitig zu eröffnen.

P. Wagner (Leipzig).

149. **Ein Beitrag zur Behandlung alter Empyeme mittels ausgedehnter Thorakoplastik**; von Dr. M. Gerulanos. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 550. 1899.)

Es wird ein Fall von tuberkulösem Empyem des linken Thorax mitgetheilt, in dem eine ausgedehnte Thorakoplastik Ausheilung des Empyems und Stillstand des tuberkulösen Processes innerhalb der geschrumpften Lunge zur Folge hatte. Bei einem 28jähr. Kaufmann wurde im April 1896 ein seit ca. 1 Jahre bestehendes Empyem der linken Thoraxseite mittels Rippenresektion operirt. Bei der vollkommenen Schrumpfung der Lunge war auf deren Wiederausdehnung nicht zu hoffen, weshalb 8 Wochen später zur Thorakoplastik geschritten wurde (Prof. Helferich). Es wurde unter Bildung eines vorderen Haut-Muskellappens die linkseitige Brustwand von der 3. bis zur 10. Rippe, in einer Länge der Rippen von 8 cm (3. Rippe) bis 16 cm (10. Rippe) mittels Knochenzange, bez. Bogensäge entfernt, der Haut-Muskellappen an Zwerchfellkuppel, Perikard und Mediastinum angelegt. Der Lappen heilte an, so dass nur in der Tiefe der Achsel, entsprechend der geschrumpften, zurückgebliebenen Lunge, nachträglich eine tuberkulöse Fistel sich bildete, die öfters ausgekratzt werden musste. Der Mann befindet sich jetzt, 3 Jahre nach der Operation, recht wohl. Unter der Haut sieht man das Herz pulsiren, während die ganze Wölbung der linken Thoraxseite fehlt, und die Schulter sammt dem daran hängenden Arme dachförmig weit vorragt.

Aus diesem Falle ist ersichtlich, wie ein so ausgedehnter Eingriff selbst von einem schwächlichen Menschen gut vertragen werden kann. Der Fall gewinnt an Interesse durch die grosse Ausdehnung der resecirten Brustwand, da fast die ganze linke Hälfte des Brustkorbes entfernt worden ist. Die rechte Lunge hat sich allmählich den veränderten Verhältnissen angepasst und besorgt allein die Athmung. Auch das Herz und die grossen Gefässe sind durch den Eingriff nicht benachtheiligt worden, da starke Schwartenbildung sie vor der Luftdruckeinwirkung schützt. Die primäre Lungenerkrankung wurde durch die Operation eher günstig beeinflusst.

P. Wagner (Leipzig).

150. **Peritonäale Verwachsungen nach schweren Bauchquetschungen als Ursache andauernder, schwerer Koliken und hochgradiger Stuhlverstopfung**; von Dr. J. Noack. (Mittheil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. IV. 5. p. 641. 1899.)

Für alle peritonäalen Verwachsungen nach Contusionen sind Läsionen der Serosa von ursächlicher Bedeutung. Liegen 2 Risswunden einander gegenüber und werden sie längere Zeit durch das geronnene Blut und Lymphe aneinander festgehalten, so ist eine feste Vereinigung dieser beiden Wundflächen ohne nennenswerthe Entzündung wohl denkbar. Doch ist diese Art des Entstehens von Verklebungen an so viele Zufälligkeiten gebunden, dass in der Mehrzahl der Fälle die Verwachsungen nach Contusionen auch in entzündlichen Vorgängen im Bereiche der Serosa ihre Ursache haben dürften. Der Grund, warum diese Verwachsungen und Strangbildungen in der Bauchhöhle von dem Praktiker von jeher besonders gefürchtet werden, ist nicht allein in dem Umstande zu suchen, dass sie unter Umständen zu den qualvollsten Leiden gehören, sondern dass sie in der Mehrzahl der Fälle zu Ileus führen; fast 30% aller Ileusfälle lassen sich auf ihre Anwesenheit zurückführen. B. Credé war der erste, der in derartigen Verwachsungen, auch ohne dass ernstere ileusartige Erscheinungen zu einem operativen Eingriffe drängten, die Indikation zur Laparotomie erblickte.

Fälle, in denen ein *vorausgegangenes Trauma in ursächlichen Zusammenhang mit der Adhäsion-*

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/56

bildung gebracht wird, konnte N. nur 2 in der Literatur finden. Bei dieser geringen Zahl derartiger Beobachtungen und bei der praktischen Wichtigkeit, die solche Fälle in Folge der Unfallgesetzgebung und des privaten Versicherungwesens erlangt haben, fühlt sich N. verpflichtet, 4 neue hierher gehörige Fälle mitzutheilen, die er im Dresdener Carolahause beobachten konnte. Bei allen 4 Kranken waren die Laparotomie und die Durchtrennung der Verwachsungen von günstigem Einflusse.

Diagnostische Bemerkungen beschliessen die Arbeit. P. Wagner (Leipzig).

151. **Schwerer Ileus, entstanden durch einen Narbenstrang nach Ovariotomie. Trennung desselben. Genesung**; von Prof. G. Leopold. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 28. 1899.)

Der 36jähr. Kr. war vor 11 Jahren ein bis zum Rippenrande reichendes, multilokuläres, rechtseitiges Kystom entfernt worden. Der sehr breite Stiel wurde in 4 Partien unterbunden und mit dem Thermokauter durchtrennt. Reaktionlose Heilung; 11 Jahre lang Wohlbefinden. Dann plötzlich Auftreten von schwersten *Ileuserscheinungen*. *Laparotomie*. Durchtrennung eines festen Narbenstranges, sowie einer Verlöthung zwischen rechtem Uterushorn und Coecum. Glatte *Genesung*.

Bemerkenswerth in diesem Falle ist 1) das sehr späte Auftreten des Ileus (11 Jahre) nach erfolgter Ovariotomie, 2) die doppelte Abschnürungstelle, nämlich die Brücke zwischen Uterushorn und Beckenwand, und die strangartige Verlöthung und dadurch bedingte Achsendrehung des Coecum, 3) das Durchschlüpfen einer so langen (20 cm langen) Dünndarmschlinge durch die Brücke, 4) der Umstand, dass trotz der 10 Tage lang bestehenden Darmabschnürung Heilung eintrat.

P. Wagner (Leipzig).

152. **Ueber eine typische peritoneale Adhäsion**; von Dr. R. Gersuny. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 102. 1899.)

Die von G. als typisch bezeichnete, in 21 Laparotomiefällen beobachtete *peritonäale Adhäsion* ist eine bandförmige Pseudomembran, die an der Uebergangstelle des Colon descendens in die Flexura sigmoidea quer über das äussere Blatt des Mesocolon verläuft und ziemlich die gleichen Ansatzpunkte hat wie dieses. Die dieser *„Flexuradhäsion“* zugeschriebenen Krankheiterscheinungen sind Schmerzen in der linken unteren Bauchgegend, die meist bei stärkeren Bewegungen des Körpers zunehmen; den Darmentleerungen gehen zuweilen heftige Kolikschmerzen voraus. Nur in 2 Fällen waren die Beschwerden im Anschlusse an eine Perityphlitis entstanden; in anderen Fällen sind gewiss Erkrankungen am weiblichen Genitale als die Ursache anzusehen. Unter den 21 Kranken waren nur 3 männlichen Geschlechts, 18 waren Frauen oder erwachsene Mädchen.

Die *Operation der Flexuradhäsion* ist einfach: nach Durchschneidung des Bandes entfaltet man durch Zug am Darme das Mesocolon ganz und vernäht den Schlitz in seinem lateralen Blatte so, dass nicht wieder eine Verkürzung entsteht. Bei der Nachbehandlung ist lange Ruhe des Darmes zu vermeiden. P. Wagner (Leipzig).

153. **Ueber das Sackdivertikel des Oesophagus und seine chirurgische Behandlung mit vorausgeschickter Gastrostomie**; von Dr. C. Hofmann. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 31. 1899.)

H. berichtet aus der Witzel'schen Abtheilung über 2 Fälle von *Pulsion-* oder richtiger *Sackdivertikel,* in denen nach vorausgeschickter Gastrostomie die Exstirpation des Sackes mit Erfolg vorgenommen wurde. Beide Kranke genasen.

Die Schwierigkeit der Operation liegt nicht auf der technischen Seite, sondern in der Frage der Ernährung und der damit auch in Zusammenhang stehenden Wundinfektion. Da die Naht am Oesophagus durch das Schlucken gefährdet wird, so erscheint es wünschenswerth, die Gastrostomie vorauszuschicken. Ist glatte Heilung eingetreten, so wird man ohne Bedenken vom 14. Tage ab die Ernährung in gewöhnlicher Weise durch den Mund vornehmen können. P. Wagner (Leipzig).

154. **Ein Fall von Gastroenterostomie wegen Stenose des unteren Duodenum**; von Prof. Ledderhose. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 153. 1899.)

Bei einem Verschlusse des Duodenum unterhalb der Einmündungstelle des Duct. choledochus und pancreaticus muss offenbar ein Rückfluss von Galle und Pankreassaft in den Magen zu Stande kommen. In diesen Fällen pflegen der Kräfteverfall und die Austrocknung des Körpers deshalb besonders schnell und stark einzutreten, weil Galle und Pankreassaft nicht zur Verdauung benutzt werden und auch nicht einmal wieder zur Resorption gelangen, vielmehr unbenutzt in den Magen sich ergiessen, dessen Chemismus schwer schädigen und dann durch Erbrechen entleert werden.

Man konnte deshalb von vornherein im Zweifel sein, ob unter solchen Umständen eine *wegen Stenose des unteren Duodenum ausgeführte Gastroenterostomie* wesentlichen Nutzen bringen würde.

L. hat nun vor $1^1/_2$ Jahren bei einem 54jähr. Kranken wegen *tiefsitzender Duodenalstenose* die *Gastroenterostomie* ausgeführt und durch die Operation dauernd alle Beschwerden beseitigt.

L. nimmt an, dass bei dem Pat. auch jetzt noch die Hauptmenge der Galle und des Pankreassaftes durch den Pylorus in den Magen zurückfliesse, bei der normalen Verschlussfähigkeit des Pylorus jedoch nicht continuirlich, sondern nur zeitweise, hauptsächlich wohl gegen Ende der Magenverdauung, so dass diese eine wesentliche Störung nicht erfährt. P. Wagner (Leipzig).

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/57

155. **Demonstration eines Präparates einer 11 Monate nach der Ausführung der Gastroenterostomie entstandenen Perforation des Jejunum**; von Prof. H. Braun. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 157. 1899.)

B. hatte bei einem 25jähr. Manne, der jahrelang an Magenbeschwerden, zuletzt an häufigem Erbrechen, gelitten hatte, am 17. Nov. 1897 die *Gastroenterostomie* nach der Methode von v. Hacker gemacht. Die Heilung kam gut zu Stande und der Pat. klagte in der Folge nur noch zeitweise über Magenbeschwerden. Am 18. Oct. 1898 erkrankte er plötzlich mit den Erscheinungen einer *Perforationperitonitis* und starb 3 Tage darauf. Die *Sektion* ergab ein glattrandiges, wie mit einem Locheisen ausgeschlagenes Geschwür von etwa 1 cm Länge und $^1/_2$ cm Breite, das ca. 1 cm entfernt von der Stelle, an der der Darm mit dem Magen vereinigt war, in der abführenden Schlinge des Jejunum lag und vorn zwischen Magen und Quercolon in die offene Bauchhöhle durchgebrochen war.

Jedenfalls war das *Geschwür* als ein *Ulcus pepticum* aufzufassen und war wahrscheinlich entstanden durch die Einwirkung des Magensaftes auf eine etwas lädirte Partie der Darmschleimhaut; allerdings konnte in dem Verlaufe der Operation keine Ursache für eine derartige Verletzung gefunden werden, da sie in gewöhnlicher Weise ausgeführt und die Heilung reaktionlos verlaufen war.

P. Wagner (Leipzig).

156. **Ein Fall von Darmausschaltung**; von Dr. O. Tubenthal. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 5 u. 6. p. 552. 1899.)

Der folgende Fall dürfte, soweit darüber Veröffentlichungen vorliegen, der 30. Fall von *Darmausschaltung* sein und zugleich derjenige, in dem schätzungsweise das grösste Darmstück (2—3 m!) ohne Nachtheil für den Erkrankten ausgeschaltet wurde.

Bei einem Soldaten hatte sich ein peritonitisches Exsudat mit mehrfacher Fistelbildung entwickelt, und zwar höchstwahrscheinlich in Folge eines Typhus. Die Bauchhöhle war schliesslich durch eine Kloake, die nach den Seiten hin verklebt war, gewissermaassen in zwei für sich abgeschlossene Hälften, eine rechte und linke, getheilt, die nur durch eine intakte Partie oberhalb des Nabels in Verbindung standen. In die Kloake mündete 1) eine grosse Eiterhöhle, 2) eine Darmschlinge, die dem unteren Theile des Jejunum oder dem oberen Ileum angehörte, 3) eine Fistel, die einem tief gelegenen Darmabschnitte angehörte. Eine doppelte Darmresektion war unmöglich, weil die Darmschlingen fest unter einander verklebt waren, die ganze Höhle wie mit Gips ausgegossen war. T. machte deshalb die Ausschaltung des ganzen entsprechenden Dünndarmabschnittes, indem er das obere und untere Dünndarmende vernähte, die beiden Enden des ausgeschalteten Theiles aber in die Bauchwunde einnähte. *Heilung.* Die Belästigung durch die Fistelabsonderung ist ausserordentlich gering.

P. Wagner (Loipzig).

157. **Ueber eine eigenartige Form von Hernia cruralis (praevascularis) im Anschlusse an die unblutige Behandlung angeborener Hüftgelenksverrenkung**; von Prof. A. Narath. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 396. 1899.)

N. beobachtete eine eigenthümliche, bei Kindern auftretende Form von *Hernia cruralis,* die im Laufe der unblutigen Behandlung angeborener Hüftverrenkung entsteht. Diese Hernie kam bisher 6mal zur Beobachtung an 4 Kr. (1mal rechts, 1mal links, 2mal doppelseitig) unter im Ganzen 47 Pat. mit zusammen 65 luxirten Hüften (9.2%). Höchstwahrscheinlich ist hiermit die wirkliche Anzahl noch nicht gegeben, denn eine Reihe von Kranken befindet sich noch in den Gipsverbänden. Die operirten Kinder standen im Alter von 7 bis 11 Jahren. Die beobachteten Cruralhernien zeigten alle denselben Typus. Sie entstehen mit 5—7 cm breiter Basis dicht unter dem Lig. Poupartii, liegen vor Art., Vena und Nerv. cruralis und erstrecken sich mehrere Centimeter nach abwärts. Ihr Umriss ist eigenartig, er gleicht stets mehr oder weniger einem Kreissegmente, dessen Sehne dem Lig. Poupartii entspricht und dessen Bogen sich nach abwärts kehrt. Die Sehne des Bogens, also die Hernienbasis, ist zum Unterschiede von anderen Cruralhernien immer ziemlich breit. Die Hernien sind für gewöhnlich leer oder fast leer und füllen sich nur beim Husten oder Pressen. N. giebt eine durch Abbildungen erläuterte Beschreibung der Topographie dieser prävaskularen Cruralhernie.

Die *Ursache* dieser eigenthümlichen Hernien ist hauptsächlich zu suchen in einer starken Schädigung der einzelnen Theile der Lacuna vasorum in Folge verschiedener mechanischer Insulte bei der unblutigen Behandlung der Hüftverrenkung; dazu gehören der starke Zug am Beine, die starke Abduktion, das Kneten und Drücken der Adduktorenansätze und des Tensor fasciae latae, die Fixation des Beckens bei der eigentlichen Einrenkung, das Emportauchen des Kopfes in inguine, die Näherung der Ansatzstellen des Ileopsoas und Pectineus, die langdauernde Fixation der Hüfte im Gipsverbande. Durch diese Umstände wird eine Zerrung, Verschiebung, Lockerung und Atrophie im Bereiche der Lacuna und Vagina vasorum erzeugt und so die Gelegenheit für das Ausstülpen des Peritonaeum unterhalb des Lig. Poupartii gegeben.

P. Wagner (Leipzig).

158. **Ueber Hernienruptur durch Selbsttaxis**; von Jul. Schnitzler. (Wien. med. Wochenschr. XLIX. 1. 1899.)

Sch. theilt die Krankengeschichte einer 56jähr. Pat. mit, die sich eine seit 3 Wochen bestehende und eines Vormittags irreponibel gewordene rechtseitige Cruralhernie am Abend selbst reponirte, dann unter den Erscheinungen der akuten Peritonitis zur Aufnahme in das Krankenhaus kam und 18 Stunden nach der Reposition des Bruches operirt wurde. Es zeigte sich, dass der gesunde, erst wenige Stunden incarcerirte Darm bei der von der Kr. selbst bewirkten Reposition zerrissen war. Die bohnengrosse Perforationstelle wurde, da die Darmschlinge sonst keinerlei Veränderungen zeigte, genäht; die Bauchhöhle, die das Bild einer diffusen eitrigen Peritonitis zeigte, wurde ausgewaschen und drainirt. Heilung.

Sch. ist der Ansicht, dass nicht eine besonders starke Gewalteinwirkung, sondern in erster Linie gewisse physikalische Bedingungen (nämlich Mangel an Bruchwasser und Compression am centralen Theile der Bruchgeschwulst) für das Zustandekommen der Ruptur verantwortlich zu machen sind.

F. Krumm (Karlsruhe).

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/58

159. **The operative treatment of typhoid perforation of the intestine**; by J. E. Platt. (Lancet Febr. 25. 1899.)

P. ergänzt die Operationstatistik der Laparotomie bei Perforation typhöser Darmgeschwüre durch 3 eigene und 17 in der Literatur niedergelegte Fälle auf 103 Fälle mit 21 Heilungen. Aus der Zusammenstellung geht hervor, dass die Chancen der Operation am besten sind in der Zeit von der 12. bis zur 24. Stunde nach Eintritt der Perforation, also wenn der erste Shock vorbei ist und die Peritonitis noch nicht voll eingesetzt hat. Bei den milden Formen des Typhus sind die Aussichten auf Heilung besser, wie bei den schweren; desgleichen sind die Chancen der Operation besser, wenn die Perforation in einem späteren Stadium des Typhus eintritt. Aber auch bei Perforationen in der 1. bis 3. Typhuswoche wurden Heilungen erzielt. F. Krumm (Karlsruhe).

160. **Ueber Resektion des Colon descendens und Fixation des Colon transversum in den Analring**; von Dr. Herm. Kümmell. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 555. 1899.)

Es kommen in dem Rectum, der Flexur und dem Colon descendens zuweilen pathologische Zustände vor, deren radikale Beseitigung eine ausgedehnte Resektion dieser Darmtheile nothwendig macht. Es handelt sich dabei um solche Erkrankungen, die den ganzen unteren Darmtheil vom Sphinkter aufwärts in mehr oder weniger grosser Ausdehnung ergriffen haben und keine partielle Resektion mit nachfolgender Vereinigung der Darmenden gestatten. Bei diesen hoch hinaufreichenden, sich auf das Colon descendens erstreckenden Resektionen musste man von vornherein wegen der zu befürchtenden ungünstigen Ernährungsverhältnisse des Darms auf eine Gangrän gefasst sein.

K. konnte sich indessen vom Gegentheile überzeugen, indem es ihm gelang, in 2 Fällen sehr ausgedehnte Resektionen von etwa dem halben Dickdarm, Entfernung des Rectum, des S Romanum und des gesammten Colon descendens erfolgreich vorzunehmen.

In dem 1. Falle handelte es sich um ein ca. 25jähr., tuberkulös belastetes Mädchen, bei dem anderweitig wegen tuberkulöser Zerstörung des Rectum dessen Exstirpation vorgenommen worden war. Es bestand vollständige Incontinenz, und es wurde die Pat. zur Beseitigung dieser und der das Rectum umgebenden tuberkulösen Fisteln im Laufe von $^1/_2$ J. mehrfachen operativen Eingriffen unterzogen, ohne Erfolg.

Um eine radikale Heilung anzustreben, wurde die Laparotomie gemacht, das Mesenterium des Rectum, S Romanum und des Colon descendens gelöst und letzteres zwischen oberem und mittlerem Drittel, nachdem es um 100° gedreht war, in den Analring eingenäht. Die Pat. überstand den Eingriff und führt jetzt nach 2 Jahren ein erträgliches Dasein; leidet jedoch unter den Erscheinungen einer Bauchfelltuberkulose, die auch einen operativen Eingriff nothwendig machte, durch zuweilen auftretende kolikartige Schmerzen u. Aehnl.

Günstiger, schon durch die Natur des Leidens, ist der 2. Fall verlaufen. Es handelte sich um eine 53jähr. Pat., der vor 7 Jahren wegen eines angenommenen inoperablen Mastdarmcarcinoms ein Anus praeternat. angelegt worden war; er war im Laufe der Zeit sehr eng geworden und verursachte der Pat. oft sehr viel Beschwerden bei der Stuhlentleerung, so dass sie dringend nach Abhülfe verlangte. Es zeigte sich bei der näheren Untersuchung, dass es sich um eine luetische Rectalerkrankung handelte, die zu einer completen Obliteration des Rectum geführt hatte. Der Versuch, das Rectum von unten zu exstirpiren, misslang; es ergab sich, dass der ganze Darmtheil bis zum Anus praeternaturalis in einen Darmstrang ohne Lumen verwandelt war. Es wurde zur Laparotomie geschritten, das ganze Colon descendens vom Mesocolon abgelöst und dasselbe nach Abtrennung an der Uebergangstelle zum Colon transversum in den Analring eingenäht. Der ulcerative Process reichte noch über den Anus praeternat. hinaus, und erst am Colon transversum war gesunde Schleimhaut vorhanden. Der obliterirte Darmtheil wurde in der Bauchhöhle gelassen. Der in den Analring eingenähte Endtheil des Colon transversum war um 180° gedreht. Die Pat. überstand den Eingriff sehr gut und vermochte den Stuhl zu halten, als durch Anlöthung einer Dünndarmschlinge in das kleine Becken ein akuter Ileus eintrat; dieser wurde durch Laparotomie beseitigt, und die Pat. geheilt mit funktionfähigem Anus nach einiger Zeit entlassen.

Die erwähnten Fälle zeigen, dass es sehr wohl möglich ist, das ganze Colon descendens auszuschalten und das Colon transversum funktionfähig in den Analring einzunähen. Die Länge des Dickdarms, die bei diesem Verfahren ausgeschaltet werden musste, betrug in dem einen Falle circa 40 cm, im zweiten mindestens 70 cm. Auffallend ist bei diesen Beobachtungen, dass die Loslösung der höher gelegenen Dickdarmtheile, des Colon descendens, bez. des Colon transversum, besser ertragen wird und weniger die Gefahr der Gangrän bringt, als das Freilegen der unteren Theile des Rectum und S Romanum. P. Wagner (Leipzig).

161. **Zur Pathogenese und Therapie des Rectumprolapses**; von Dr. K. Ludloff. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 447. 1899.)

Die Untersuchungen, die L. über die *Pathogenese und Therapie des Rectumprolapses* angestellt hat, haben ihn zu folgenden Schlüssen geführt:

Der *Prolapsus recti* und *Prolapsus ani et recti* sind verschiedene Grade desselben Leidens, und zwar in erster Linie Perinaealhernien, deren hintere Bruchsackwand vom Rectum mit gebildet wird. In Folge dessen muss bei ihrer Behandlung auch auf die Herniennatur mehr Rücksicht genommen werden. Die *Resektion des Rectumprolapses* erfüllt diese Indikation nicht ganz. Für den *irreponiblen* und *incarcerirten Prolapsus recti* allerdings kommt allein die Mikulicz'sche *Resektion* in Betracht. Für den *reponiblen Prolaps* dagegen würde es sich empfehlen, zuerst 14 Tage die Thure-Brandt'sche Massage zu versuchen; ist in dieser Zeit keine Besserung nachzuweisen, dann Ausführung der Colopexia anterior; führt auch diese nicht zum Ziele, dann die Resektion nach Mikulicz.

Der *Prolapsus coli invaginati* ist nach den Principien der Darminvagination zu behandeln; bei

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/59

sehr hochsitzender Umschlagstelle Laparotomie mit Barker-Rydygier'scher Operation, bei tiefsitzender Umschlagstelle Mikulicz'sche Resektion.

Der *Prolapsus ani* ist ein Schleimhautektropium und am besten mit Kauterisation zu behandeln oder bei sehr grossem Prolaps nach Treves zu excidiren. Die Rectopexie, die Drehung nach Gersuny, die Silberdrahtmethode sind zu verwerfen. Während der nächsten Wochen nach der Operation muss die Defäkation im Liegen stattfinden. P. Wagner (Leipzig).

162. **Casuistische Beiträge zur Leberchirurgie**; von Dr. A. Lipstein. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 1 u. 2. p. 152. 1899.)

L. theilt aus der Heidelberger chirurg. Klinik 8 Fälle aus dem Gebiete der *Leberchirurgie* mit: *4 Abscesse, 3 Tumoren, 1 Echinococcus.*

Von den *Leberabscessen* war der erste tropischen Ursprungs, der zweite im Anschlusse an eine Cholangitis, der dritte und vierte im Anschlusse an eine Appendicitis entstanden. Trotz Operation trat bei allen 4 Kranken der *Tod* ein.

Bei den zur Resektion gelangten *Lebertumoren* handelte es sich um *Syphilom, Sarkom, Adenom.* Im 1. Falle trat *Genesung* ein; im 2. Falle erfolgte der *Tod* im Anschlusse an die Operation an Peritonitis; im 3. Falle trat 1 Jahr nach der Operation ein *Recidiv* ein. Was die *Blutstillung* bei den Resektionen anlangt, so wurde in den beiden ersten Fällen, in denen es sich um gestielte Tumoren handelte, der Versuch einer Abschnürung mittels elastischer Ligatur unternommen, jedoch beide Male mit Misserfolg, da die Ligaturen sehr bald abglitten. Im letzten Falle gelang der Versuch, die Blutung durch Compression zu stillen, erst nach bedeutendem Blutverlust von circa 1 Pfund. In allen Fällen wurde die Wunde extraperitonaeal versorgt, um sich gegen Nachblutungen, die aber sehr gering ausfielen, zu schützen.

Die günstig ausgegangene Echinokokken-Operation illustrirt vortrefflich die Schwierigkeiten, die sich manchmal in Folge der versteckten Lage der Leber für die Operation ergeben, und die zu umgehen anfänglich nur durch Verlängerung des Schnittes nach abwärts und Resektion zweier Rippenknorpelstücke möglich wurde. Besonderes Interesse aber gewinnt der Fall dadurch, dass der zweite Akt der Operation, der 3 Tage später stattfinden sollte, nämlich die Entfernung des Echinokokkensackes, durch einen unvorhergesehenen Zufall vereitelt wurde. Der Sack war nämlich durch die Punktion inzwischen so stark geschrumpft und die angenähte Stelle so weit nach oben geschoben, dass es nicht gelang, ihn aufzufinden und dass man von jedem weiteren Eingriffe absehen musste.

P. Wagner (Leipzig).

163. **Ueber Papillom der Gallenblase**; von Dr. Ringel. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 161. 1899.)

Eine 47jähr. Frau erkrankte vor 17 Jahren mit heftigen Gallensteinkoliken, die sich in mehr oder minder grossen Pausen beständig wiederholten. Seit 7 Jahren bemerkte sie unter dem rechten Rippenbogen eine cystische Geschwulst, die, in ihrer Grösse anfangs schwankend, schliesslich dauernd Strausseneigrösse behielt. Durch Operation wurde eine *Gallenblasencyste* zu Tage befördert von genannter Grösse, die neben mehreren kirschengrossen Steinen massenhaft Sekret und papillomatöse Gewebefetzen enthielt. *Exstirpation der Gallenblase.* Heilung nach wenigen Wochen. Die Innenwand der Gallenblase zeigte überall papillomatöse Wucherungen, die auf der blossen Schleimhaut aufsassen und nach dem Fundus zu blumenkohlartige Bildungen darstellten. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um polypöse Schleimhautwucherungen handelte, deren Matrix von gefässhaltigem Bindegewebe gebildet wurde. An einer Stelle haben sich drüsenschlauchartige Wucherungen, umgeben von kleinzelliger Infiltration, in die Gallenblasenwand gedrängt und lassen sich hier bis in die Subserosa verfolgen. Die Serosa selbst ist an ihrer Aussenseite überall vollkommen glatt.

Die hier beschriebene Gallenblasenerkrankung bildet in jeder Beziehung ein Analogon zu jenen Geschwulstformen der Harnblase, die unter dem Namen *papillöses Fibrom* oder *Zottenkrebs* bekannt sind. In dem obigen Falle waren jedenfalls die Gallensteine das Primäre.

Die *Prognose* erscheint als günstig, da das radikal entfernte, an sich gutartige Papillom nur an ganz vereinzelten Stellen maligne Degeneration zeigte. P. Wagner (Leipzig).

164. **Zur Frage der operativen Behandlung des Ascites bei Lebercirrhose**; von Dr. Egon Neumann in Berlin. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 26. 1899.)

Die von Talma vorgeschlagene operative Behandlung des Ascites wurde in einem Falle von Lebercirrhose ausgeführt und ein guter Erfolg damit erzielt. Die Operation besteht (bei Voraussetzung funktionfähiger Leberzellen) darin, auf operativem Wege durch Bildung von Adhäsionen dem Blute der Vena portae neue Seitenbahnen zu eröffnen. H. Beschorner (Dresden).

165. **Zur Casuistik der Pankreascysten**; von Dr. Heinrich Keitler. (Wien. med. Wochenschr. XII. 29. 1899.)

Ausführliche Krankengeschichte und genaue Beschreibung des pathologisch-anatomischen Befundes eines Falles von Pankreascyste. Die Kr. wurde durch Operation geheilt. Die Cyste war gestielt, der Stiel, ebenso wie die ganze Cyste erhielt vom Ligamentum hepatogastricum einen serösen Ueberzug und war von Pankreasgewebe gebildet; die Cyste sass dem Schweif des Pankreas auf, und zwar so, dass dieser über einen Theil der Cyste ausgezogen erschien. In diesem Antheil fanden sich zahlreiche, glattwandige, mit speichelartiger, klarer Flüssigkeit gefüllte Cystchen, die theils der grossen Cystenwand innig anhafteten, theils in dem benachbarten Parenchym des Pankreas zerstreut waren. Die pathologisch-anatomische Diagnose wurde auf Cystadenom gestellt. Beschorner (Dresden).

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/60

166. **Die „Heberpunktion" bei Operationen in der Bauchhöhle**; von Dr. C. Lauenstein. (Centr.-Bl. f. Chir. XXVI. 23. 1899.)

Seit Jahren bedient sich L. bei Operationen der Bauchhöhle zur Entleerung von cystischen, Flüssigkeit enthaltenden Geschwülsten der *Heberpunktion.* Dieses ebenso einfache, wie praktische Verfahren, das sich aus einer Combination der Punktion und der Heberwirkung zusammensetzt, besteht darin, dass man den Gummischlauch, mit dem die Hohlnadel, bez. der Trokar verbunden ist, mit Flüssigkeit gefüllt in Bereitschaft hält und die Heberwirkung der Flüssigkeitsäule in dem Augenblicke in Wirkung treten lässt, in dem man die Nadel in die Cyste eingestochen hat.

Am meisten hat L. die Heberpunktion bewährt gefunden bei der intraoperativen Punktion der Ovariencysten und der Gallenblase, sowie bei Magenoperationen an Kranken mit starker Ektasie.

P. Wagner (Leipzig).

167. **Retroperitonaeale Lymphcyste oder Senkungsabscess?** von Dr. H. Strehl. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 1 u. 2. p. 178. 1899.)

Narath hat vor mehreren Jahren einen Fall von *„retroperitonaealer Lymphcyste"* bei einem 22jähr. Mädchen beschrieben (vgl. Jahrbb. CCL. p. 258).

Die über mannsfaustgrosse Geschwulst sass an der Vorderfläche des rechten Oberschenkels, liess sich durch Druck verkleinern und füllte sich beim Husten wieder. Bei der sehr schwierigen Exstirpation zeigte sich, dass die mit den Muskeln innig verwachsene Cyste sich als zweifingerdicker Sack bis an die Querfortsätze der Lendenwirbel erstreckte. Die Innenfläche der Cystenwand bestand aus Granulationengewebe mit Riesenzellen. Die lichtgelbe, stark eiweisshaltige Cystenflüssigkeit enthielt zahlreiche Cholestearinkrystalle.

Einen ganz ähnlichen Fall beschreibt Str. aus der v. Eiselsberg'schen Klinik.

Die überfaustgrosse Geschwulst am linken Oberschenkel wurde punktirt und dabei ein Theil der Cystenwand exstirpirt. Die hellgelbe, stark eiweisshaltige Flüssigkeit enthielt viel Cholestearin; das Granulationengewebe der Cysteninnenwand zeigte neben zahlreichen Riesenzellen reichliche unzweideutige Tuberkel.

In diesem Falle handelte es sich also sicher um einen *tuberkulösen Senkungsabscess mit serösem Inhalte;* wahrscheinlich verdient der Narath'sche Fall dieselbe Erklärung. P. Wagner (Leipzig).

168. **Bericht über die auf der Sonnenburg'schen Abtheilung in den letzten 8 Jahren ausgeführten Urethrotomien**; von Dr. E. Israel. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 3 u. 4. p. 239. 1899.)

Von 1890—98 wurden in der Sonnenburg'schen Abtheilung an 29 Männern und 1 Weibe *Harnröhrenschnitte* ausgeführt. In allen Fällen gaben Verengerungen der Harnröhre die Indikation zur Operation. 24mal handelte es sich um gonorrhoische, 4mal um traumatische, 2mal um Strikturen aus unbekannter Ursache. Bei den 24 *gonorrhoischen Strikturen* wurden 16mal die äussere, 3mal die innere, 2mal die innere und die äussere Urethrotomie ausgeführt; in 3 Fällen endlich musste zum Catheterismus posterior geschritten werden. 4 Kranke starben, 4 verliessen vor beendeter Heilung das Spital. Von den 16 Genesenen konnte bei 6 eine dauernde Heilung festgestellt werden. Von den 4 wegen *traumatischer Striktur* Operirten wurden 3 dauernd geheilt, 1 mit Fistel entlassen. Die beiden *Strikturen aus unbekannter Ursache* wurden durch Operation geheilt; Dauerresultat unbekannt. P. Wagner (Leipzig).

169. **Experimentelle Untersuchungen über Harnblasenruptur**; von Dr. F. Berndt. (Arch. f. klin. Chir. LVIII. 4. p. 815. 1899.)

Zu *experimentellen Untersuchungen über die Harnblasenruptur* wurde B. durch folgende Beobachtung veranlasst.

Ein 7jähr. Mädchen bekam durch Huftritt eine *Blasenruptur.* Bei der *Laparotomie* fand sich der vertikale Riss an der vorderen Blasenwand, unmittelbar am Orificium int. urethrae beginnend, in einer Länge von $1^1/_2$ cm. Naht der Blasenwunde, Naht des Peritonaeum, Tamponade des praevesikalen Raumes mit Jodoformgaze. *Heilung.*

Um die *Entstehung der Blasenruptur* genauer kennen zu lernen, hat B. an 31 Leichen bei gefüllter Blase durch Druck, bez. Schlag auf die Blasengegend eine Blasenruptur hervorgerufen. Der stets vertikal verlaufende Riss sass 21mal extraperitonaeal, 10mal intraperitonaeal. Seine Untersuchungsergebnisse fasst B. in folgenden Sätzen zusammen: 1) Wird bei der gefüllten Harnblase der Innendruck durch eine die Blasenwand treffende stumpfe Gewalt gesteigert, so wird die Blasenwand an der Stelle überdehnt und zerrissen, an der sie im Augenblicke des Unfalls von ihrer Umgebung den geringsten Gegendruck empfängt. 2) Bei der stark gefüllten, die Symphyse weit überragenden Blase sind die oberen und hinteren Partien am meisten gefährdet, weil diese nur den geringen Gegendruck der Därme als Schutz haben. Reisst die Blase an dieser Stelle, so ist die *Ruptur* gewöhnlich *intraperitonaeal.* 3) Bei geringerer Füllung wird die Blase durch eine oberhalb der Symphyse auftreffende Gewalt gewöhnlich in das Becken hineingedrückt. Die einwirkende Gewalt selbst schützt dabei durch ihren auf die Gegend des Blasenscheitels ausgeübten Druck diese Partien gegen Ueberdehnung und Zerreissung. Die gefährdeten Partien sind die dem nachgiebigen Beckenboden anliegenden. Erfolgt die Ruptur hinten, so kann sie noch intraperitonaeal sein (weil das Peritonaeum an der Hinterwand der Blase sehr weit hinabreicht). Erfolgt sie vorn, so ist sie gewöhnlich *extraperitonaeal.*

Die *Hauptsymptome der Blasenruptur* sind heftiger Urindrang, dabei Unmöglichkeit Urin zu lassen, oder spontane Entleerung nur geringer Urinmengen mit Blutbeimischung. Die Blase ist über der Symphyse nicht zu fühlen. Der Kathe-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/61

terismus ist leicht. Der Katheter entleert nur kleine Mengen blutigen Urins. Wir besitzen kein Mittel, um unmittelbar nach der Verletzung einen extraperitonaealen Blasenriss von einem intraperitonaealen zu unterscheiden.

Ueber die *Behandlung der Blasenrisse* spricht sich B. folgendermaassen aus: 1) Die Operation einer Blasenruptur beginnt man zweckmässiger Weise mit der Sectio alta. Dadurch vergewissert man sich am schnellsten und sichersten über Sitz, Art und Anzahl der Risse. 2) Es ist zweckmässig, in jedem Falle die Blasennaht auszuführen, weil man dadurch am besten die Blase gegen eine Infektion von der Wundhöhle aus schützt. 3) Intraperitonaeale Rupturen sind durch Ablösung des Peritonaeum und isolirte Vernähung desselben in extraperitonaeale zu verwandeln. Ist eine Vernähung des Bauchfellrisses wegen bereits eingetretener Peritonitis nicht thunlich, so benutzt man ihn zur Durchführung von Tampons in die Bauchhöhle. 4) Für die Nachbehandlung ist ein ausgedehnter Gebrauch der Jodoform-Gazetamponade zu empfehlen. P. Wagner (Leipzig).

170. **Ein Fall von Blasenektopie mit Spaltbecken**; von Dr. Arthur Foges. (Ztschr. f. Heilkde. XX. 4. p. 245. 1899.)

Ausführlicher Bericht über einen Fall von Hemmungsbildung der weiblichen Blase und des Beckens im Anschlusse an die Krankengeschichte einer 31jähr. Kr., die in das Spital aufgenommen wurde zur Ausführung der Operation, jedoch 5 Tage nach der Operation starb. Der chirurgische Eingriff wurde nach dem von Gersuny modificirten Maydl'schen Verfahren vorgenommen, und zwar wurde 1) das Rectum quer von der Flexura sigmoidea getrennt; hierauf wurden in das Lumen derselben die sammt einem Blasenstücke abgelösten Ureteren implantirt. 2) Die abgetrennte Flexura sigmoidea wurde durch die eröffnete Plica recto-uterina vor die abpräparirte vordere Rectalwand bis in den Sphincter ani gezogen und daselbst durch Nähte fixirt, so dass die aus dem ausgeschalteten Rectumstück geschaffene Blase und der aus dem herabgezogenen Flexurantheil gebildete Mastdarm unter der Wirkung eines gemeinsamen Schliessmuskels standen. Das Becken, dessen nähere Beschreibung und Abbildung als Anhang beigegeben ist, zeigte einen über 7 cm langen Symphysenspalt.

H. Beschorner (Dresden).

171. **Ueber ein Recidiv nach einer wegen Prostatahypertrophie vorgenommenen Castration**; von Dr. Rich. Wolff. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 3 u. 4. p. 338. 1899.)

Die Mittheilung betrifft einen Prostatiker, der lange Zeit in Bethanien beobachtet wurde. Die Erscheinungen einer zu ihrer vollen Höhe entwickelten Prostatahypertrophie wurden durch die Castration behoben. Der Kr. verliess nach mehrmonatiger Behandlung das Krankenhaus und wurde als geheilt betrachtet, weil die Prostataschwellung in der ganzen nächsten Beobachtungzeit immer mehr schwand. Nach mehreren Monaten wurde der Kr. wieder aufgenommen. Es fand sich neben einer Cystitis incomplete Retention, die sich durch Blasenausspülungen und Katheterismus nicht besserte, sondern allmählich zu completer Retention führte. *Tod* an Bronchopneumonie. Die *Sektion* ergab ein *primäres Prostatacarcinom*, das sich in der hypertrophischen Drüse ausgebildet hatte. Das noch gesunde Drüsenparenchym war in Rückbildung begriffen.

Das Recidiv der Prostatahypertrophie ist also durch das erneute Anschwellen der Prostata in Folge der carcinomatösen Infiltration bedingt gewesen. War auch in diesem Falle der Erfolg der Castration nur vorübergehend, so hat doch die Operation den Kranken viele Monate von seinen Beschwerden befreit.

P. Wagner (Leipzig).

172. **A report of twelve cases of prostata hypertrophy benefited by the Bottini operation, with a few comments and suggestions**; by R. Guitéras. (New York med. Record LVI. 5. p. 145. July 1899.)

G. theilt weitere 12 Fälle von *Prostatahypertrophie* mit, in denen er nach der Bottini'schen Methode operirte. Er kann auf Grund seiner Erfolge nur von Neuem bestätigen, dass die Bottini'sche Operation bei verhältnissmässig geringer Gefährlichkeit bei Weitem die besten Erfolge aufzuweisen hat. P. Wagner (Leipzig).

173. **Die Bottini'sche Operation bei der Behandlung der Prostahypertrophie**; von Dr. F. Stockmann. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 22. 23. 1899.)

Die grossen Vorzüge der Bottini'schen *Operation bei Prostatahypertrophie* sind die meist leichte Ausführbarkeit; der Wegfall der Narkose (höchstens Lokalanästhesie); keine Verstümmelung; Beschränkung der Bettruhe auf ein Minimum; die Möglichkeit öfteren Wiederholens des Verfahrens, falls der gewünschte Erfolg ausbleibt.

St. selbst hat 7 Kranke nach Bottini behandelt: 1 geheilt, 4 gebessert, 1 ungeheilt, 1 gestorben. Streng genommen darf aber der Todesfall der Methode als solcher nicht angerechnet werden.

St. hat im Ganzen 229 Bottini'sche Operationen zusammengestellt: 118 Kr. = 51.5% geheilt; 60 = 26.2% gebessert; 32 = 13.9% ungeheilt; 19 = 8.2% gestorben.

P. Wagner (Leipzig).

174. **Sarcoma of the testicle**; by G. M. Kober. (Amer. Journ. of med. Sc. CXVII. 5. p. 535. May 1899.)

K. hat 113 Operationen bei *Hodensarkom* zusammengestellt. 41 Kr. starben innerhalb weniger Tage bis 3 Jahre nach der Operation. Von 37 Kr. ist nichts weiter bekannt, als dass sie die Operation überstanden und gesund entlassen wurden. Von den 35 übrigbleibenden Kranken waren gesund und recidivfrei 18 Kr. 1—12 Monate nach der Operation; 6 Kr. 1—3 Jahre; 10 Kr. 4—15 Jahre nach der Castration. Bei 1 Kr. war 6 Jahre nach der Operation ein Recidiv eingetreten; 7 Monate nach der zweiten Operation war der Kranke noch recidivfrei.

K. empfiehlt in allen Fällen von *Hodensarkom* eine möglichst zeitige und radikale Operation.

P. Wagner (Leipzig).

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/62

175. **Ein Fall von Neuralgia spermatica. Resektion des Nervus lumbo-inguinalis und Nervus spermaticus externus**; von Dr. Julius Donath in Budapest und Dr. Fidelis Hültl. (Wien. klin. Wchnschr. XII. 11. 1899.)

Es handelte sich um einen 23jähr. Mann, der seit seinem 8. Jahre stets an Hemikranie gelitten und vor einigen Jahren eine 4 Wochen dauernde Gonorrhöe und hieran anschliessend eine Hodenentzündung überstanden hatte. Seitdem klagte er über Schmerzen im linken Hoden, die den Samenstrang entlang in die untere Bauchgegend ausstrahlten. Da innerliche Mittel und auch der galvanische Strom keine Besserung brachten, wurde die in der Ueberschrift bezeichnete Operation ausgeführt. Von einer Castration wurde aus verschiedenen Gründen abgesehen. Nach dem operativen Eingriffe blieben die Schmerzen für die Zeit von 3 Monaten aus, kehrten aber nach dieser Zeit in geringer Intensität wieder. Die Operation erzielte demnach eine zweifellose Besserung des Zustandes und hatte den Vortheil, dass die Libido sexualis erhalten blieb, ja sogar gesteigert wurde.

Auch in diesem Falle muss, wie zuerst Valleix betonte, Gonorrhöe als Ursache angenommen werden. Die Frage, ob der Sitz des Leidens ein centraler oder peripherischer ist, kann durch die vorliegende Beobachtung nicht mit Sicherheit beantwortet werden. H. Beschorner (Dresden).

176. **Zur Totalresektion der Diaphyse langer Röhrenknochen bei akuter, infektiöser Osteomyelitis**; von Dr. P. Jottkowitz. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 1 u. 2. p. 213. 1899.)

3jähr. Knabe mit *akuter multipler Osteomyelitis:* rechte Humerusepiphyse; rechtes Femur. Rechts Hüftgelenk verjaucht; Incisionen, Drainage u. s. w. Als sich pyämische Erscheinungen zeigten, resecirte J. den ganzen erkrankten Oberschenkelknochen. Nach 8 Wochen hatte sich von dem zurückgelassenen Perioste aus eine völlige Verknöcherung gebildet, so dass der Kr. 14 Tage später bereits Gehversuche machen konnte. Verkürzung $3^1/_2$ cm. $1^1/_2$ Jahre später nur noch 1 cm Verkürzung; Bein kräftig entwickelt.

Nach J.'s Ansicht ist bei einem diffusen osteomyelitischen Abscesse, der eine ganze Diaphyse eines langen Röhrenknochens vom Periost entblösst hat, zwar nicht die frühzeitige gänzliche Entfernung des Knochens, wie sie Petersen für kleine Röhrenknochen empfohlen hat, wohl aber die rechtzeitige Entfernung, sobald der Verlauf zeigt, dass die Totalnekrose zweifellos eintreten wird, der späteren Sequestrotomie bei ausgebildeter Lade vorzuziehen. P. Wagner (Leipzig).

177. **Ueber Blutergelenke und ihre Behandlung**; von Dr. H. Gocht. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 482. 1899.)

In der Hoffa'schen Klinik wurden 3 Kranke mit *Blutergelenken* behandelt, über die G. ausführlich berichtet, unter gleichzeitiger Anführung der Stammbäume der Bluterfamilien. G. schliesst sich der König'schen Eintheilung an: 1) Das Stadium der ersten Blutung, *Haemarthros der Bluter;* 2) das Stadium der Entzündung, *Panarthritis* im Blutergelenke; 3) das regressive Stadium, das zu bleibender Deformität der Blutergelenke führt, das *contrakte Blutergelenk.* Das 1. Stadium ist natürlich nicht so zu verstehen, als ob es sich dabei nur um einen einzigen Bluterguss handelte. Das Charakteristische dieses Stadium ist vielmehr das, dass die wiederholten Blutergüsse immer prompt resorbirt werden, ohne dass danach irgend äusserlich sichtbare oder durch verminderte Funktion zu erkennende Störungen und Veränderungen zurückbleiben. G. hat bei seinen Kranken eine ganze Reihe mehr oder weniger schwerer Blutungen in's Kniegelenk beobachten können, entweder ohne nachweisbares Trauma, oder direkt im Anschlusse an ein solches. Das Kniegelenk war dann gelegentlich ganz enorm verdickt durch den mächtigen Erguss, der ganz rasch, manchmal in 5 bis 10 Minuten, entstanden war. Das Kniegelenk befand sich bald in leichter Beugestellung, bald auch in Streckstellung, bald bestanden Schmerzen, bald gar keine. Das eine Mal wurde das Gelenk ruhig gehalten, das andere Mal war die Funktion so gut wie nicht gestört.

G. bespricht dann ausführlich die *Diagnose der Blutergelenke,* die namentlich dann ihre Schwierigkeiten haben kann, wenn die Kranken nicht als Bluter bekannt sind. Die Blutergelenke gehören zu den häufigsten Symptomen der Hämophilie; sie treten meist früh, in der Zeit des Gehenlernens hervor. Die Kniegelenke sind ganz besonders dafür beanlangt. Fast ausnahmelos sind an den intraartikulären Blutungen grössere oder geringere Traumen Schuld. Mit zunehmendem Alter nimmt die Disposition zu Gelenkblutungen ab.

Eingehend wird die *Therapie* besprochen. Dabei spielt die *Prophylaxe* eine grosse Rolle. Bei frischen Gelenkblutungen muss man im Allgemeinen das Gelenk ruhig stellen, Compression ausüben, feuchtwarme Umschläge oder Eis appliciren. Mitunter ist auch ein vorsichtiger Gebrauch des befallenen Gelenkes gestattet. Ausserdem muss man für Kräftigung der central vom Gelenke gelegenen Muskeln durch Massage, Elektricität u. s. w. sorgen.

Wiederholen sich die Ergüsse, werden sie nur langsam resorbirt, bildet sich Contrakturstellung aus, so tritt die *orthopädische Behandlung* in den Vordergrund. Punktionen der Gelenke sind möglichst zu vermeiden, ebenso alle gewaltsamen Manipulationen. Ist es bereits zu bleibenden Deformitäten der Gelenke gekommen, so sind einzig und allein Schienenhülsenapparate am Platze, die, gut und exakt gearbeitet, durch allmählichen Zug den Gelenken wieder ihre Stellung verschaffen.

P. Wagner (Leipzig).

178. **Zur Geschichte der Fremdkörper in den Gelenken**; von Prof. König. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 49. 1899.)

Es giebt eine *Gelenkerkrankung,* die nicht sehr häufig, aber dann in der Regel unter eigenartigen Verhältnissen auftritt und verläuft, bis sie zur Bildung lokalisirter beschränkter, schwerer

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/63

Zerstörungen an der Oberfläche des Gelenkes geführt hat, als deren Endresultat die *Bildung freier Körper im Gelenke* bezeichnet werden muss. K. hat diese Krankheit bereits im J. 1887 unter dem Namen *Osteochondritis dissecans* beschrieben. Seit 20 Jahren hat K. *70 Gelenkkörper* beobachtet und operirt, davon 60 in Knie und Ellenbogen. 16mal war Trauma die Ursache, 8mal Arthritis deformans. Es bleiben 36 osteochondritische Körper übrig: 19 im Knie, 17 im Ellenbogengelenke. Das Jünglingsalter ist auffallend bevorzugt.

Klinisch finden sich zunächst vage „rheumatische" Gelenkschmerzen, die sich dann aber bald lokalisiren; hierzu kommt ein eigenthümliches Knacken im Gelenke; öfters entsteht Hydrops. Die Funktionen der Gelenke leiden. In späterer Zeit, wenn der Körper sich löst, kommt es zu den bekannten Erscheinungen der *Gelenkmaus*. Diese Lösung tritt meist nach einem leichten Trauma ein. K. hat bei seinen 36 Kranken 48 Körper beobachtet, von denen 21 noch mehr oder weniger verwachsen, 27 frei waren. Unter diesen 21 Verwachsungen fanden sich 2 sekundäre Kapselverwachsungen. 12 von den verwachsenen Körpern lagen noch mehr oder weniger fest in ihrer Nische, die übrigen waren bereits gestielt. *Anatomisch* kann man in dem Verhalten der Körper zur Gelenkoberfläche 3 Stadien unterscheiden. 1. Stadium. Der Körper sitzt noch vollkommen der Gelenkoberfläche an. Man gewahrt nur in seiner Peripherie einen mehr oder weniger breiten Knorpelspalt. Setzt man einen Meissel, ein Elevatorium ein, so kann man ihn herausheben; das ihn mit der zurückbleibenden Fläche verbindende Bindegewebe zerreisst. 2. Stadium. Der Körper hat sich aus der Oberfläche erhoben und breit gestielt. Granulationengewebe verbindet ihn mit der Oberfläche (Riesenzellen). So wird der Körper allmählich gelöst, die zunächst weiche Oberfläche, von der er sich löst, benarbt bindegewebig, er fällt ab oder geht über in das 3. Stadium. Er hängt durch einen mehr oder weniger dünnen Stiel noch mit der alten Oberfläche zusammen. Hat er sich gelöst, so geht dieses vor sich durch den bekannten dissecirenden Process. Die Körper sind von verschiedener Grösse, nach dem Gelenke hin in der Regel convex, nach dem Knochen concav. Sie bestehen hauptsächlich aus Knorpel, doch hängt in der Regel ein Stück des subchondralen Knochens daran. Ob solche Körper auch verschwinden, wie bei dem Thiere, darüber wissen wir nichts Sicheres, doch ist es sehr wahrscheinlich.

Es ist mit Sicherheit ausgeschlossen, dass sich der Process in einem *Arthritis-deformans-Gelenke* entwickelt; die Kranken behalten nach der Entfernung der Gelenkkörper gesunde Gelenke. Eben so wenig kann von einem *Trauma* die Rede sein; 22 Kranke leugneten jedes Trauma; die übrigen hatten leichte Distorsionen erlitten, als sich der Knorpel löste. Das Trauma spielt aber jedenfalls insofern eine Rolle, als es die Stelle vorbereitet, in der sich die dissecirende Osteochondritis niederlässt. P. Wagner (Leipzig).

179. **Ueber partielle subcutane Zerreissung einer Beugersehne am Vorderarm mit sekundärer Bildung einer ganglionähnlichen Degenerationscyste**; von Dr. Thorn. (Arch. f. klin. Chir. LVIII. 4. p. 918. 1899.)

Ein 20jähr. Kr. war beim Turnen vom Reck herab auf die linke Hand gefallen, und zwar auf die Beugeseite der Finger und Hohlhand, so dass diese stark dorsalwärts flektirt wurden. Es blieb ein Ausfall in der Beugefähigkeit des 2. bis 5. Fingers und des Handgelenkes zurück. Nach ca. 8 Monaten fand sich an der Volarseite des linken Carpalgelenkes, ungefähr in dessen Mitte, etwas aufwärts vom proximalen Rande des Lig. carpi transvers. volare eine fast knochenharte Anschwellung von der Grösse und Form einer halben Pflaume, die unter den Beugersehnen zu liegen schien und sich in gewissem Grade hin und her verschieben liess.

Bei der Operation ergab sich eine *partielle subcutane Zerreissung der Portio II des oberflächlichen Fingerbeugers* unmittelbar oberhalb des Lig. carpi volare. An der Stelle der Ruptur fand sich ein von der bindegewebigen Sehnenumhüllung begrenzter, mit wasserhellem, gelatinösem Inhalte gefüllter Hohlraum. Die Sehne war etwa 4 cm lang aufgefasert, rauh, von unregelmässiger Gestalt und dem Aussehen eines zum Theil aufgedrehten Strickes. Mikroskopisch zeigten sich an dieser Stelle degenerative und regenerative Vorgänge, die von Th. genau beschrieben werden.

Die wichtigsten Ergebnisse seiner Untersuchungen stellt Th. in folgenden Sätzen zusammen: 1) Es kommen traumatische subcutane Rupturen an starken Beugesehnen des Vorderarmes vor. 2) Nach erfolgter Ruptur können an den Sehnenstümpfen degenerative und reparatorische Veränderungen vorgehen, die denjenigen nach offener Durchschneidung der Sehne ähnlich sind. 3) Die reparatorischen Vorgänge an der Rissstelle scheinen eine völlige Spontanheilung herbeiführen zu können. 4) Durch die degenerativen Processe an den Sehnenstümpfen und im peritendinösen Bindegewebe kann es zu einer ganglionähnlichen Cystenbildung um die Rissstelle kommen. P. Wagner (Leipzig).

180. **Zur Gehbehandlung schwerer complicirter Frakturen der unteren Extremität**; von Dr. Wörner. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 320. 1899.)

Bei *schweren Zertrümmerungbrüchen der Beine*, mit ausgedehnten Weichtheilverletzungen, Haut- und Muskelzerreissungen und Splitterung der Knochen kann man erst nach wochenlanger, mühevoller Behandlung an die Gehbehandlung denken; sie ist um so nothwendiger, als vielfach bei den energielosen und geschwächten Kranken keine andere Behandlung die Beweglichkeit der Gelenke so schonend herbeiführt. Da genügen die einfachen Gipsverbände nicht und wir müssen diese mit Gelenken versehen. Hierzu eignen sich nach W.'s Erfahrung am besten die *Schienenhülsenapparate* aus dem von Landerer und Kirsch in die Verbandtechnik eingeführten *Celluloid*. Die Verbände

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/64

werden über einem Gipsabguss angefertigt, sie sind sehr leicht, umfassen das Glied fest und sicher, und drücken nicht. Die Haltbarkeit der Celluloidverbände ist unbegrenzt; Wundsekret hat keinen Einfluss auf sie. P. Wagner (Leipzig).

181. **Zur Ruptur der Art. poplitaea**; von Dr. W. Meyer. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 3 u. 4. p. 356. 1899.)

Bei dem 35jähr. Kr. war durch den Druck eines über das Kniegelenk gehenden Wagenrades neben einer Quetschwunde der Haut eine subcutane, totale, quere *Zerreissung der Art. poplitaea* mit nachfolgender Gangrän des Unterschenkels herbeigeführt worden. *Amputatio femoris; Heilung.*

Die subcutane Ruptur der Art. poplitaea war in diesem Falle ohne Blutgeschwulst und ohne Spannunggefühl in der Kniekehle verlaufen, so dass die Verletzung zunächst nicht erkannt wurde. Als die einzigen Erscheinungen in den ersten 24 Stunden zeigten sich Kälte und Taubheit im Fusse. Da diese Sensibilitätstörungen in sämmtlichen Fällen von den Verletzten hervorgehoben wurden, können sie als ein sicheres und frühes Symptom bei der Diagnose verwerthet werden.

P. Wagner (Leipzig).

182. **Eine neue operative Behandlung der varikösen Unterschenkelgeschwüre**; von Dr. N. Bardescu. (Centr.-Bl. f. Chir. XXVI. 28. 1899.)

Für die *Behandlung der varikösen Unterschenkelgeschwüre* hat B. bereits Ende 1897 die *Nervendehnung* vorgeschlagen; er ging dabei von der Anschauung aus, dass diese Geschwüre als eine *„phlebo-neurotrophische Störung“* angesehen werden könnten.

B. theilt 2 Fälle mit, in denen er die Resektion der V. saphena magna und die Dehnung des Nerven in 2 Sitzungen vorgenommen hat; für spätere Fälle will er die Operationen in *einer* Sitzung vornehmen. B. hat bei seinen beiden Kranken in Folge der Ausdehnung der Geschwüre den N. peron. comm. gedehnt. Natürlich wird jedesmal jener Nerv gewählt werden müssen, der die ergriffene Region beherrscht; für kleinere, oberflächliche, begrenzte Veränderungen wird man die entsprechenden Hautäste berücksichtigen, einen oder mehrere, wie den N. saphenus und den N. peronaeus superficialis. P. Wagner (Leipzig).

183. **Zur Nachbehandlung der Verstauchungen von Hand-, Knie- und Fussgelenk**; von Dr. K. Hasebroek. (Münchn. med. Wochenschr. XLVI. 30. 1899.)

Die Schwere und die Hartnäckigkeit mancher Funktionstörungen nach einer Verletzung stehen oft in keinem Verhältnisse zur Leichtigkeit der primären Verletzung selbst. Die Störungen contrastiren bisweilen ausserordentlich mit dem Mangel eines nennenswerthen objektiven Befundes. Besonders auffallend in dieser Beziehung sind die *Verstauchungen von Hand-, Knie- und Fussgelenk.*

Zweierlei ist es, was man bei der Nachbehandlung dieser Distorsionen zu erstreben hat: 1) die Funktion der Gelenke schmerzfrei zu machen und dadurch die Kraftleistung der an sich ungestörten Muskulatur zu erhöhen; 2) das Gelenk dauernd widerstandsfähig zu machen, dass es selbst grösseren Anforderungen genügen kann, ohne zu „verwricken“. H. beschränkt sich bei diesen Verstauchungen nicht auf die alleinige Behandlung durch Massage und Gymnastik, sondern macht von vornherein gleichzeitig ausgiebigen Gebrauch von Hülfsmitteln, die eine gewisse Fixirung des Gelenkes und Einschränkung der Bewegungen ermöglichen: Ledermanschette für das Handgelenk, Hülsenapparat für das Kniegelenk, Schienenstiefel für das Fussgelenk. P. Wagner (Leipzig).

184. **Ueber habituelle Schulterluxation und ihre Radikaloperation**; von Dr. F. Krumm. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 30. 1899.)

Als wichtigste anatomische Veränderung der *habituellen Schulterluxation,* die sich nahezu in allen Fällen vorfindet, ist die Erweiterung und Erschlaffung der Gelenkkapsel zu nennen, die selbst wieder begleitet und bedingt sein kann durch verschiedene sonstige anatomische Läsionen, wie Zerreissungen der Kapselspanner, Veränderungen an den Gelenkkörpern u. s. w.

Von den *operativen Eingriffen,* die bisher zur Heilung der habituellen Schulterluxation ausgeführt worden sind, nimmt die von Hueter vorgeschlagene *Resektion* den breitesten Raum ein. In Folge der durch die Resektion bedingten Minderbeweglichkeit des Gelenkes wurden in letzterer Zeit *Kapselnaht* und *Faltmethoden* bevorzugt, die bei Verhütung der Reluxation eine völlig freie Beweglichkeit im Schultergelenk gewährleisten. K. hat in einem Falle von habitueller Schulterluxation durch die von Ricard angegebene Falt- und Reffnaht der Kapsel vollkommene Heilung mit vorzüglicher Funktion erzielt. Auf die Eröffnung des Gelenkes darf man zur Feststellung etwaiger Veränderungen an den Gelenkkörpern und wegen der vielleicht nöthig werdenden Entfernung abgesprengter freier oder gestielter Gelenktheile nicht verzichten. Die extrakapsuläre Drainage durch einen Jodoformgazetampon ist für die Bildung einer straffen Narbe in der Tiefe förderlich.

P. Wagner (Leipzig).

185. **Ein Fall von Elephantiasis congenita**; von Dr. M. Mainzer. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 27. 1899.)

M. theilt einen Fall jener ausserordentlich selten vorkommenden Form der *angeborenen Elephantiasis* mit, die sich von dem Bilde der erworbenen Elephantiasis nicht unterscheiden lässt. Sitz der Erkrankung waren bei dem 4jähr. Mädchen namentlich der linke Arm, die beiden Unterschenkel und Füsse, sowie die äusseren Genitalien. Knochenveränderungen nicht nachweisbar; kein Myxödem; innere Organe normal.

In der Familie der Kr. sollen niemals elephantiastische Bildungen beobachtet worden sein. Bemerkenswerth ist

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/65

allerdings, dass die Mutter am linken Oberarme einen über 5-Markstückgrossen Naevus hatte, der mittels Thermokauters beseitigt wurde. P. Wagner (Leipzig).

186. **Beiträge zur Lehre der Skoliose nach Ischias**; von Dr. H. Ehret. (Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. IV. 5. p. 660. 1899.)

Seine Anschauungen über das Zustandekommen der *Verkrümmung der Wirbelsäule bei und nach Ischias,* wie sie E. aus den Untersuchungen an der Leiche und durch klinische Beobachtungen festgestellt hat, fasst er in folgenden Sätzen zusammen: 1) Die Ursache der Verbiegung der Wirbelsäule im lateralen Sinne ist die durch die Ischias bedingte Abduktion des Beines. 2) Die Ursache der Verbiegung der Wirbelsäule in dorso-ventralem Sinne (Lordose, Kyphose, Neigung des Rumpfes nach vorn) ist die durch die Ischias bedingte Flexion des Beines. 3) Die Ursache der Besonderheiten im Sinne der Drehung ist die durch die Ischias bedingte Rotation des Beines nach aussen. 4) Entsprechend diesen drei häufigsten krankhaften Stellungen des Beines ist die heterologe Skoliose die häufigste. Durch Behinderung der compensatorischen Krümmung im dorso-cervikalen Theile kann in manchen Fällen eine homologe Skoliose zu Stande kommen; sie geht, nachdem die behindernden Ursachen gehoben sind, in eine heterologe über. 5) Ob andere seltenere Stellungen des Beines direkt eine homologe Skoliose bedingen können, lässt E. dahingestellt; unwahrscheinlich ist es nicht.

Ist die Skoliose die Folge einer bestimmten, mehr oder weniger unveränderlichen Stellung des Beines gegen das Becken, dann muss die Bekämpfung und die Beseitigung dieser Stellung des Beines zum Becken das beste Mittel sein, um die Skoliose zum Schwinden zu bringen. Je früher es möglich ist, gegen diese Stellung anzukämpfen, um so grösser ist die Möglichkeit für das Gelingen, da die sekundäre Anpassung der Gewebe an die skoliotische Stellung in frühen Zeitpunkten oder die kürzere Gewöhnung nur ein geringes Hinderniss darstellt. P. Wagner (Leipzig).

187. **Beitrag zur offenen Wundbehandlung nach Augenoperationen**; von Dr. O. Walter in Odessa. (Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 3. p. 263. 1899.)

W. berichtet über 52 Operationen, Extraktion der Linse, Iridektomie und Punktion der vorderen Kammer, wobei er keinen Verband, sondern nur das *Praun*'sche Schutzgitter ohne Polsterung auf das operirte Auge legte, und zwar 45mal gleich nach der Operation, einige Male 1—2 Tage später. Eine ungünstige Einwirkung auf die Wundheilung sah W. niemals, glaubt vielmehr, dass die Kammer sich schneller unter dem Gitter als unter der Binde herstelle. Für den Operirten sei das Gitter viel angenehmer. Bei stärkerer iritischer Reizung, bei Blutung in die vordere Kammer zieht W. den alten Verband wegen der Wärme vor. [Ein gut sitzender, leichter Verband ist nicht schädlich, sondern nützlich, dem Kranken nicht unangenehm, sondern bequem. Ref.] Lamhofer (Leipzig.)

188. **Die Blutentziehung und die Revulsion in der Augenheilkunde**; von Dr. Ed. Pergens in Brüssel. (Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXVII. p. 191. Juni 1899.)

Eine recht angenehm zu lesende historische Studie über die Anwendung der Revulsiva, Blutentziehungen, Kauterien, Vesikantien, wie sie von der ältesten bis zur jüngsten Zeit in der Augenheilkunde üblich war, aus der aber hervorgeht, dass der therapeutische Werth all dieser Eingriffe, auf ganz alten falschen Vorstellungen beruht (z. B. das Schröpfen) und gleich Null ist. Ueber die Art der Blutentziehung, ob mittels Heurteloup oder Blutegels, streiten sich bekanntlich auch jetzt noch Augenärzte; Nutzen und Freude haben dabei nur die Hirudines. Lamhofer (Leipzig).

189. **Die subconjunctivalen Injektionen**; von C. Mellinger in Basel. (Ztschr. f. Augenhkde. I. p. 273. 1899.)

Nach der grossen Zahl von Abhandlungen, die in den letzten Jahren über die subconjunctivalen Injektionen erschienen sind und in denen deren Werth bei den verschiedensten Augenkrankheiten, von dem Trachom der Bindehaut an bis zu den Erkrankungen der Aderhaut, laut gepriesen wurde, thut es dem Leser geradezu wohl, eine wirklich objektive Beurtheilung dieser Heilmethode zu lesen.

Bekanntlich hat Rothmund 1866 zuerst von subconjunctivalen Kochsalzinjektionen bei Hornhauttrübungen Gutes berichtet, aber weitere in Aussicht gestellte Mittheilungen unterlassen. Ihm folgten einzelne Autoren, bis durch Darier und andere französische Aerzte in den letzten Jahren diese Injektionen viel verwendet und viel gelobt wurden. Die Zahl deutscher Autoren ist geringer. Wie schon gesagt, wurden die Injektionen bei den verschiedensten Krankheiten angewendet; es wurden auch verschiedene Mittel, wie Strychnin, Jodkalium, salicylsaures Natron, Jodtrichlorid, Chinin und vor Allem Sublimat injicirt. Man stritt lebhaft hin und her, ob überhaupt eine Spur dieser Mittel in das Innere des Auges gelange, man machte auf die Schmerzhaftigkeit der Injektionen, auf die Gefahren der Sublimatinjektionen, auf die Anätzung der Bindehaut und die Verwachsungen und Verödungen der Lymphräume aufmerksam und Gutmann sagt geradezu: „Leider geht es, wie es scheint, mit dieser so hoffnungsvoll angepriesenen neuen Sublimattherapie wie mit manchen anderen bei zu vorzeitiger Publikation nicht gründlich genug geprüften neuen Heilverfahren der letzten Jahre, grosse Hoffnungen werden erweckt, viele Schmerzen werden verursacht, kaum ein Heilerfolg wird erzielt, in nicht wenigen Fällen wird geschadet".

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/66

M., dem wir verschiedene Veröffentlichungen aus der Baseler Augenklinik über die subconjunctivalen Injektionen verdanken, hat auch über die unangenehmen Erfahrungen bei Sublimatinjektionen berichtet und er hat gerade deswegen die Injektion von Kochsalzlösungen festgehalten. Jeder Injektion geht eine Cocainisirung des Auges voraus. Es wird stets eine ganze *Pravaz'*sche Spritze voll einer 2—10proc. Lösung injicirt. Die Wirkung muss als stark lymphtreibend und daher resorptionbefördernd aufgefasst werden, so lange wir nichts Bestimmtes wissen, ob Stoffe aus dem subconjunctivalen Raume in das Innere des Auges gelangen. Lamhofer Leipzig).

190. **Distichiasis congenita hereditaria**; von Dr. C. H. A. Westhoff in Amsterdam. (Centr.-Bl. f. prakt. Augenhkde. XXIII. p. 181. Juni 1899.)

Trichiasis, Einwärtskehrung der Wimpern, und Distichiasis, Wimpern in doppelter Reihe, werden in ihrer Bezeichnung oft verwechselt. Trichiasis kann durch verschiedene Erkrankungen der Lider entstehen, Distichiasis ist sehr selten und wohl stets angeboren. W. fand sie bei einem 8jähr. Kinde; hier war der Zustand angeboren. Ein Bruder des Kindes, die Mutter und ein Onkel litten an dem gleichen Uebel. Lamhofer (Leipzig).

191. **Ueber die Anheilung transplantirter Lippenschleimhaut an die intermarginale Fläche der Augenlidränder**; von E. Rählmann. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXVI. 2. p. 173. 1899.)

R. hat seit 10 Jahren bei mehr als 1000 Kranken die Ueberpflanzung von Lippenschleimhaut auf den Lidrand gemacht mit einem Misserfolge von höchstens 1—2%. Meist waren es Trachomkranke mit verkrümmten Lidern und nach innen stehenden Wimpern. Der erste Theil der Operation besteht darin, dass der intermarginale Lidrand mit den falsch gewachsenen Wimpern durch zwei nach oben convergirende Schnitte entfernt wird. Die so entstehende keilförmige Wundfläche wird glatt gezogen, indem der vordere Lidrand mit etwa noch normalen Wimpern durch eine provisorische Naht hinaufgezogen wird. Auf die Wundfläche wird der Schleimhautlappen gelegt, der aus der Lippe zwischen Uebergangstheil und Zahnfleisch in einer Länge von ungefähr 3—4 cm und einer Breite von 1 cm genommen wurde. Ausser dem Epithel enthält der Lappen nur wenig muköses Gewebe. Der vordere Längsrand des Lappens wird durch einige Nähte mit der vorderen Lidkante vernäht (unter Umständen werden auch die Enden des Lappens in die Wundwinkel befestigt) und klebt gleich nach der Uebertragung ziemlich fest an. Darüber kommt eine Schicht Vaselin und ein leichter Verband für einige Tage. In vielen Fällen hebt sich schon nach einer Woche der Lappen nur durch seine rothe Farbe noch ab, ist aber sonst fest und glatt. In anderen Fällen bestehen durch mehrere Wochen Absonderung, Borkenbildung mit Verkleinerung des Lappens an den Rändern, ohne dass aber eine Abstossung erfolgt. Je nach der Schnelligkeit der Heilung trat auch die Empfindlichkeit in den Lappen wieder auf; manchmal blieb sie einige Monate aus.

Dem verschiedenen klinischen Verhalten entsprach auch eine zweifache Art der Einheilung des Lappens, wie R. durch histologische Untersuchung von Lidrändern, 5 Wochen nach der Operation, feststellen konnte. In den Fällen glatter schneller Heilung besteht eine echte Pfropfung, d. h. die übertragene Lippenschleimhaut ist mit vollständiger Wahrung ihres Charakters unmittelbar und vollkommen eingeheilt. Dabei sind Bindehaut- und Lippenepithel mit haarscharfen Grenzen von einander geschieden. Diese Art der Einheilung kommt bei jüngeren Personen häufiger vor, wie sie auch, sonst allseitig bestritten, bei Larventransplantationen erwiesen ist. Unterstützt wird sie durch die vegetative nahe Verwandtschaft zwischen Lippen- und Lidrandepithel (Uebergangsepithel von Haut zur Schleimhaut). In den Fällen langsamer Heilung tritt unter dem allmählich sich verändernden Epithel unter De- und Regenerationvorgängen eine Umwandlung des überpflanzten Schleimhautstückes ein, wie dies von den gewöhnlichen Hauttransplantationen her bekannt ist.

Die beigegebenen Abbildungen mikroskopischer Präparate zeigen das doppelte Heilverfahren in geradezu überraschend scharfer Weise.

Lamhofer (Leipzig).

192. **Ueber das Vorkommen des Meningococcus intracellularis bei eitrigen Entzündungen der Augenbindehaut**; von Prof. C. Fränkel in Halle a. S. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXI. 2. p. 221. 1899.)

Nach Axenfeld wird die eitrige Bindehautentzündung durch folgende Bakterien bedingt: Gonococcus, Pneumococcus, Bacillus von Koch und Weeks, Diplobacillus von Morax und Axenfeld, seltener Bacillus coli, Diphtheriebacillus und durch eine Art von „intracellulären Diplokokken", die leicht mit Gonokokken verwechselt werden können und daher bei der Untersuchung auf Cultur, Färbung und Entfärbung u. s. w. besonders streng geprüft werden müssen. F. giebt das genaue Verfahren für die Prüfung auf Meningococcus intracellularis an, den er bei 3 Kindern der Augenklinik in Halle fand, und zwar in der an Auf- und Einlagerungen reichen Bindehaut der Lider. Innerhalb der Leukocyten waren grosse Mengen von Meningokokken, die sich auf bluthaltigen Nährböden sofort zur Reincultur entwickelten. Bei einem Kinde waren diese Kokken noch nach fast 2 Monaten in grosser Anzahl leicht nachzuweisen. Bei einem anderen Kinde mit gleichem Krankheitbilde wurden in den beiden ersten Wochen

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/67

nur die mit den spitzen Enden einander zugekehrten lanzettförmigen, kapseltragenden, nach Gram färbbaren Pneumokokken gefunden, an deren Stelle in der 3. Woche nur intracelluläre Meningokokken erschienen. Dieses Kind war in dem gleichen Zimmer, wenn auch sonst vollständig getrennt, mit dem vorher erwähnten Kinde.

Lamhofer (Leipzig).

193. **Ein Fall von Lymphectasia haemorrhagica conjunctivae**; von Dr. Ferd. Zimmermann. (Beitr. z. Augenhkde. XXXVII. p. 19. 1899.)

Diese seltene Erkrankung beobachtete Z. an einer 14jähr., an Schwellung vieler Lymphdrüsen leidenden Kr. der Universität-Augenklinik von Prof. Fuchs. Die Lider des linken Auges waren verdickt, blauroth verfärbt. Bogenförmig um die Hornhaut in einer 11 mm breiten Zone verliefen mehr oder weniger stark roth gefärbte Stränge, nach der Hornhaut zu ein feineres Maschenwerk bildend. In beiden Hornhäuten waren alte Trübungen als Reste häufiger Augenkrankheiten während der ganzen Kindheit vorhanden. Nach wiederholter Ausschneidung von etwa 5 mm breiten Bindehautstreifen verschwanden die rothen Stränge.

Fuchs nimmt nach Analogie des Aneurysma arteriovenosum eine durch irgend ein Trauma entstandene und verbleibende Verbindung zwischen einem Blutgefässe und den durch chronische Bindehautentzündung erweiterten Lymphgefässen zur Erklärung des seltenen Befundes an.

Lamhofer (Leipzig).

194. **Keratosis conjunctivae**; von Dr. M. Mohr und Dr. M. Schein. (Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 3. p. 231. 1898.)

M. u. Sch. schildern als eine bisher noch nicht beschriebene Krankheit eine Verhornung der Bindehaut, die sie bei einem 46jähr. Manne beobachtet haben. Ueber der Hornhaut war in der Ausdehnung eines Quadratcentimeters die Bindehaut in eine weisse starre dünne Platte umgewandelt, die sich auf der Lederhaut leicht verschieben liess. In dem ausgeschnittenen Bindehautstücke bildeten die verhornten Epithelzellen dicht und gleichmässig aneinander gelegte und übereinander geschichtete Zellenlagen, während sie bei der differential-diagnostisch zu berücksichtigenden Xerosis starre, leicht zerreissliche Wülste bilden. Auch sonst waren nicht die bekannten Begleiterscheinungen der Xerosis, wie Ernährungstörung, Hemeralopie u. s. w. vorhanden; auffallend war auch, dass die verhornte Stelle unter dem oberen Lide, nicht in der offenen Lidspalte gelegen war.

Lamhofer (Leipzig).

195. **Zur Diagnose von Endothelerkrankungen der Hornhaut mittels Fluorescin, insbesondere bei beginnender sympathischer Ophthalmie**; von Dr. W. Bihler in Freiburg i. B. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 32. 1899.)

B. träufelte bei verschiedenen Kranken der Freiburger Universität-Augenklinik Fluorescin in das Auge und erhielt deutliche Epithel- und Endothelfärbung. Es waren drei Augen mit frischer parenchymatöser Keratitis, wo die Grünfärbung sehr stark war, ein Auge mit Verbrennung des Epithels, ein Auge mit Glaukom, eines mit akuter Iridocyklitis. Besonders lehrreich war die Färbung in einem Auge eines Kranken, dessen anderes Auge eine schwere Verletzung erlitten hatte. Ausser der bestimmten Klage des Kranken über Blendung auf dem „gesunden Auge“ war nicht das Geringste nachzuweisen, was auf eine sympathische Erkrankung hätte bezogen werden können. Einige Tage nach der Enucleation des verletzten Auges trat in dem anderen Auge keine Grünfärbung mehr auf. Auch bei zwei Augen mit bereits fortgeschrittener sympathischer Iridocyklitis konnte B. starke Grünfärbung bewirken.

Zum Einträufeln wurde eine 5proc. Lösung von Fluorescinkalium (Grübler) mit 1—2proc. Soda benutzt. Nach Abspülen mit Borsäure oder einer 1proc. Lösung von Natr. bicarbon. tritt bei Endothelveränderung die Grünfärbung nach etwa $^1/_2$ Minute auf. Es ist gut, vor dem Fluorescin erst Cocain einzuträufeln, wodurch der Diffusioncoëfficient der Hornhaut für Fluorescin etwa um das Dreifache vergrössert wird.

Lamhofer (Leipzig).

196. **Nouvelles considérations sur le traitement des ulcères infectieux de la cornée**; par A. Bourgeois, Reims. (Ann. d'Oculist. CXXII. 1. p. 55. Juillet 1899.)

Die Behandlung des Ulcus serpens ist nach B. folgende: Feuchter antiseptischer Verband bei kleinen Geschwüren; energische Reinigung der erkrankten Thränenwege, Ausspülung des Bindehautsackes, Sterilisation des Geschwürsgrundes der Hornhaut mit dem roth (nicht weiss) glühenden Thermokauter oder noch besser mit heisser Luft vermittels eines Instrumentes ähnlich dem, das die Zahnärzte bei hohlen Zähnen benutzen, antiseptischer Verband nach Einstäubung von Jodoform. Ist in der vorderen Kammer ein Hypopyon, das mehr als ein Drittel der Kammerhöhe einnimmt, so soll man die Hornhaut punktiren, den Eiter ablassen, die Kammer mit physiologischer Kochsalzlösung ausspülen und etwas von dieser Flüssigkeit in der Kammer zurücklassen. Bei 18 Kranken mit schwerer eitriger Keratitis war der Erfolg dieser Behandlung sehr gut.

Lamhofer (Leipzig).

197. **Beitrag zur Kenntniss degenerativer Processe in Hornhautnarben**; von Dr. A. Birch-Hirschfeld in Leipzig. (Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 2. p. 328. 1899.)

Im Epithel und in der Substantia propria von Hornhäuten mit ausgedehnten alten Trübungen wurden von vielen Untersuchern eigenthümlich homogene stark lichtbrechende Gebilde beschrieben und bald dem Amyloid, bald dem Hyalin, bald dem Colloid zugerechnet. B. untersuchte vier derartige Augen. Danach erklärt er diese Gebilde als hyaline, deren Entstehung früher irrthümlich

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/68

in die Epithelzellen verlegt worden ist. Die Ablagerung ist nicht intra-, sondern intercellulär. Das erste Stadium der Degeneration ist die Ablagerung einer homogenen Substanz in der Hornhaut, die als ein dem Blutfibrin nahe stehendes Hyalin zu bezeichnen ist, das durch Gerinnung einer aus dem Blute stammenden Flüssigkeit unter Mitwirkung eines durch Zellennekrose gebildeten Fermentes entstanden ist; sichel- und tropfenartige Bildungen im Epithel bilden dann das zweite und der Uebergang in mehr oder minder typische Amyloidsubstanz das dritte Stadium.

Die sogen. bandförmige Hornhauttrübung entsteht wie die hyaline Degeneration durch langdauernde Ernährungstörung. In einem von B. untersuchten Auge mit bandförmiger Hornhauttrübung bestand nur hyaline Degeneration; doch giebt B. zu, dass die von anderen Autoren beschriebene Kalkablagerung bei solchen Augen später hinzutreten könne. Lamhofer (Leipzig).

198. **Tatouage de la cornée et ophthalmie sympathique**; par A. Trousseau. (Ann. d'Oculist. CXXI. 3. p. 185. Mars 1899.)

Ein 24jähr. Mann, dessen rechte Hornhaut nach Blennorrhoea neonat. ein Leukom behalten hatte, während das Auge immerhin noch $^1/_{10}$ Sehvermögen besass, bat T. um Tättowirung des weissen Fleckes. T. rieth ihm ab. Der Kr. liess die Operation von einem anderen Arzte vornehmen, kam aber bald darauf wieder zu T. mit schwerer Iridocyklitis auf dem operirten Auge, der sympathische Entzündung des anderen Auges nachfolgte. Trotz aller Bemühung wurde und blieb der Kr. blind.

T. erwähnt noch einen ähnlichen Fall aus den früheren Jahren seiner Praxis, sowie Fälle aus der Praxis von Panas, Giraud-Teulon und anderen Aerzten. Da immer wieder von Zeit zu Zeit ein Kranker, öfter eine Kranke mit Hornhautnarbe einen Augenarzt aufsucht mit der Bitte um Tättowirung der Hornhaut und da den Leuten von Laien und auch von Aerzten gesagt wird, dass sie durch „eine ganz unbedeutende Operation" ihren entstellenden Fleck los werden und auch viel besser sehen lernen werden, so ist es sehr gut, wenn die Gefährlichkeit dieser kosmetischen Operation betont und der so oft eintretende traurige Ausgang geschildert wird. Lamhofer (Leipzig).

199. **Untersuchungen über die Sterilisation der chinesischen Tusche zur Tättowirung der Hornhaut**; von Dr. O. v. Sicherer in München. (Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 1. p. 22. 1899.)

Durch die von A. Hamilton im Münchener hygiein. Institute angestellten Untersuchungen wurde in der chinesischen Tusche ein ganz bestimmter Kapselbacillus nachgewiesen. Wird eine Bouilloncultur davon weissen Mäusen subcutan einverleibt, so gehen diese innerhalb 24 Stunden an Septikämie zu Grunde. S. untersuchte verschiedene feste und flüssige, im Handel befindliche Sorten von Tusche und fand stets den erwähnten Bacillus; in der unechten Tusche war er in grösserer Anzahl. Verletzungen der Hornhaut mit einer Nadel und Impfung von Kapselbacillen in die Wunden bewirkten heftigen Reiz und eitrige Infiltration. Steril gemachte Tusche rief nicht den geringsten Reiz hervor. Zur Sterilisation ist aber nothwendig entweder 1) 30 Minuten lange Einwirkung von 60° oder 2) 15 Minuten lange Einwirkung von 98° oder 3) mehrmaliges Eindampfen der Tusche. Völlige Sterilisation ist ferner durch Trockensterilisation bei 160° zu erreichen; doch besitzt eben nicht jeder Arzt den dazu gehörigen Apparat.
Lamhofer (Leipzig).

200. **Ein Fall von Spontanausstossung eines Zündhütchenstückes aus dem Auge 5 Jahre nach der Verletzung**; von Dr. A. Erb in Basel. (Ztschr. f. Augenhkde. I. p. 449. 1899.)

Ein 9jähr. Knabe warf ein Zündhütchen in den Ofen; bei der Explosion sprang ihm ein Stückchen in das rechte Auge; es durchschlug die Hornhaut und blieb in der Linse stecken. Die darauf folgende starke Entzündung schwand nach 3monatiger klinischer Behandlung. Erst 5 Jahre später stellte sich der Knabe wieder vor. Angeblich soll das Auge hin und wieder etwas entzündet gewesen sein, doch wurde dies nicht beachtet. Jetzt war das Auge wieder stärker entzündet, die Hornhaut ganz trübe, nach unten aussen rothbraun verfärbt und etwas vorgebaucht. Hier lag unmittelbar der Fremdkörper an, der, jedenfalls aseptisch, die lange Zeit über ohne besondere Reizung von der Linse aus nach vorn gedrängt worden war. Er konnte mit der Pincette entfernt werden. Das andere Auge war stets gesund geblieben. Lamhofer (Leipzig).

201. **Orbital cellulitis**; by Dr. F. L. Newman. (Physic. and Surg. XXI. 3. p. 121. March 1889.)

In einem klinischen Vortrage über Entzündung des Orbitagewebes erwähnt N. eines Falles von Orbitaerkrankung mit auffallend raschem und unglücklichem Verlaufe. Ein 7jähr. Mädchen hatte einen anscheinend unbedeutenden Abscess am rechten oberen Lide (Gerstenkorn). Nachmittag holte sich das Kind noch selbst Augenwasser aus der Apotheke. Abends traten Fieber und Schmerzen auf, das Augenlid schwoll stark an. Später trat Exophthalmus des rechten Auges und Chemosis der Bindehaut ein. Die Schwellung ging auch auf das linke obere Lid über. Ein Einstich am Morgen schaffte nur eine ganz geringe Menge Eiter heraus. Das Kind wurde komatös und starb am nächsten Nachmittage nach 24stünd. Krankheit. N. lässt es dahingestellt, ob hier eine primäre Entzündung des Zellengewebes mit Thrombosis der Orbitalvene und Ausbreitung auf den Sinus cavernosus vorlag, oder ob von dem kleinen Abscesse eine eitrige Entzündung der Orbitalvene und daran sich schliessende Phlegmone der Orbita ausging.
Lamhofer (Leipzig).

202. **Pseudotrachom. Exophthalmus. Coloboma maculare**; von Prof. Schmidt-Rimpler in Göttingen. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 25. 26. 1899.)

Schm.-R. stellte in der medicinischen Gesellschaft in Göttingen 3 Kranke vor, einen mit Pseudotrachom, einen mit Exophthalmus in Folge akuter ausgedehnter Orbitalperiostitis, wobei der Augapfel wochenlang vor den Lidern lag und einen mit einem Colobom in der Maculagegend. Das grösste Interesse bietet der erste Kranke. In der Bindehaut des 14jähr. Kr. sassen ein-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/69

zelne Knötchen, die Trachomfollikeln ähnlich waren, und Papillarwucherungen mit tiefen Rinnen. Auch einzelne durchsichtige bläschenähnliche Follikel sassen an der Uebergangsfalte. Die Diagnose Trachom war auszuschliessen. Der Kr. führte das Leiden darauf zurück, dass er beim Dreschen in einer Scheune viel Staub in die Augen bekommen habe. Bei näherer Untersuchung sah man aus den einzelnen Knötchen Härchen hervorragen; beim Streichen über die Bindehaut hatte man das Gefühl, als ob man über eine zarte Bürste strich. Man konnte an das bekannte Pseudotrachom in Folge von Raupenhärchen denken. Allein es waren hier keine Raupenhaare, sondern Pflanzenhärchen vom Getreide oder vielleicht von dem Inneren von Hagebutten (Juckpulver); Genaues liess sich nicht feststellen. Jedenfalls lernen wir hier *eine neue Form von Pseudotrachom* kennen (Raupenhaare, tuberkulöse, syphilitische Erkrankungen), die bisher noch nicht beschrieben ist.

Lamhofer (Leipzig).

203. **Luxation des Augapfels durch Schneuzen**; von Dr. Fr. Schanz in Dresden. (Beitr. z. Augenhkde. XXXIV. p. 33. 1899.)

Ein Glasbläser, der gewohnt war, bei der Arbeit mit vollen Backen zu blasen und dabei sogar die Ohrspeicheldrüsen stark mit Luft aufblies, schneuzte sich stark und es fiel dabei das rechte Auge aus der Augenhöhle. Aus der gleichen Veranlassung geschah dieses auf dem Wege zum Arzte und vor Sch. noch einmal. Sch. erklärt sich den Vorgang so: Durch den hohen Luftdruck in der Nase bewirkte der Mann eine Auftreibung der Nebenhöhlen; an irgend einer Stelle entstand ein Schwund des Knochens der Augenhöhlenwandung, ein weiteres starkes Schneuzen sprengte dort die Schleimhaut, die die Knochenlücke überspannte, und es entstand ein Emphysem der Augenhöhle und dadurch Luxation des Augapfels. Irgend ein Trauma hatte bei dem Manne vorher sicher nicht stattgefunden.

Lamhofer (Leipzig).

204. **A case of atrophy of the optic nerves following hemorrhage from the stomach, with a consideration of the causes of posthemorrhagic blindness**; by Dr. Sam. Theobald. (Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 98. p. 82. May 1899.)

Ein 57jähr. Mann, der angeblich 20 Jahre lang magenleidend gewesen war, bekam innerhalb 48 Stunden wiederholte starke Magenblutungen, wurde und blieb die nächsten Wochen halb bewusstlos, konnte nicht sprechen. Gleich nach der Blutung nahm das Sehvermögen seiner früher guten Augen ab und er wurde nach 2 Wochen blind. Der Zustand besserte sich kurze Zeit, wurde aber bald darauf wieder schlechter und Th. fand bei der Untersuchung nur ein ganz kleines sichelförmiges Gesichtsfeld in der Nähe des Fixirpunktes erhalten. Die Papillen waren blass, die Gefässe der Netzhaut enge, die Papillengrenzen verwaschen.

Nach kritischer Verwerthung der Literaturangaben hält Th. Thrombose der Netzhaut-Centralarterie, seltener der Centralvene für die Hauptursache der Erblindung nach Magenblutung. Manchmal mag Blutung in den Sehnerv und dessen Scheide auch die Veranlassung sein.

Lamhofer (Leipzig).

205. **A propos de deux cas de névrite rétrobulbaire**; par E. Valude. (Ann. d'Oculist. CXXI. 4. p. 247. Avril 1899.)

Ein 43jähr. Rheumatiker bemerkte eines Morgens beim Erwachen, dass er auf dem rechten besseren Auge nicht sehe. Den Abend vorher hatte er stark gefroren, Kopfschmerzen oder andere Beschwerden dabei nicht gehabt. 5 Tage später konnte V. ausser einem grossen absoluten centralen Skotom nichts Anomales nachweisen. In der nächsten Woche wurde das Auge auf Druck empfindlich, ebenso wurden die Bewegungen schmerzhaft. 14 Tage nach dem Anfalle war das Skotom kleiner, aber jetzt war im rechten Auge eine deutliche Neuritis mit Oedem der Papille und Ischämie der Maculagegend festzustellen. Unter Darreichung von Salicyl wurde das Sehvermögen in einigen Wochen wieder ganz normal; mit dem Augenspiegel war kaum eine geringe Verfärbung der Papille zu sehen.

V. macht auf das späte Auftreten der Papillenveränderung und auf die Einseitigkeit der Krankheit aufmerksam, da nach de Wecker gerade das doppelseitige Auftreten für die rheumatische Form der Neuritis retrobulbaris maassgebend sei.

Eine 35jähr. Frau, die mehrere Fehlgeburten durchgemacht hatte, erwachte eines Morgens mit heftigem rechtseitigen Kopfschmerz und Ptosis des rechten Lides. 4 Wochen später bemerkte sie beim Erwachen, dass ihr linkes Auge erblindet sei, und begab sich in V.'s Behandlung. Rechts bestand Ptosis, links sehr stark ausgesprochene Neuritis und Sehvermögen = $^1/_{40}$. Dazu kamen in der nächsten Zeit Blutungen und Exsudate in der Netzhaut, so dass ein Augenspiegelbild wie bei Retinitis albuminurica entstand. Das Sehvermögen erlosch ganz. Antiluetische Behandlung. Nach weiteren 3 Wochen schwanden die Lähmung am rechten Auge und der Kopfschmerz. Links gingen die Blutungen der Netzhaut zurück; der Sehnerv blieb atrophisch. Einige Monate später trat bei der Frau, während sie ihr Kind noch nährte, die Menstruation ein, zugleich aber unter Kopfschmerzen vollständiger Verlust des Geruchssinnes und der Empfindlichkeit der Schleimhaut der Nase und der Bindehaut des Auges (nicht der Hornhaut). Neue antiluetische Behandlung bewirkte keine Veränderung.

V. giebt selbst zu, dass es sich bei dieser Kranken streng genommen nicht um eine Neuritis retrobulbaris, sondern um eine mit cerebraler Erkrankung verbundene Entzündung am Foramen opticum gehandelt habe. Die Periostitis linkerseits mag ein Weniges über die Medianlinie sich ausgebreitet und die N. olfactorii geschädigt haben, während die Ptosis rechts sich als ein zufälliger auf der gleichen allgemeinen syphilitischen Basis beruhender Befund darstellte.

Lamhofer (Leipzig).

206. **Ueber die Fuchs'sche periphere Atrophie des Sehnerven**; von Dr. K. Kiribuchi in Tokio. (Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 1. p. 76. 1899.)

Im Jahre 1885 machte Fuchs auf eine bei allen erwachsenen Menschen vorkommende Atrophie gewisser peripherischer, unmittelbar unter der Piascheide und um die Centralgefässe gelegener Nervenbündel des Sehnerven aufmerksam.

Von Michel wurde diese scheinbare Atrophie als Entwicklunghemmung der Markscheidenbildung erklärt; Wagenmann gab bekannt, dass er diese Atrophie schon bei Kindern gefunden habe. Nach K. liegt gar kein pathologischer Befund vor. Was Fuchs als peripherische atrophische Nervenbündel angesehen hat, ist ein den Sehnerven mantelartig umgebendes normales Gliagewebe, wie es um Gehirn und Rückenmark ist. Am meisten ist es im vordersten Theile des Sehnerven und im intra-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/70

kanalen Theile entwickelt. Es umhüllt auch das Chiasma und die Tractus optici.

Lamhofer (Leipzig).

207. **Ueber endo-oculäre Galvanocausis**; von Prof. van Millingen in Constantinopel. (Centr.-Bl. f. prakt. Augenhkde. XXIII. p. 161. 1899.)

Gegen schwere intraoculäre Infektion lassen oft alle gepriesenen Mittel im Stiche. Von den in der jüngsten Zeit gerühmten Sublimatinjektionen spricht man schon kaum mehr. Dem Wunsche nach antiseptischen Wirkungen steht die neueste Ansicht gegenüber, dass Sterilität die Heilung von Wunden geradezu verzögere. van M. wendete bei drei schweren Augenverletzungen mit beginnender Eiterung und bei einem an grauem Staar Operirten mit Iritis und Hypopyon die Glühschlinge an, indem er sie mehrere Millimeter tief in den Glaskörper ungefähr 3 Sekunden lang senkte. In allen 4 Fällen trat eine geradezu wunderbar schnelle Besserung, bez. Heilung ein. Lamhofer (Leipzig).

208. **Die operative Behandlung hochgradiger Kurzsichtigkeit und ihre Indikationen**; von Prof. H. Schmidt-Rimpler in Göttingen. (Sond.-Abdr. aus d. Therapie d. Gegenwart April 1899.)

Mit einer tabellarischen Uebersicht über 19 wegen Myopie sehr hohen Grades operirte Kranke verbindet Schm.-R. eine ausführliche Besprechung der Indikation der operativen Behandlung der Myopie, des alleinigen Nutzens dieser Methode in der optischen Besserung, und auch der Gefahren der Operation.

Schm.-R. erkennt die operative Methode der Behandlung der Kurzsichtigkeit zwar als dankenswerthen Fortschritt an, legt aber wie Fuchs u. A. zugleich einen grossen Werth auf strenge Fassung der Indikation, damit nicht mehr geschadet als genützt werde. Lamhofer (Leipzig).

209. **Ein Beitrag zur Frage der Myopieoperation**; von Dr. E. Hertel in Jena. (Arch. f. Ophthalm. XLVIII. 2. p. 421. 1899.)

H. macht auf eine Complikation aufmerksam, die an verschiedenen, in der Universität-Augenklinik in Jena operirten jungen Kurzsichtigen nach der Linsenentfernung sich einstellte. Es ist dies eine allmähliche Verschlechterung des nach der Operation festgestellten Sehvermögens, die einerseits auf Bildung starken Nachstaares, andererseits auf Trübung des vorderen Theiles des Glaskörpers beruht. Gerade letzterer Umstand ist sehr zu berücksichtigen, da eine fortdauernde Verdichtung des Glaskörpers die Gefahr einer Netzhautablösung steigert. H. meint, dass deswegen die Ansicht Derer mehr als berechtigt ist, die, bis weitere sichere Erfahrungen vorliegen, die Myopieoperation principiell nur einseitig ausführen.

Lamhofer (Leipzig).

IX. Hygieine und Staatsarzneikunde.

210. **Ueber Akklimatisation in Grossstädten**; von F. Weleminsky. (Arch. f. Hyg. XXXVI. 1. p. 66. 1899.)

Die Frage, ob sich die Bevölkerung in den modernen Grossstädten ohne Zuzug vom Lande erhält, oder ob sie ohne fortwährende Zuwanderung aussterben würde, ist viel umstritten. Durch hygieinische Verbesserungen ist die Sterblichkeit in den Städten bedeutend herabgesetzt, dagegen ist die Frage nach der „Erhaltung der Art", gemessen an dem Ueberschusse der Geburten über die Sterblichkeit, noch durchaus ungeklärt, sie ist auch schwer zu beantworten, da bei der eigenthümlichen Zusammsetzung der grossstädtischen Bevölkerung mit ihrem Uebergewichte der mittleren, lebenskräftigsten Altersklassen die einfachen Ziffern weder für die Mortalität, noch für die Natalität den richtigen Maassstab abgeben. Auf Grund ausführlicher statistischer Darlegungen kommt W. zu dem Schlusse, dass auch gegenwärtig viele Grossstädte thatsächlich eine absterbende Bevölkerung haben, es liegt das vor Allem an der geringen Geburtenziffer, bei anderen Städten auch an der zu hohen Sterblichkeit besonders der Säuglinge. Negativ in Bezug auf das innere Wachsthum sind alle Millionenstädte ausser London, ausser der Bevölkerungzahl kommen für die Verhältnisse im Einzelnen noch die geographische Lage, das Klima und die Wohnungdichtigkeit in Betracht. Bei der Concentration der Bevölkerung in den Grossstädten ist daher ein allmähliches Zurückgehen der Bevölkerungzunahme der Länder wahrscheinlich, allerdings nur unter der Annahme, dass die gegenwärtigen Verhältnisse sich gleichbleiben. Woltemas (Diepholz).

211. **Die Entwickelung der Kindersterblichkeit in den europäischen Staaten**; von Dr. F. Prinzing. (Jahrbb. f. Nationalökon. u. Statistik 3. F. XVII. 1899.)

Eine zusammenfassende Darstellung der Geschichte der Kindersterblichkeit für Europa, ja selbst für Deutschland, fehlte bisher vollständig. Da von einer solchen aber werthvolle Aufschlüsse zu erwarten waren, so füllt die Veröffentlichung Pr.'s eine schwer empfundene Lücke aus. Aus den einleitenden Bemerkungen ist zu entnehmen, dass im Durchschnitte ca. 4% aller Geborenen todt zur Welt kommen; die in den einzelnen Ländern zu beobachtenden Schwankungen sind auf Gesetz und Sitte des Landes zurückzuführen. Als Ursachen für Todtgeburten kommen in Betracht: frühzeitige Heirathen (z. B. in Finland), frühzeitige Geburten, verzögerte Geburten in Folge von engem Becken, Erkrankungen der Eltern (Syphilis, Blei-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/71

vergiftung u. s. w.), hohes Alter der Mutter; namentlich uneheliche Erstgeborene männlichen Geschlechtes kommen besonders häufig todt zur Welt. Die Sterblichkeit der Kinder ist in der Stadt im Allgemeinen geringer als auf dem Lande, mit Ausnahme der Grossstädte (London und besonderer Verhältnisse halber Paris ausgenommen). Rasse und Nationalität haben keinen nachgewiesenen Einfluss. Die Grösse der Geburtziffer beeinflusst die Kindersterblichkeit nicht, eben so wenig kann man sagen, dass eine hohe Kindersterblichkeit dadurch günstig wirke, dass durch sie schwächliche Kinder ausgeschieden werden.

Aus der nun folgenden Statistik geht deutlich hervor, dass den Haupteinfluss auf die Kindersterblichkeit die Ernährung des Kindes hat. Die Sterblichkeit ist am niedrigsten in Ländern, in denen die Kinder von der Mutter (oder von der Amme) gestillt werden (England, ohne die Fabrikbezirke, Schottland, der Westen von Frankreich, Dänemark, Norwegen, Schweden). In Ländern mit grosser Betheiligung der Frauen an der Fabrikarbeit ist die Kindersterblichkeit, da den Kindern die Mutterbrust entzogen wird, sehr gross (z. B. in manchen Distrikten Deutschlands und Englands). Von den europäischen Staaten haben die grösste Kindersterblichkeit Deutschland, Oesterreich und Italien.

Der Verlauf, den die Säuglingsterblichkeit in den einzelnen Theilen Deutschlands nahm, ist ein sehr verschiedener. Ganz allgemein, nur mit Ausnahme des Königreichs Sachsens, ist ein erhebliches Anwachsen in den 50er und 60er Jahren nachzuweisen. In den 60er Jahren tritt aber eine grosse Verschiedenheit zwischen Nord- und Süddeutschland ein, indem in allen Staaten des letzteren die Kindersterblichkeit ihr Maximum erreicht, das in Norddeutschland fast allgemein in die Periode 1871—1875 fällt. Hiervon machen nur die nordöstlichen Provinzen Posen, Ost- und Westpreussen eine Ausnahme, in denen schon seit 1871 eine, wenn auch kleine Abnahme zu bemerken ist. Wenn man allein den Verlauf der Kindersterblichkeit seit 1871—1875 in's Auge fasst, so fällt vor Allem die riesige Abnahme derselben in den süddeutschen Staaten, besonders in Württemberg, auf, die seitdem ohne jede Unterbrechung ihren Fortgang genommen hat. Dasselbe zeigt sich in der Provinz Hessen-Nassau und in Berlin. In den übrigen norddeutschen Staaten folgt zwar der bedeutenden Steigerung 1871—1875 überall schon im nächsten Jahrfünft ein mehr oder weniger grosser Rückgang, dem fast ebenso allgemein in den ungünstigen Jahren 1881—1885 eine kleine Zunahme folgt; im letzten Jahrzehnt dagegen verhalten sich die einzelnen Theile Norddeutschlands sehr verschieden: einerseits steigt die Kindersterblichkeit in den Provinzen Brandenburg, Pommern, Schleswig-Holstein, ferner im Grossherzogthum Mecklenburg in den Jahren 1886—1895 ganz beträchtlich an; in den Provinzen Sachsen und Rheinland ist die Zunahme ebenfalls vorhanden, aber sie ist nur mässig; in anderen Theilen bleibt dagegen die Kindersterblichkeit nahezu gleich (wie im Königreich Sachsen, in den Provinzen Westfalen, Schlesien, Posen, Ost- und Westpreussen), während eine dauernde und beträchtlichere Abnahme, abgesehen von Berlin, nirgends nachzuweisen ist.

In den ausserdeutschen Ländern Europas finden wir eine ausgesprochene Abnahme in der Schweiz, in Holland, Italien, Finland, Schweden und Norwegen. In den übrigen europäischen Staaten sind die Schwankungen gering; meist zeigt sich eine Zunahme in den 50er und 60er Jahren mit nachherigem Rückgange, der in Oesterreich andauerte; in einer Anzahl von Staaten dagegen sehen wir 1886—1895 eine kleine Zunahme, so in Belgien, Grossbritannien und Irland. Frankreich, Dänemark und Russland haben in den letzten 2 Jahrzehnten, von ganz kleinen Schwankungen abgesehen, eine gleichmässige Höhe der Kindersterblichkeit. H. Beschorner (Dresden).

212. **Die Vergleichbarkeit der Sterblichkeitsziffern verschiedener Zeiträume**; von Dr. Fr. Prinzing in Ulm. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXX. 3. p. 416. 1899.)

Pr. sucht durch Anführung von Beispielen zu zeigen, dass man eine Ab- und Zunahme der allgemeinen Sterblichkeit vorsichtig beurtheilen muss. Man muss die Säuglingsmortalität und Geburtziffer zunächst ausschalten und muss bei dem bedeutenden Rückgange der Sterblichkeit der Uebereinjährigen auf die Betheiligung der Todesursachen eingehen. Die Abnahme der Sterblichkeit der Uebereinjährigen, namentlich seit 1870, ist auf die Fortschritte der Hygieine und die sanitätspolizeilichen Maassnahmen, ferner auf die wirthschaftlich günstigere Lage zurückzuführen.

H. Beschorner (Dresden).

213. **Hygieniske undersögelser i Finmarkens fiskevär**; af Yngvar Ustvedt. (Tidsskr. f. d. norske lägeforen. XIX. 19. S. 623. 1899.)

Die Trinkwasserverhältnisse an den Fischereiplätzen in Finmarken sind im Allgemeinen wenig zufriedenstellend, theilweise schlecht. Die Brunnen, die vorhanden sind, entsprechen vielfach nicht den einfachsten Anforderungen der Hygieine, sie sind meist schlecht gegen Verunreinigung geschützt, auch manchmal an Orten mit verunreinigtem Boden angelegt, meist nicht gefasst, sondern einfach in die Erde gegraben und mit Bretern bedeckt, nur manchmal überbaut. An einzelnen Stellen stammt das Wasser aus kleinen Flüssen oder Bächen, die gutes Wasser geben, aber mitunter ist die Leitung schwierig. An manchen Orten, wo sich Leitung von fliessendem Wasser befindet, ziehen die Fischer trotzdem das Wasser der näher gelegenen Brunnen vor, die häufig mitten zwischen den Häusern liegen. Nur an wenigen Orten giebt es Brunneneimer zum

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/72

Schöpfen des Wassers, gewöhnlich nimmt Jeder sein eigenes Gefäss zu diesem Zwecke.

Untersuchungen des Wassers zur Zeit einer grossen Typhusepidemie im Jahre 1896, die im hygieinischen Institut der Universität zu Kristiania vorgenommen wurden, ergaben in allen Proben reichlichen Gehalt an Chloriden, in einer Probe zeigte sich ein Gehalt von 0.173 g NaCl im Liter Wasser, was vielleicht auf einen Zutritt von Seewasser deuten kann; in allen Proben fanden sich Spuren von NH_3. U. fand bei der bakteriologischen Untersuchung in einem Brunnen 8600 Bakterien im ccm Wasser, in einem anderen 6000, in einem 3. unzählige.

Die dringend nöthige Abhülfe dürfte nach U.'s Ansicht am besten durch Wasserleitungen geschafft werden können, die aber an ihrem Ende verzweigt sein und an verschiedenen Stellen Wasserposten haben müssten. In Vardö befindet sich eine Wasserleitung, deren Quellen aber nicht genügend vor Verunreinigung geschützt zu sein scheinen. U. fand bei der Untersuchung des an verschiedenen Posten entnommenen Wassers 6000, 6500 und 6950 Bakterien im Cubikcentimeter. Die Behörden haben allerdings ihre Aufmerksamkeit auf diesen Uebelstand gerichtet, aber, da der Ort auf einer Insel liegt, wo sich andere Wasserquellen als die benutzten nicht finden, müsste man, um eine Besserung herbeiführen zu können, Wasser vom Festland nach der Insel leiten.

Die Wohnungen fand M. oft feucht und kalt, oft ohne Untergrund, nicht den erforderlichen Luftraum für jeden Bewohner bietend, aber die Verhältnisse waren nicht ganz so schlecht, wie man bei so grossem Zusammenfluss von Menschen erwarten sollte, wenigstens nicht so sehr verschieden von anderen Massenquartieren. Die Reinlichkeit lässt manches zu wünschen übrig, aber die Fischer selbst sind schwer dazu zu bringen, die bestehenden hygieinischen Vorschriften zu beachten.

Walter Berger (Leipzig).

214. **Een filter tot ontijzering van drinkwater**; door Dr. H. P. Kapteyn. (Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. II. 3. 1899.)

Zur Entfernung von Eisen aus Trinkwasser hat K. ein Filter construirt, das grosse Mengen von Eisen zu beseitigen im Stande ist, leicht zu reinigen ist und das Wasser rasch durchlässt.

Im Wesentlichen besteht dieses Filter aus 2 Lagen. Die oberste Lage ist 40 cm hoch und besteht aus sehr sorgfältig gewaschenem feinen weissen Sand, der alles lösliche Oxyd zurückhält; darunter befindet sich eine 10 cm hohe Lage, die aus fein gestossenem Graphit aus Gasretorten besteht, um eventuell vorkommende Oxydule zu binden. Darunter befindet sich eine Kieselschicht, die feine Theilchen von Kohle und Sand zurückhält.

Obwohl auch andere Kohlensorten dieselbe Eigenschaft haben, wählte K. nach vergleichenden Versuchen den Graphit, weil dieser das Wasser farbloser durchlässt, als die anderen Kohlensorten.

Mit einem Cylinder von 150 cm Durchmesser lassen sich 2000 Liter in der Stunde filtriren.

Walter Berger (Leipzig).

215. **Ett inlägg i frågan om läkarnes i Finland förtegenhetspligt**; af E. W. Nyberg. (Finska läkaresällsk. handl. XLI. 5. s. 682. 1899.)

Fälle, in denen der Arzt als Zeuge gegen seinen Pat. dienen soll, sind selten, doch hat die Frage, wie der Arzt in solchen Fällen zugleich seiner Pflicht als Staatsbürger zu genügen hat, ohne gegen die Pflicht der Wahrung des ärztlichen Geheimnisses zu verstossen, Interesse. N. theilt deshalb folgende Rechtssache mit, in der er als Zeuge vernommen werden sollte.

Ein verheiratheter Mann, der in Amerika weilte, hatte auf nach Jahr und Tage an ihn ergangene Aufforderung sich nicht wieder eingestellt, weshalb seine Frau sich dem Gesetze gemäss von ihm scheiden liess und mit einem Anderen die Ehe einging. Der 1. Mann kam nun zurück und suchte, um die Ehe, die seine geschiedene Frau eingegangen hatte, ungültig zu machen, nachzuweisen, dass schon vor eingegangener Ehe ein Verhältniss zwischen der geschiedenen Frau und dem 2. Manne bestanden habe, so dass die Frau wegen Ehebruchs belangt werden konnte. Es war bekannt, dass N. die Frau vor ihrer 2. Verheirathung einmal besucht hatte, und man glaubte, dass durch N.'s Aussage über die Krankheit der Frau etwas Klarheit in die Sache kommen könne. N. weigerte sich, gegen seine Pat. zu zeugen und verweigerte den Zeugeneid. Trotz wiederholter Proteste wurde N. aber gezwungen, Zeugniss abzulegen und die Frau wurde verurtheilt.

Durch genauere Ueberlegung und Besprechung mit Fachmännern ist N. später zu der Ueberzeugung gekommen, dass er mit der Weigerung, den Zeugeneid zu leisten, einen Fehler begangen habe. Er meint nun, er hätte den Zeugeneid unweigerlich leisten und auf mit der Forderung der ärztlichen Verschwiegenheit ihn in Widerspruch bringende Fragen unter Hinweis auf seinen Eid als Arzt die Antwort verweigern sollen, er hätte dann zugleich seiner Zeugenpflicht und der durch den ärztlichen Eid von ihm geforderten Pflicht der Verschwiegenheit genügt. N. meint, wenn ein Arzt den Zeugeneid leiste, handle er als Staatsbürger und könne Zeugniss ablegen, über Alles, was er als Privatmann wisse, was ihm aber in seiner Eigenschaft als Arzt anvertraut worden sei, gehöre nicht dazu.

Walter Berger (Leipzig).

216. **Om et tilfälde af ligfödsel**; ved K. J. Figenschau. (Tidsskr. f. d. norske lägeforen. XIX. 16. S. 544. 1899.)

Bei einem Brande war eine Frau mit ihrem 3 Jahre alten Kinde in der Nacht vom 1. bis 2. Juli 1899 in den Flammen umgekommen. Am 4. Juli begannen die Leichen schon in Fäulniss überzugehen, an der Leiche der Frau, an der einzelne Theile der Haut verkohlt waren, traten Gasblasen zwischen den Lippen hervor und der Unterleib war bedeutend aufgetrieben. Am 7. Juli Abends wurden die Leichen von Verwandten besichtigt, ohne dass dabei etwas Auffälliges gefunden wurde. Am 8. Juli früh aber fand man zwischen den Beinen der Leiche ein dem An-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/73

scheine nach etwa ausgetragenes Kind, dessen Nabelstrang mit der mit ausgetriebenen Placenta in Verbindung stand; der Uterus war invertirt und lag ebenfalls zum Theil vor der Vulva, in der Form einer kindskopfgrossen Blase, nach deren Anstechen übelriechendes Gas in grosser Menge austrat. Der Unterleib war noch in hohem Grade durch Gase aufgetrieben. Als möglich ist es anzunehmen, dass im Todesaugenblicke Uteruscontraktionen mit Erweiterung des Muttermundes stattgefunden haben kann, wodurch die spätere Austreibung der Frucht durch die Gase erleichtert wurde.

In Norwegen sind, wie eine Nachschrift zu dieser Mittheilung (von Rs. Hansson) angiebt, vorher 3 Fälle von Leichengeburt bekannt geworden. Den 1. hat Distriktsarzt C. A. Schjelderup aus dem ärztlichen Distrikt Trondenäs (Medicinalbericht für 1871) mitgetheilt, er betraf eine unentbunden gestorbene Frau, nach deren Tod das Kind angeblich ausgetrieben wurde. — Der 2. Fall ist von Kommunearzt B. Lange in Aasnäs (Forhandl. i det norske med. Selsk. 1880. S. 233) mitgetheilt, der 3. von Prof. Schönberg (Forhandl. 1893. S. 92). Walter Berger (Leipzig).

217. **Casuistische Mittheilungen über pellagröse Geistesstörungen**; von Fr. Mayer. (Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XVIII. 1. p. 66. 1899.)

In der Irrenanstalt von Czernowitz beobachtete M. seit dem Jahre 1894 43 Pellagrakranke mit Geistesstörungen, allen Fällen war der Charakter der Melancholie gemeinsam, oft gepaart mit hallucinatorischem Wahnsinn und raptusartigen Angstanfällen. Diese Geistesstörungen treten anfangs, wie überhaupt die ganze Krankheit, periodisch auf und verschwinden mit dem Zurückgehen der anderen Symptome, woraus sich bei forensischer Begutachtung oft Schwierigkeiten ergeben.

Die mitgetheilten Fälle sind folgende.

1) Ein Bauer hatte seine Frau ohne irgend welches Motiv erschossen. Nach längerer Untersuchunghaft kam er zur Beobachtung in die Irrenanstalt, Zeichen einer Geistesstörung wurden nicht nachgewiesen, wohl aber solche eines abgelaufenen Pellagraanfalles und es wurde angenommen, dass die That in einem psychopathischen Anfalle begangen worden war.

2) Ein Bauer hatte seiner 1½jähr. Tochter mit einer scharfen Hacke den Hals durchtrennt. Er litt an vorgeschrittener Pellagra, ausgesprochener Melancholie, bedeutender Abschwächung der Intelligenz, war ohne Erinnerung an die That, hatte sich schon häufig tagelang bei tiefer Bewusstseinstörung und nachherigem Erinnerungdefekt umhergetrieben. Es wurde angenommen, dass er den Mord in einem derartigen Dämmerzustande begangen hatte.

3) Ein wegen Majestätsbeleidigung angeklagter Schwachsinniger litt an leichter Pellagra. Als Folge der Pellagra tritt ausgesprochener Schwachsinn erst in ihrem Endstadium auf, gleichzeitig mit körperlichem Verfall. Da ein solcher bei dem Untersuchten nicht bestand, war der Schwachsinn nicht als pellagröse Erscheinung aufzufassen; es liess sich auch anamnestisch nachweisen, dass er seit jeher bestanden hatte.

Woltemas (Diepholz).

218. **De l'hypertrophie du thymus considérée comme obstacle à l'établissement de la respiration chez le nouveau-né**; par E. Perrin de la Touche. (Ann. d'Hyg. publ. etc. 3. S. XL. 6. p. 557. Déc. 1898.)

Bei einem todt aufgefundenen reifen Neugeborenen fand Vf. eine Thymus von 5 cm Höhe, 5 cm Breite, 2 cm Dicke, 17 g Gewicht. Die Lungen enthielten keine Luft, Spuren von Gewalt fanden sich nicht. Die Mutter gab an, das Kind habe sich nach der Geburt bewegt, aber nicht geschrien. Vf. hält es für wahrscheinlich, dass die Athembewegungen wegen der vergrösserten Thymus ausgeblieben sind. Woltemas (Diepholz).

219. **Ueber eine Methode zum chemischen Nachweis von Kohlenoxydblut**; von Prof. Ipsen. (Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XVIII. 1. p. 46. 1899.)

Die meisten der zahlreichen chemischen Methoden zum Nachweise von CO im Blute verwerthen die charakteristische Beeinflussung des CO-freien Blutes durch Reduktionmittel, bei dem von Ip. angegebenen Verfahren werden die reducirenden Eigenschaften des Traubenzuckers benutzt. Von dem verdächtigen und von gewöhnlichem, zur Probe dienendem Blute gelangen je 4—5, bei ausreichenden Blutmengen je 10 ccm in 2 Reagenzröhrchen von annähernd gleichem Querschnitte, zu beiden Flüssigkeiten werden einige Tropfen Alkalilauge bis zur schwach alkalischen Reaktion und eine kleine Messerspitze fein pulverisirten Traubenzuckers hinzugesetzt. Die Oeffnungen der Röhrchen werden mit einem Pfropfen gewöhnlicher, nicht entfetteter Watte fest verschlossen, der Pfropfen wird etwas in das Glas hineingeschoben und durch Aufgiessen von verflüssigtem Paraffin der luftdichte Abschluss vervollständigt. Nach dem Erstarren des Paraffins werden die Röhrchen gehörig durchgeschüttelt und hierauf an einem kühlen Orte aufbewahrt. Nach 4—5 Stunden ist das CO-Blut intensiv lichtkirschroth, das gewöhnliche Blut dunkelschwarzroth, die Farbendifferenzen werden im Laufe des ersten Tages noch prägnanter und erhalten sich, wenn auch nicht in derselben Lebhaftigkeit, Monate lang, besonders deutlich werden sie beim Schütteln an dem auftretenden Schaume sichtbar. Nähert man die geschlossenen Röhrchen vorsichtig der Horizontalen und betrachtet beim Aufrichten derselben das an der Wandung zurückfliessende Blut, so zeigt sich in der dünnen Schicht ein Farbenunterschied noch dann, wenn dem Blute nur 10—8% CO-Blut beigemischt sind; es erscheint dann lichtroth, gewöhnliches Blut deutlich violett. Der chemische Vorgang besteht darin, dass in dem gewöhnlichen Blute das Sauerstoffhämoglobin zu Hämoglobin reducirt wird, während das CO-Hämoglobin unverändert bleibt.

Woltemas (Diepholz).

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/74

B. Originalabhandlungen
und
Uebersichten.

VI. Bericht über die neueren Leistungen auf dem Gebiete der Balneotherapie und Hydrotherapie.[1])

Von
Dr. Franz C. Müller in München.

A. Balneologie.

1) *Balneotherapie.*

Koeppe, *Die physikalisch-chemische Analyse der Mineralwässer.* (Arch. f. Balneother. u. Hydrother. I. 8. 1898.)

K. findet, dass die bisherigen Mineralwasseranalysen kein klares Bild geben, weil sie bei der Berechnung des Salzgehaltes einer Quelle der Willkür Spielraum lassen. Da nach seiner Auffassung die Salze nicht allein als solche, sondern in ihre Ione gespalten vorkommen, so müsste eine exakte Analyse nicht den Gehalt an berechneten, sondern an wirklich vorhandenen Bestandtheilen ergeben, also die Ione zählen. Nun kommen aber die Salze nicht blos als Ione vor, sondern es giebt auch nicht-dissociirte Salzmoleküle. Ein Einblick in die Zusammensetzung einer Quelle wird mithin nur durch die Vereinigung der chemischen mit der chemisch-physikalischen Analyse gewährleistet. Wie man dabei vorzugehen hat, zeigt K. an dem Sprudel Augusta-Victoria zu Selters a. d. Lahn.

„Jedes in einem Liter Lösungsmittel gelöste Grammmolekül Substanz erniedrigt den Gefrierpunkt dieser Lösung um einen bestimmten Betrag. Es lässt sich also aus der Gefrierpunktserniedrigung einer Lösung die Zahl der gelösten Moleküle ermitteln. Diese Zahl ist proportional dem osmotischen Drucke der Lösung, da die gelösten Körper sich wie Gase verhalten und die Gesetze des Gasdrucks auf sie Anwendung finden. Da nach den Gesetzen der elektrolytischen Dissociation die Moleküle eines Elektrolyten eine Spaltung in ihren Bestandtheile-Ionen erfahren, so muss bei Lösung eines Elektrolyten mit der Zunahme der Moleküle auch der Gefrierpunkt eine um so grössere Erniedrigung erfahren. Während die Zahl der gelösten Moleküle aus der Gefrierpunktserniedrigung bestimmt wird, wird der Gehalt der Lösung an elektropositiven und elektronegativen Ionen durch die Bestimmung der elektrolytischen Leitfähigkeit constatirt. Die Differenz zwischen der auf chemischem Wege durch ionistische Bestimmung gewonnenen Molekülzahl und der durch die elektrolytische Leitfähigkeitmethode der physikalisch-chemischen Analyse nachgewiesenen Molekülzahl würde dann durch die neutralen, elektrisch nicht leitenden Salzmoleküle und neutralen Gasmoleküle erklärt werden. Die Zahl der letzteren könnte durch Bestimmung der Gefrierpunktserniedrigung bei vollem CO_2-Gehalt gefällt und nach Vertreibung der letzteren controlirt werden.“ Diese etwas schwierigen Auseinandersetzungen werden durch das oben angeführte Beispiel praktisch und anschaulich erläutert und die neue Methode scheint einen wesentlichen Fortschritt in der Mineralwasseranalyse darzustellen.

H. Schmidt in Marienbad, *Zur Lehre von der physiologischen Wirkung des Eisenmoores.* (Ther. d. Gegenw. N. F. I. 7. p. 294. 1899.)

Die an 2 gesunden jungen Leuten vorgenommenen Versuche haben ergeben, dass bezüglich der Wirkung auf Diurese, Athmung und Herzthätigkeit zwischen heissen Wasserbädern und gleich hoch temperirten Moorbädern kein Unterschied besteht. Ein Theil-Moorbad erzeugte im gereizten Gliede auch keine Hyperleukocytose. Der Vf. schliesst mit den Worten: „Die Aussichtslosigkeit, auf dem Wege der hier unternommenen oder ähnlicher physiologischer Untersuchungen eine den Moorbädern specifische Wirkung abzugewinnen, veranlasste mich, meine Versuche abzubrechen. Diese specifische Wirkung müsste in anderer Richtung gesucht werden“.

Kisch, *Ueber die Verbindung der Bewegungstherapie mit der Balneotherapie.* (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 14. 1899.)

Die gleichen Gründe, die K. veranlasst haben, die mechanische Behandlung von Herzkrankheiten und Fettleibigkeit durch die Terrainkur einzuschränken, zwingen ihn, vor übertriebener mechanischer Behandlung (Massage, Gymnastik, Radfahren u. s. w.) in den Kurorten bei anderen Krankheiten zu warnen. Auch die Fortsetzung einer gynäkologischen Kur während des Bade-

[1]) Vgl. Jahrbb. CCLIX. p. 189.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden
http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/75

aufenthaltes wird verworfen. Namentlich spricht sich K. gegen das kritiklos geübte Radfahren der Fettleibigen aus, durch das enorme Pulsfrequenz, hohe Blutdrucksteigerung und sekundäre Herzschwäche veranlasst werden. Gegen die unter ständiger ärztlicher Controle geübte maschinelle Widerstandsgymnastik ist nichts einzuwenden.

Morgenroth, *Ueber den Bakteriengehalt der künstlichen und natürlichen Mineralwässer.* (Hyg. Rundschau 4. 1899.)

Aus einer Reihe von Untersuchungen findet M., dass die künstlichen Mineralwässer meist reich an Keimen sind, dass sich solche aber auch zahlreich in den natürlichen Mineralwässern vorfinden. Der Keimgehalt schwankt zwischen 20 pro Cubikcentimeter bis zu vielen Tausenden und hängt nicht immer von ungenügender Reinigung der Flasche, sondern vielfach von mangelhafter Sterilisirung des Korkes ab. Damit stimmt überein, dass die verkorkten Flaschen eine andere Bakterienflora zeigten als die mit Patentverschluss versehenen. Sehr keimreich sind die auf den Strassen verkauften Erfrischungswässer und Limonaden und viele Keime finden sich in den auf den Etiketten als keimfrei bezeichneten Produkten. Ein grosser Missstand liegt darin, dass die Krüge und Flaschen vielfach nach der Leerung zu Haushaltungzwecken verwendet, schliesslich aber zurückgegeben werden. Es ist mithin peinliche Genauigkeit bei der Reinigung nöthig, trotz der aber bei ungenügender Aufsicht bei der Füllung das Wasser verunreinigt werden kann.

Verdy, *Traitement des affections aiguës du poumon par la balneation chaude.* (Gaz. hebd. de Méd. et de Chir. XLIII. 83. 1896.)

Die Temperatur der Bäder schwankt zwischen 36° und 38° C., die Dauer beträgt 10 Minuten. Congestionen werden durch ständig abgekühlte Compressen verhütet. Um Collaps zu verhüten, wird die Darreichung heisser Getränke *vor* dem Bade empfohlen. Bei einfacher Bronchitis giebt man früh und Abends je ein Bad, in schwereren Fällen schiebt man ein drittes Bad ein. Nach den Bädern werden die Kranken mit einem Leintuche gut frottirt und schliesslich in einem Flanellhemde liegen gelassen. Bei capillarer Bronchitis steigt man bis zu 6 Bädern, bei der Pneumonie giebt man alle 3 Stunden ein Bad bei Tag und Nacht. Die Erfolge sind: Besserung des Sensorium, ruhiger Schlaf, Kräftigung des Pulses und Verlangsamung der Athmung. Bei der Auskultation hört man grossblasige Rasselgeräusche. Von 56 Patienten, unter denen 33 Bronchopneumonie hatten, verlor V. keinen.

Lincoln Chase, *Baths, bathings and swimming for soldiers.* (Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 9. 10. p. 212. 240. Aug., Sept. 1896.)

Ch. bringt in einem mit Abbildungen versehenen kurzen Aufsatze die Beschreibung eines nach dem Muster Hamburger Etablissements und besonders des Stuttgarter Schwimmbades, die als die besten europäischen Bäder bezeichnet werden, errichteten Bades, das in Brookline (Massachussetts) errichtet wurde, und zwar mit einem Kostenaufwande von 800000 Mk. Die Pläne sind von einem Deutschen, J. Untersee, gezeichnet, von dem rühmend hervorgehoben wird, dass er „in the German Army as a one-year volunteer" gedient hat. Besondere Vorzüge vor den deutschen Bädern sind aus der Beschreibung nicht zu erkennen.

G. Hoffmann, *Blutbildung und Eisenquellen.* (Verh. d. 27. schles. Bädertages p. 67. 1899.)

Dem Vortrage, der nichts wesentlich Neues bezüglich der Bade- und Trinkkuren enthält, entnehmen wir nur die Empfehlung eines Apparates, der es ermöglicht, in kurzer Zeit Eisen im Blute und Harn zu bestimmen. Es ist dies das von *Reichert* in Wien zu beziehende *Ferrometer.* Erst wenn in den Stahlquellen mit einem solchen Apparate exakte Untersuchungen vor, während und nach der Kur unternommen werden, wird die Eisentherapie auf eine höhere Stufe gestellt werden können.

Foss, *Die Ursache übler Nebenwirkungen heisser Bäder und deren Verhütung.* (Deutsche med. Wochenschr. XXV. 14. 1899.)

F. hat die Beobachtung gemacht, dass die heiss Badenden schlecht und oberflächlich athmen. Sie sind also gegenüber den kühl Badenden im Nachtheile, indem sie weniger Sauerstoff aufnehmen und sich die Folgen des Sauerstoffmangels: Herzklopfen, jagender Puls, Athemnoth einstellen. Folgerichtig müssten diese Erscheinungen ausbleiben, wenn man dem Badenden künstlich Sauerstoff zuführt, und auf dieser Voraussetzung beruhen die gemeinsam mit Munter unternommenen Versuche F.'s. Er athmete in den heissen Bädern, sobald sich die genannten Beschwerden einstellten, Sauerstoff (5—10 Liter) ein und erhielt sich dabei bei relativem Wohlbefinden; die Athmung ging von 32 auf 20 zurück, der Puls näherte sich der Norm, das Oppressiongefühl verschwand. Nach dem Bade blieb ein eigenthümliches fremdartiges Wohlbefinden bei leichter Benommenheit zurück, das 5 Stunden lang anhielt. Es sind noch zu wenige Versuche unternommen worden, um endgiltig über die Ansichten des Autor urtheilen zu können, deren Fortsetzung wäre aber dringend zu wünschen.

Th. Lange, *Beitrag zur Soolbäderbehandlung.* (Therap. Beil. d. Deutschen med. Wchnschr. XXIV. 2. 1898.)

Die Wirkung eines Soolbades beruht der Hauptsache nach in einer Reflexsteigerung des Cirkulationapparates, ist also bei einem Starken kräftiger als bei einem Schwachen. Nur das vollständig gelöste Salz ist im Stande, die Haut so zu imbibiren, dass die Irritation der Hautgefässe und die dadurch bedingte Reflexwirkung auch nach dem Bade stundenlang anhält. Deshalb soll man bei den künstlichen Soolbädern möglichst reines Salz verwenden

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/76

und verunreinigte Steinsalze vermeiden. Die geeignetsten Stunden zum Gebrauche der Bäder sind die Vormittagstunden von 7—11, weil der Körper da die grösste Reaktionfähigkeit besitzt und den Patienten, bez. deren Angehörigen der Nachmittag frei bleibt. Man soll mit 1—1½% beginnen und die Zeit langsam von 10 auf 25 Min. verlängern. Sehr wichtig ist die Bettruhe *nach* dem Bade. Gesteigerter Appetit und guter Schlaf lassen erkennen, dass die Bäder gut vertragen werden. Das beste Unterstützungsmittel bei scrofulösen Kindern ist die gleichzeitige Darreichung von Jodeisenleberthran. Die Erfolge der kohlensauren Soolbäder haben künstliche Nachahmungen veranlasst, unter denen L. die von Quaglio am meisten empfiehlt, aber auch die von Noll, Lippert und Keller werden anerkannt. Von Herzkranken werden die kühleren Kohlensäurebäder besser vertragen als die mit 28° und 29° R., die zumeist angewendet werden.

F. Tauszk, *Die Balneotherapie bei Herzkrankheiten.* (Ungar. med. Presse II. 26—29. 1898.)

Es giebt kein Capitel in der Balneotherapie, das in den letzten Jahren eine solche Wandlung durchgemacht hat wie die Behandlung der Herzkrankheiten. Kalte und warme Bäder, hydropathische Proceduren werden empfohlen und einzelne Kurorte haben die Herztherapie in den Vordergrund ihrer Indikationen geschoben. Maassgebend gerade für hydropathische Proceduren sind vielfach Winternitz's Ansichten: Schwache, die sensitiven Nerven treffende Reize bringen eine Verengerung der kleinen Arterien mit Steigerung des Lateraldruckes hervor, demzufolge dank der Zunahme des Widerstandes das Herz zu rascherer Thätigkeit angeregt wird; hingegen sind stärkere Hautreize auf die unter normalen Verhältnissen stets vorhandene Innervation der Blutgefässe von lähmender Wirkung: möglicher Weise werden die Dilatatoren angeregt, wodurch das peripherische Arteriensystem bei gleichzeitiger Abnahme des Blutdruckes erweitert, die Hemmungsnervenfasern des Vagus aber zu energischerer Funktion angeregt werden und als Folge davon tritt bei gleichzeitiger Verlangsamung der Contraktionen eine Verstärkung ein, was namentlich nach heftigeren Reizwirkungen durch Vagustetanus zum Tode führen kann. Dies die Grundlage aller balneo-therapeutischen Maassnahmen! T. bespricht die einzelnen Arbeiten auf dem genannten Gebiete, ohne irgendwie kritisch Stellung zu nehmen.

R. Brasch, *Kritische Betrachtungen über Ernährung, Stoffwechsel und Kissinger Kuren.* (Wiesbaden 1898. J.F. Bergmann. 8. 136 S. 1 Mk. 40 Pf.)

Was die Wissenschaft bis heute über die Ernährung des Menschen festgestellt hat, lässt sich dahin zusammenfassen, dass die stickstoffhaltigen Nahrungsmittel hauptsächlich zur Erhaltung und Neubildung der dauernden Körperbestandtheile dienen, während die Fette und Kohlehydrate die Mittel zur Erzeugung der Wärme, Bewegung, Nerven- und Muskelthätigkeit, kurz für alle Lebensäusserungen bieten. Wir ziehen aus der Nahrung den Ersatz für die durch Arbeit verloren gegangenen Zellen, gewähren die treibenden Kräfte für die Athmung, die Drüsenarbeit und die automatischen Arbeitleistungen (Herz, Athmung) und gewinnen die für die willkürliche Arbeit nöthige Kraft. Mit Hülfe der für die einzelnen Nahrungsmittel ausgerechneten Calorienwerthe können wir die Werthigkeit der jeweiligen Nahrung schätzen und entsprechend abändern. Wie die Nahrung ausgenutzt wird und wie sich das in einzelnen Krankheiten ändert, das wird von B. ausführlich durchgesprochen und damit ist der Uebergang auf die Bedeutung der Kissinger Kuren gefunden, wobei B. gleichzeitig die Indikationen Kissingens anführt.

An dieser Stelle möchte sich der *Ref.* gegen die in den letzten Jahren überhand nehmende Empfehlung Kissingens, dessen Bedeutung er sonst gewiss nicht unterschätzt, bei Neurosen aussprechen. Neurastheniker passen im Allgemeinen nicht in die grossen Bäder und sind besser in hochgelegenen Orten aufgehoben. Namentlich der Herbst Unterfrankens (auch der Rhön) ist für Nervöse ungeeignet. Andererseits ist es mit Freude zu begrüssen, dass die Herzkranken, für die die meisten Kurorte eine Contraindikation herausfinden, in Kissingen eine immer sicherere Heimstätte erwarten können.

Was die Entfettungskuren in Kissingen betrifft, so giebt B. ganz bestimmte Vorschriften, die zum Theile den bisherigen (Oertel'schen) Ansichten widersprechen, aber auf wissenschaftlichen Grundsätzen aufgebaut sind.

Die Trinkkur bezieht B. auf den Rakoczy, er findet, dass derselbe die Alkalescenz des Blutes erhöht und auch als Eisenwasser nicht unterschätzt werden darf. Der Gehalt an Alkalimetallen und an Chlor erhöht die Drüsensekretion und der Kohlensäuregehalt befördert den Stoffwechsel. Bei den Bädern ist hauptsächlich die CO_2 als Agens therapeuticum anzusehen.

Den Schluss des Buches macht eine Aufzählung der sonstigen Kurbehelfe Kissingens.

G. Loimann, *Kritische Studien über Moor- und Mineralmoorbäder.* (Arch. f. Balneother. u. Hydrother. 1898.)

Die Arbeit stützt sich wesentlich auf Franzensbader Verhältnisse, wo die ersten Moorbäder 1815 von Nehr gegeben wurden. Von den verschiedenen zu Badezwecken verwendeten Moorarten nennt L. den Pflanzen- und den Mineralmoor, welcher letztere therapeutisch um so werthvoller ist, je mehr er in Wasser lösliche Stoffe enthält. Die erste qualitative Analyse stammt von Trommsdorf (1827), die erste quantitative von P. Cartellieri (1852). Seitdem wurden viele Untersuchungen vorgenommen, die im grossen Ganzen aber immer dasselbe Resultat ergaben. Unter den

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/77

physikalischen Eigenschaften des Moores steht die der schlechten Wärmeleitung obenan. Die Indikationen, die L. aufstellt, sind zahlreich, unter den Contraindikationen nennt L.: Emphysem, Lungentuberkulose, Arteriosklerose, Gravidität. Ein künstliches Moorbad ist durchaus nicht im Stande, das natürliche zu ersetzen.

P. Niehans, *Erfahrungen über die Wirkung der Schinznacher Therme.* (Schweiz. Corr.-Bl. f. Aerzte XXVIII. 16. Beil. 1898.)

N. veröffentlicht seine Erfahrungen aus den letzten 25 Jahren. Am häufigsten waren Knochen- und Gelenkkrankheiteu tuberkulöser Natur. Unter dem Einflusse des heissen Schwefelwassers zeigte sich nach kurzer Zeit eine kräftige Reaktion: Schwellung und Empfindlichkeit bei eingeschlossenen Krankheitherden; Quellung, stark vermehrte Reaktion bei geschwürigen Formen. Die jüngeren fungösen Wucherungen, an denen nicht schon Fisteln oder Abscesse bestehen, schwellen zuerst an, dann aber unter das frühere Niveau ab. Mitunter treten starke Fiebererscheinungen auf, namentlich bei Herden, die in feste Hüllen eingeschlossen sind. Das dortselbst liegende Virus wird in loco vernichtet oder wenigstens abgeschwächt. Nur so ist die Heilung tuberkulöser Processe in der Spongiosa oder in den Gelenkenden zu erklären, die nach dem Gebrauche einer Schinznacher Kur, freilich nur selten und dann nur bei Kindern, zur Beobachtung gelangt. Anders liegt die Sache bei Herden im Markraume der Röhrenknochen. Die Ausscheidung des Virus ist durch die Festigkeit der Corticalis gehemmt, es bilden sich in Folge dessen periosteale und subperiosteale Schwellungen — eine Auswanderung der Krankheitkeime durch die Haversischen Kanälchen. Um diesen Process zu begünstigen, thut man gut, die erkrankte Diaphyse je nach der Länge derselben und nach der Grösse des Herdes an einer oder mehreren Stellen zu eröffnen. Bei Knochenmarkerkrankungen ist der Werth einer Schinznacher Kur offenkundig. Wo die tuberkulöse Verseuchung schon länger besteht, wird rasche Ausstossung der Zerfallprodukte und Reinigung der Wunde beobachtet. Eben so gut sind die Erfolge bei Hauttuberkulose und bei verkästen Drüsen. Grosse strumöse Lymphdrüsengeschwülste zeigen günstige Beeinflussung durch Ausscheidung der Krankheitprodukte durch die Haut.

Contraindicirt ist Schinznach in allen akuten Fällen von Knochen- und Gelenkentzündungen, bei Wirbelsäulentuberkulose mit Senkungsabscessen, bei schwerer pelviogener Coxitis.

Zur Anwendung gelangen Vollbäder, Compressen mit Schwefelwasser und die Trinkkur in Verbindung mit der Verabreichung von Wildegger Jodwasser. Die Badekur dauert meist 4 Wochen, in den 4—6 darauffolgenden Wochen ist der endgültige Erfolg meist zu übersehen.

Brulard, *Indications et contre-indications de la cure thermale de Vichy.* (Arch. gén. d'Hydrol. Août 1899.)

Unter den Magenkrankheiten ist Vichy ungeeignet bei Magengeschwür und bösartigen Neubildungen. Während die Albuminurie in Vichy günstig beeinflusst wird, ist dies bei allen akuten Nierenkrankheiten, sowie bei urämischen Begleiterscheinungen und bei starken Congestionen zum Kopf und zu den Brustorganen nicht der Fall. Von den Rheumatosen ist der akute Gelenkrheumatismus auszuschliessen. Ferner ist *Vichy* nicht zu rathen für Patienten mit uncompensirten Herzfehlern, Arteriosklerose, Lungentuberkulose, Epilepsie, Uterusfibromen mit Neigung zu Blutungen. Mit anderen Worten, man hüte sich, schwer zu behandelnde, irgendwie infektiöse oder mit unangenehmen Begleiterscheinungen versehene Kranke nach Vichy zu schicken. Die sogenannten Contraindikationen, die mit überraschender Gleichheit und in fast derselben Reihenfolge bei zahlreichen Badeorten wiederkehren, sprechen Bände für sich und schaden dem Ansehen der Balneotherapie eben so sehr, wie die zum Theil wenigstens überwundenen Badeschriften. So selbstverständlich es ist, dass man keinen Kranken mit akutem Gelenkrheumatismus und keinen mit ausgeprägter Tuberkulose in ein Bad schickt, so wenig brauchen sich dessen Aerzte vor Epileptikern zu fürchten, die man ja auch kaum in Modebäder dirigirt. Dass aber die Arteriosklerose und die incompensirten Herzfehler unter den Contraindikationen herhalten müssen, das lässt tief blicken.

2) *Balneographie.*

a) Deutschland.

A. Obkirchner, *Baden-Baden.* (Karlsruhe 1897. 112 S.)

Die vorliegende Badeschrift ist die am vornehmsten ausgestattete, die der *Ref.* je in der Hand gehabt hat. Sie bringt viele technisch vollendete Abbildungen und schildert die Kurbehelfe *Baden-Badens* wissenschaftlich auf's Genaueste. Ein relativ breiter Raum ist der Trinkkur gewidmet, weil nach des Autor Ansicht diese von der Literatur bisher stiefmütterlich behandelt wurde und sich in der jüngsten Zeit neue Gesichtspunkte ergeben haben. Dass die Indikationen weggelassen sind, erscheint als kein Nachtheil des Buches.

A. Winckler, *Bad Nenndorf bei Hannover. Kurze Nachrichten über das Schwefel-, Schlamm- und Moorbad.* (Leipzig 1899. Hahn. 8. 64 S. mit 1 Karte.)

Als ärztlicher Entdecker Nenndorfs gilt der „*alte Heim*“. Das Schlammbadehaus verdankt der Anregung des Königs Jérôme seine Entstehung. Die Schwefelquellen enthalten im Liter:

schwefels.	Kalk . .	0.7111—1.0575
kohlens.	„ . .	0.4403—0.5581
schwefels.	Magnesia	0.2361—0.3019
„	Natron .	0.2598—0.7398
„	Kali . .	0.0177—0.0442

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/78

Chlormagnesium .	0.0671—0.2410
Schwefelwasserstoff	16— 45 ccm
Kohlensäure . . .	185—314 „

Bezüglich des Gehaltes an Schwefel und H_2S steht Nenndorf unter allen ähnlichen Quellen obenan. Die aus einem Nachbarorte hingeleitete Soole hat 5.3% Salz. Der Schlamm ist ein reiner Schwefelschlamm. Das Wasser wird zu Trink- und Badekuren benutzt. Als Specialität werden die Gasbäder erwähnt, die gute Dienste bei allen juckenden Hautkrankheiten und bei Sensibilitätneurosen leisten. Die Schlammbäder und Schlammeinreibungen haben viele Indikationen. Die gut ausgestattete Schrift orientirt rasch über die Verhältnisse in Bad Nenndorf.

Bad Reinerz. (1898. 4.) [Autor nicht angegeben.]

Eine anspruchslose, anscheinend von der Kurdirektion herausgegebene Badeschrift, die alles für den Kurgast Wissenswerthe enthält, aber keinen Anspruch auf wissenschaftliche Behandlung des Stoffes macht.

Foss, *Die neue Caspar-Heinrich-Quelle in Bad Driburg als Diureticum und Heilmittel gegen Erkrankungen der Harnorgane.* (Münchn. med. Wochenschr. XLIV. 37. 1897.)

Zur ersten Prüfung der genannten Quelle wurden 12 Reconvalescenten mit gesunden Harnorganen und 1 Kranker mit tuberkulöser Nephritis ausgewählt. Zunächst erhielt jeder bei gewöhnlicher Krankenkost 3 Tage lang eine bestimmte Menge Wasser, dann dasselbe an Fürstenbrunnen, Wildunger Georg-Victor-Quelle und Driburger Caspar-Heinrich-Quelle. Zwischen jeder Prüfungsreihe waren 2 Tage mit gewöhnlicher Kost. Das Resultat war, dass durch den Genuss der Caspar-Heinrich-Quelle die Diurese um 100—300 ccm stärker war als bei gewöhnlichem Wasser oder Fürstenbrunnen. Bei der Nierentuberkulose stieg die Diurese von 1500 bis auf 3000 ccm, was mit „Georg-Victor“ nicht erreicht wurde. Im Allgemeinen stellte es sich heraus, dass die Caspar-Heinrich-Quelle bei gesunden Harnorganen schwach, bei chronisch entzündeten stark diuretisch wirkte. Mit zunehmender Verminderung der Eiweissausscheidung vermindert sich die diuretische Wirkung. Zu erwähnen ist die Neufassung der Quelle im Winter 1895/96.

W. Voigt, *Die Kurmittel des Bades Oeynhausen, ihre Anwendungsweise und ihr Nutzen in den verschiedenen mit ihnen behandelten Krankheiten.* (Oeynhausen 1899. G. Ibershoff. 227 S.)

Die kohlensäurehaltigen Thermalbäder erregen, wenn sie in natürlicher Temperatur genommen werden, das peripherische und centrale Nervensystem. Sie entlasten die inneren Organe, weil sie das Blut an die Hautoberfläche ziehen, und beschleunigen auf diese Weise die Aufsaugung von Exsudaten und Extravasaten. Der Blutdruck wird erhöht, die Körpertemperatur vorübergehend um ein Geringes erniedrigt. Die Athmung wird vertieft und verlangsamt und damit der respiratorische Gaswechsel erhöht. Da die Bäder die Schlagfolge des Herzens verlangsamen, wirken sie kräftigend und beruhigend auf das Herz und befördern die Abscheidung von Wasser durch Lunge, Haut und Nieren. Die Oeynhauser Soole, innerlich gebraucht, vermehrt die Peristaltik des Magens und reinigt dessen Schleimhaut rasch von anhaftendem Schleime. Die Magensaft- und Magensäurebildung wird angeregt (Steigerung des Appetites). Da die Herzarbeit und die Gefässspannung vorübergehend erhöht werden, so steigt die Diurese. Ferner beobachtet man eine Zunahme der Hautperspiration und eine Beförderung der Respiration (bei chronischen Katarrhen der Luftwege).

Dies im Allgemeinen die Wirkungen der kalten und warmen Soolquellen von Oeynhausen bei innerlichem und äusserlichem Gebrauche. Fügt man hinzu, dass ausserdem die Luftkur an den Gradirhäusern geübt wird, dass Oeynhausen über eine starke Bitterquelle verfügt und dass ein neu eingerichtetes heilgymnastisches Institut vorhanden ist, so könnten wir auf die Besprechung der Indikationen übergehen, die aber bei Oeynhausen längst bekannt sind. Dies hat auch V. gefühlt und statt trockener Aufzählung der einzelnen Krankheitnamen: Gicht, Rhachitis, Tabes eine Reihe guter Krankengeschichten gebracht, wegen deren allein sich die Lektüre des Buches empfehlen würde. Besonders die Capitel: Rückenmarks- und Gehirnkrankheiten und funktionelle Neurosen zeugen von scharfer Beobachtung und beweisen, dass Oeynhausen Kurmittel besitzt, die in der Hand eines guten Arztes den Kreis der Indikationen wesentlich erweitern.

F. Schlagintweit, *Königliches Mineralbad Brückenau.* (1899.)

Die kleine Broschüre bringt in 3. Auflage eine Aufzählung der bekannten Heilmittel des unterfränkischen Badeortes, der namentlich seit der Empfehlung Wehner's eines stetig wachsenden Wasserexportes sich erfreut und in der Therapie der Nieren- und Blasenkrankheiten einen Ruf gewonnen hat.

Eine zweite Broschüre über Brückenau liegt vor in dem von

Wehner herausgegebenen: *Bad Brückenau und der Wernarzer Brunnen bei den Erkrankungen der Harnorgane.* (Brückenau 1899. E. Wolf.)

In diesem Heftchen sind besonders die Indikationen genau gestellt. Nach einem 15jährigen Durchschnitt (1877—1891) waren die einzelnen Krankheiten folgendermaassen procentuarisch in Brückenau vertreten:

Blutarmuth und Bleichsucht . .	mit 32.7%
Frauenkrankheiten	„ 20.6
Krankheiten des Nervensystems .	„ 14.1
„ der Athmungsorgane .	„ 14.1
„ „ Harnorgane . .	„ 7.3

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/79

Krankheiten der	Verdauungsorgane	mit 6.4%
„ „	Bewegungsorgane	„ 4.3
„ „	Kreislaufsorgane .	„ 0.5

In den letzten Jahren ist die Anzahl der Krankheiten der Harnorgane von der 5. Stelle auf den 1. Platz gerückt.

b) Oesterreich-Ungarn.

Ludwig und Zeynek, *Chemische Untersuchung der Mineralquellen von Levico.* (Wien. klin. Wchnschr. XI. 26. 1898.)

Die Analyse des Starkwassers (11 Liter Schüttung pro Minute) ergab in 1000 Theilen:

saures schwefels.	Kalium .	0.0068
„ „	Natrium .	0.0108
„ „	Ammonium	0.0081
schwefels.	Calcium	0.3581
„	Magnesium . . .	0.4773
„	Zink	0.3178
„	Kupfer	0.0723
„	Eisenoxydul . .	4.6027
„	Aluminium . . .	0.2697
freie Schwefelsäure	. . .	1.6660
Arsenigsäureanhydrid	. . .	0.0330

Das Schwachwasser enthielt in 1000 Theilen (bei einer Schüttung von 22 Liter pro Minute):

schwefels.	Kalium . . .	0.0048
„	Natrium . . .	0.0094
„	Calcium . . .	0.2753
„	Magnesium . .	0.2214
„	Eisenoxydul .	0.3703
Arsen, Phosphorsäure	. .	Spuren

Die beiden Quellen zählen zu den Vitriolquellen und das Starkwasser zeichnet sich namentlich durch grossen Gehalt an Schwefeleisen und Arsen aus.

Trotz zum 4. Male erbetener Erlaubniss der Einfuhr in Frankreich hat die französische Akademie die Approbation verweigert, weil sich aus den Analysen ergeben hat, dass das Wasser der starken Quelle keine constante Zusammensetzung hat.

E. Weisz, *Casuistische Mittheilungen aus dem Arbeiterhospitale in Pistyan.* (Wien. med. Wchnschr. XLVIII. 10. 11. 1898.)

Seit dem Jahre 1893 stieg die Frequenz von 47 auf 490 (1898). Nicht weniger als 185 Kranke litten an chronischem Gelenkrheumatismus. Die sonst behandelten Krankheiten waren Tabes, Ischias, Lumbago, typische Gicht. Die Heilerfolge mit Schwefelschlammbädern entsprechen den anderweits gemachten Erfahrungen.

C. Preysz, *Bad Rajeczfürdo in den hohen Karpathen.* (Budapest 1897. Eggenberger.)

Der früher *Rajecz-Teplicz* genannte Kurort ist seit dem 14. Jahrhundert bekannt und liegt in der Slowakei, 420 m über dem Meere. Die durchschnittlichen Monattemperaturen betragen: April = 10.7, Mai = 14.1, Juni = 15.8, Juli = 17.3, August = 19.1, September = 16.2. Relative Feuchtigkeit = 69. Die Quellen haben eine Temperatur von 35° C. und enthalten in 1000 Theilen:

Kohlens.	Kalk	0.1835
„	Magnesia . . .	0.2024
„	Eisenoxydul . .	0.0149
schwefels.	Natron . . .	0.0282
„	Kalium . . .	0.0327
„	Aluminium . .	0.0135
„	Kalk	0.0280
phosphors.	Kalk	0.0022
Chlornatrium	. . . . .	0.0131
freie und halbgebundene CO_2		142 ccm

gehören also zu den Thermen mit hohem Alaungehalt. Zu den Indikationen zählt Pr. alle Nervenkrankheiten, Katarrhe der Schleimhäute, Erkrankungen der Harn- und Sexualorgane, Knochen- und Gelenkkrankheiten, Hautkrankheiten und Constitutionanomalien. Eine Wasserheilanstalt vermehrt die vorhandenen Kurmittel.

C. Preysz, *Fortschritte auf dem Gebiete des Badewesens in Ungarn in den Jahren 1876—1896.* (Budapest 1898. Eggenberger. Balneolog. Bibliothek Nr. 112.)

Die wichtigsten Ereignisse der letzten 20 Jahre sind die Sanktionirung des Sanitätsgesetzes (1876), das Gesetz über das Wasserrecht (1884), die Begründung des ungarischen balneologischen Vereins (1892), die Gründung der Ungar. balneolog. Zeitung (1894) und die Milleniumausstellung (1896), bei der sich der bedeutende Aufschwung der ungarischen Bäder zeigte. Die Mineralwasserproduktion Ungarns stieg auf 17 Millionen Flaschen, wovon allein 9 Millionen auf das Ofener Bitterwasser entfielen. Die 166 ungarischen Bäder und Kurorte waren im Jahre 1896 von 71744 stabilen Gästen und von 74998 Passanten besucht. Das hervorragendste Werk ist die in ungarischer Sprache geschriebene, von Stefan von Boleman in Vihnye verfasste Balneologie.

E. Ludwig, K. Hödlmoser u. Th. Panzer, *Ueber den Franzensbader Mineralmoor.* (Wien. klin. Wchnschr. XII. 17. 1899.)

Aus den genauen, hier nicht weiter aufzuführenden Analysen des frischen und verwitterten Moores ergiebt sich, dass der verwitterte, d. h. längere Zeit den Einwirkungen der atmosphärischen Luft ausgesetzte Moor beträchtliche Mengen von schwefelsaurem Eisen enthält, die bei der Vermischung mit Wasser gelöst werden. Das frische Moor dagegen enthält nur zweifach Schwefeleisen, aber kein schwefelsaures Eisen, und zwar unregelmässig vertheilt in kleineren Partikelchen und grösseren Krystallen. Im Herbste wird der Moor auf dem Moorfelde gestochen und auf die Halde gebracht, wo es durch die atmosphärische Luft der Verwitterung unterworfen wird. Dabei wird das zweifach Schwefeleisen oxydirt und es bilden sich schwefelsaures Eisenoxydul und freie Schwefelsäure; diese letztere zersetzt die im Moor enthaltenen Mineralbestandtheile und wirkt verändernd auf die organischen Stoffe der Pflanzenreste ein.

E. Ludwig, V. Ludwig und R. v. Zeynek, *Die Eisensäuerlinge von Dorna-Watra in der Bukowina.* (Wien. klin. Wchnschr. XI. 52. 1898.)

Ausser der Falkenhaynquelle, über die schon früher berichtet wurde, entspringen auf dem Ge-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/80

biete Dornas 4 weitere Quellen, die in jüngster Zeit neu gefasst und analysirt wurden. Sie enthalten in 1000 Theilen, und zwar die *Johannesquelle* bei 12.3° C.:

schwefels.	Kali	0.0037
„	Natron . . .	0.0046
Chlornatrium		0.0102
doppeltkohlens.	Natron .	0.0070
„	Kalk . .	0.0757
„	Magnesia .	0.0554
„	Eisen . .	0.0692
	CO_2 101 ccm.	

Die übrigen Quellen sind ähnlich zusammengesetzt, und zwar hat die *Arcadiusquelle* bei 8.3° C. 0.0962‰ Eisenbicarbonat und 113 ccm CO_2, die *Ferdinandsquelle* bei 9.5° C. 0.1235‰ Eisenbicarbonat und 90 ccm CO_2 und endlich die *Peterquelle* bei 12.9° C. 0.2416‰ Eisenbicarbonat und 70.7 ccm CO_2.

Mithin zählen die Eisensäuerlinge von Dorna-Watra zu den stärksten Eisenwässern, die wir haben, sie enthalten aber nur wenig freie Kohlensäure, stehen also hinter den gasreicheren und darum leichter verdaulichen Quellen erheblich zurück.

E. Weisz, *Schwefelschlammbad Pöstyén in Oberungarn.* (Budapest 1899. Eggenberger. 8. 76 S. — Balneolog. Bibliothek Nr. 109. 1899.)

Die anziehend geschriebene und vorzüglich ausgestattete Schrift des bekannten ungarischen Balneologen verbreitet sich im ersten Theile über die Bedeutung des Pöstyéner Badeschlammes und der dortigen Schwefelquellen, die mit einer Temperatur von 61° C. der Erde entquellen. Die Anwendungen des Wassers sowohl, wie des Schlammes sind die bekannten, ebenso wie die Indikationen. Pöstyén hat in den letzten Jahren grosse Fortschritte gemacht durch Neubau eines Kurhauses und die Einführung der Heilgymnastik, sowie die Errichtung eines Arbeiter-Hospitales, das jährlich einen interessanten Bericht über seine Kurerfolge, namentlich bei Unfallkrankheiten, veröffentlicht.

Ueber Mitterbad liegen 2 Arbeiten des gleichen Autor vor:

V. Jež, *Erfahrungen über das Mitterbadwasser bei verschiedenen Erkrankungen.* (Wien. med. Wochenschr. XLVIII. 39. 1898.)

Bei Chlorose beobachtete J. durch 3wöchigen innerlichen Gebrauch der Mitterbadquelle eine Zunahme des Hämoglobins um 33% und eine Vermehrung der rothen Blutkörperchen von 3250000 auf 4310000. Aehnliche Besserungen fand J. bei der einfachen Anämie, die durch Blutverluste hervorgerufen war. Ferner wurde das Mitterbadwasser bei scrofulösen Kindern angewendet und trotz Fortdauer ungünstiger äusserer Lebens- und Ernährungverhältnisse wurde eine wesentliche Besserung erzielt. Selbstverständlich versagte es bei Neurasthenien und Hysterien auf anämischer Basis seine Wirkung nicht. J. meint, dass das Mitterbadwasser überall da indicirt sei, wo die interne Medicin Arsen, Eisen und Phosphor verordnet und dass man es längere Zeit verordnen kann, ohne ungünstige Nebenwirkungen befürchten zu müssen.

V. Jež, *Mitterbadwasser und seine Anwendung in verschiedenen Erkrankungen.* (Reichs-Med. Anz. Nr. 15. 1898.)

Mitterbad liegt in Südtyrol, 4 Stunden von Meran und Bozen entfernt, 972 m über dem Meere. Das Wasser gehört zu den sogen. vitriolischen Eisenwässern und wird zu Trink- und Badekuren gebraucht. In der chemischen Zusammensetzung ähnelt das Wasser dem von Levico und Srebrenica; für Erwachsene genügt eine tägliche Dosis von $^3/_8$ Liter. Die Untersuchungen von J. haben ergeben, dass es in Erkrankungen, bei denen die Anwendung von Arsen, Eisen und Phosphor angezeigt ist, sehr gute Dienste leistet und die längere Darreichung keine unangenehmen Nebenerscheinungen hervorruft. Insbesondere bei Bleichsucht und allen auf anomaler Blutzusammensetzung beruhenden Leiden nimmt das Mitterbadwasser eine hervorragende Stelle ein.

c) *Rumänien.*

J. Felix, *Die Mineralquellen und Badeorte des Königreichs Rumänien.* (Balneolog. Rundschau Juli 1899.)

Calimanesci hat mehrere kalte, kochsalzhaltige Schwefel- und Jodquellen, von denen zwei auch Lithium führen. Das unmittelbar benachbarte *Caciulata* bietet eine Kochsalztrinkquelle mit Spuren von Schwefelwasserstoff und wird bei Nieren- und Blasenleiden empfohlen. *Govara* hat kochsalzhaltige Schwefelwässer und schwefelfreie, aber jodreiche Kochsalzwässer. Es wird viel von Luetischen besucht. *Lacul-Sârat* hat einen Salzsee, der 2 km lang und 1 m tief ist und zu Badekuren für Scrofulöse benutzt wird. Der besuchteste Kurort des Landes ist *Slanic* mit 17 kalten und lauwarmen Quellen, von denen einige alkalinisch, andere kochsalz-, jod-, eisen-, schwefel- und lithiumhaltig sind. Das alkalinische Wasser wird verschickt. *Sinaia* ist ein besuchter Luftkurort mit einer Kaltwasserheilanstalt. *Cozla* hat 5, an schwefelsaurer Magnesia reiche Quellen, *Nastasaki* mit kalten Schwefelquellen. *Constanza* am Schwarzen Meere ist ein stark besuchtes Seebad. Ausserdem sind noch viele Mineralquellen vorhanden, die nicht näher beschrieben werden. Danach ist Rumänien ein balneologisch sehr interessantes und im Aufschwung begriffenes Land.

d) *Frankreich.*

Versepuy, *Les eaux chlorurées-sodiques de Saint-Nectaire-le-Haut.* (Arch. gén. d'Hydrol. Déc. 1898.)

Das Wasser der *Source Rouge* von Saint-Nectaire-le-Haut ist absolut keimfrei und hat, wenn es in geeigneten Gefässen aufbewahrt wird, unbegrenzte Haltbarkeit. Es wird von V. zu hypodermatischen Injektionen empfohlen bei Blutdyskrasien, schwerer

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/81

Erschöpfung nach Blutverlusten und bei allen Krankheiten, auch Tuberkulose, in denen man die Blutmischung rasch und sicher verbessern will.

Nach einer Analyse des Prof. Parmentier enthält die Quelle: *„Bon Pasteur“* in *Saint Yorre* in 1000 Theilen:

Doppeltkohlens.	Kalk . .	0.462
„	Magnesia .	0.080
„	Eisen . .	0.044
„	Kali . . .	0.237
„	Natron . .	5.542
„	Lithium .	0.031
Chlornatrium		0.592
schwefels. Natron		0.327
freie CO_2		0.935

Das Wasser fand die gewünschte Autorisation durch die Akademie.

Die Quelle *„Orgues“* in *Saint-Julien-des-Chazes* (Haute Loire) hat in 1000 Theilen:

Doppeltkohlens.	Kalk . .	0.3990
„	Magnesia .	0.3840
„	Eisen . .	0.0110
„	Kali . .	0.1140
„	Natron .	1.1250
Chlornatrium		0.2288
schwefels. Natron . . .		0.0036
freie CO_2		1.3080

Gesammtsumme der festen Bestandtheile 3.4452.

Die Zusammensetzung genügt den Ansprüchen der Akademie.

Die Quelle *„Pelletier“* in *Saint-Yorre* enthält in 1000 Theilen:

Doppeltkohlens.	Kalk . .	0.3640
„	Magnesia .	0.0645
„	Eisen . .	0.0200
„	Lithium .	Spuren
„	Kali . .	0.3868
„	Natron .	4.9245
Chlornatrium		0.5539
schwefels. Natron . . .		0.2769

Summe der festen Bestandtheile 8.5420

Die genannte Quelle zeigt bei nahezu gleicher Zusammensetzung wie die Quelle „Orgues“ eine stärkere Mineralisation als diese und wurde unter die von der Akademie approbirten Wässer aufgenommen.

L. Redlich, *Die Heilquellen von Vichy.* (Wien. klin. Rundschau XII. 39. 1898.)

Man unterscheidet heisse (*Chomel, Grand-Grille, Hôpital, Lucas*) und kalte (*Parc, Mesdames, Celestines*) Quellen. Die kalten Quellen bewirken in Folge der Abkühlung der Magenschleimhaut eine Contraktion der Magenmuskeln und eine rasche Abfuhr der Flüssigkeit vom Magen in den Darm, das heisse Wasser wird dagegen sofort vom Magen resorbirt. Aus den vielen Arbeiten über Vichy sind folgende bestimmte Indikationen zu formuliren. James empfiehlt es für jene Formen von toxischer Gicht, bei denen entzündliche Paroxysmen auftreten, und hält es bei atonischer Gicht für unwirksam. Bei harnsauren Blasensteinen indicirt, wirkt es nicht bei Steinen, die aus phosphorsaurem Kalk oder phosphorsaurer Ammoniakmagnesia bestehen. Als souveränes Heilmittel gilt es bei Diabetes und wird von Karlsbad nur dann übertroffen, wenn die Constitution schon stark geschwächt ist. Bei Leberhypertrophie sieht man nach rationellem Gebrauche der Trinkkur bedeutende Schwellungen sich vermindern und völlig zurückgehen. Die kalten Quellen werden gebraucht bei Katarrhen des Magendarmkanales und bei chronischer Nephritis. Die *Bäder* sind am Platze bei Erythemen, chronischer Urticaria und Akne. Da die Grand-Grille schwefelhaltig ist, so sieht man Heilerfolge bei Prurigo und Sykosis, sowie bei chronischem Muskel- und Gelenkrheumatismus. Endlich wird (wegen der Kohlensäure) Vichy bei Impotenz gerathen. Die vorliegende Arbeit ist eine Zusammenstellung der Erfahrungen Anderer und bringt keine selbständigen Ansichten.

Dedet, *Des indications et des contre-indications de Martigny-les-Bains.* (Arch. gén. d'Hydrol. Juin 1899.)

Martigny in den Vogesen hat 3 Quellen, von denen man zwei zu Trink-, eine zu Badekuren benutzt. Sie werden bei Gicht, Blasen- und Schleimhautkatarrhen, bei Glykosurie und gewissen, auf gichtischer Diathese entstandenen Hautaffektionen gebraucht. D. vergleicht die Quellen von Martigny mit denen von Schlangenbad. Unter den Contraindikationen zählt D. auf: Blasensteine, Neubildungen der Blase, Pyelitiden und Nephritiden und Arteriosklerose, sowie die in keiner Contraindikation fehlenden uncompensirten Herzfehler.

Eine zusammenfassende Studie bringen:

H. Weber and E. Parkes Weber, *The mineral waters and health resorts of Europe.* (London 1898. Smith, Elder and Co. 524 pp.)

Die bekannten Autoren beschreiben im ersten Theile die Wirkungen des kalten Wassers, gehen dann auf die Klassifikation der Mineralwässer und deren innerlichen und äusserlichen Gebrauch über und schildern dann den Einfluss der Diät- und klimatischen Kuren. Im zweiten Theile werden die einzelnen Quellen, nach chemischen Grundsätzen geordnet, näher besprochen. Die Angaben über die einzelnen Badeorte zeichnen sich durch grosse Zuverlässigkeit aus, was von balneologischen Sammelwerken sonst nicht immer behauptet werden kann. Das Buch dient als Nachschlagewerk für den Laien und für den Arzt und bietet bei aller Klarheit der Darstellung nirgends populäre oder unwissenschaftliche Auseinandersetzungen. Die Aufzählung der an den einzelnen Badeorten prakticirenden Collegen hätten wir gerne vermisst, weil gerade dieser Theil einem stetigen Wechsel unterworfen ist.

B. Hydrotherapie.

1) *Allgemeine Hydrotherapie.*

Wie überhaupt in den letzten Jahren, so weist auch diesmal die Hydrotherapie eine grosse Anzahl Arbeiten auf, die meist aus der Winternitz-Schule stammen. In jüngster Zeit macht sich eine

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/82

gewisse Strömung gegen diese Schule in klinischen Kreisen geltend, die jedenfalls nicht ohne Einfluss auf die Arbeiten der nächsten Zukunft bleiben wird.

Johann Sigmund Hahn, *Die wunderbare Heilkraft des frischen Wassers bei dessen innerlichem und äusserlichem Gebrauch.* Mit einem Vorwort von W. Winternitz. (Leipzig 1898. Krüger u. Co. Gr. 8. 251 S. 3 Mk.)

Trotzdem, dass über 150 Jahre verstrichen sind, hat das bekannte „Wasserbuch" seinen Werth nicht verloren. Wer das Originalwerk mit seinen kräftigen Sprüchen und herzerquickenden Redewendungen gelesen hat, für den ist die Uebertragung in's Hochdeutsche ein ungenügendes Surrogat, wer es aber nicht kennt, wird sich aber auch an der „Uebersetzung" erfreuen — und Vieles aus ihr lernen. Was dem Werke ganz besonderen Werth verleiht, ist die Casuistik, die von der Arztfamilie Hahn mit grosser Ueberzeugungtreue und in klaren Worten geschildert wird. Heute, wo man jede Beobachtung erst auf ihre wissenschaftliche Grundlage prüft, kann mancher Satz Hahn's nicht mehr zu Recht bestehen und doch muthet uns die Lektüre an, wie frische, gesunde, einfache Kost nach einem opulenten Mahle, wie ein Trunk aus reinem Bergquell nach einem üppigen Gelage.

Die Hahn's sind Temperenzler, nur in seltenen Fällen gestatten sie kleine Mengen von Alkohol; dem Gesunden verbieten sie ihn ganz. Die ersten Medikamente der Welt waren Gaben der Natur, erst fortschreitende Cultur füllte die Kästen der Apotheken und die Krankenhäuser. Darüber hat man vergessen, welchen Heilwerth das überall leicht zu erhaltende Wasser besitzt. Das Wasser hat die Eigenschaft zu zertheilen, einzudringen und aufzuquellen, es dämpft die Hitze und kann ohne Gefahr in allen fieberhaften Krankheiten angewendet werden. Endlich reinigt es die Haut und macht dieses lebenswichtige Organ funktionfähig. Da es nicht gleichgültig ist, welcher Methoden man sich bedient, so ist unter allen Umständen der Rath eines erfahrenen, wasserfreundlichen Arztes nothwendig. Zahlreich eingestreute Bemerkungen lassen erkennen, dass der Verfasser auch dem Genuss der frischen Luft und einer einfachen Diät huldigt, also ein „Naturarzt" im besten Sinne des Wortes ist.

E. Kowalski, *Ueber den Einfluss von äusseren hydropathischen Proceduren auf die Gallensekretion.* (Bl. f. klin. Hydrother. VIII. 11. 1898.)

Zu den Experimenten wurde ein 10.5 kg wiegender Hund benutzt, dem eine doppelte Gallenfistel angelegt wurde. Nach Verheilung des Wundrandes wurde die Galle in einem Kautschukbeutel aufgefangen, von dem eine Kanüle in die Fistel führte, während eine zweite zur Entfernung der angesammelten Galle diente. Zuerst wurde bestimmt, wieviel Galle sich unter normalen Verhältnissen absondert, dann wurden Bäder von 36° C. mit 10 Minuten, Duschen von 12° C. mit 10 Sekunden und Bäder von 36° C. mit 10 Minuten mit unmittelbar darauffolgenden Bädern von 16° C. mit $^1/_2$ Minuten gegeben. Normaliter wurden in 12 Tagesstunden entleert 46.16 ccm; nach heissen Bädern betrug die Sekretion 55.32 ccm, nach kalten Duschen 48.32 ccm, nach den beiden Proceduren 74 ccm. Während der kalten Duschen floss die Galle plötzlich und stetig nach jeder Wiederholung des Experimentes ab. Der Grund dafür ist ein rein mechanischer und in der Vertiefung der Inspiration zu suchen. Daneben entstehen durch thermische Reize leicht Rollbewegungen der Därme, namentlich des Dünndarmes, so dass die Gallenblase von 2 Seiten comprimirt wird. Wünschen wir eine langsame Steigerung der Gallensekretion, so verordnen wir heisse Bäder, soll sie rasch erfolgen, so verwenden wir die kurzdauernde kalte Dusche.

A. Simon, *Ueber den Einfluss der Dampfbäder auf die Magensekretion.* (Bl. f. klin. Hydrother. VIII. 11. 1898.)

Aus einer Reihe von Versuchen zieht S. folgende Schlüsse: Durch Dampfbäder wird die Sekretionfähigkeit des Magens für kurze Zeit in geringem Grade erhöht, darauf folgt eine starke Verminderung, die 4—6 Stunden andauert. Erst nach 6 Tagen ist die Rückkehr zur Norm vollendet. Die Ursache für diese Erscheinung sucht S. in der Verarmung des Blutes an Chloriden und stützt sich dabei auf die Experimente von Grützner und Boas, nach denen durch Kochsalzinjektionen die Magensekretion zunahm, und auf die von Cahn, der nachwies, dass bei Chlorhunger die Sekretion aufhört. Die Resultate der Dampfbadekur bei saurem Magenkatarrh und reichlicher Magensaftabsonderung sind günstig, dagegen sind diese Bäder bei blutenden Geschwüren und bei verminderter Acidität zu widerrathen.

A. Breitenstein, *Beiträge zur Kenntniss der Wirkung kühler Bäder auf den Kreislauf Gesunder und Fiebernder.* (Arch. f. experim. Pathol. XXXVII. 5 u. 6. p. 253. 1896.)

B. nahm seine Versuche in der Weise vor, dass er bei Typhuskranken die Temperatur maass und die Zahl der Blutkörperchen aus einer dem Ohrläppchen entnommenen Probe bestimmte. Dann gab er ein Bad von 22° R. 10—15 Minuten lang und maass und zählte wieder. Dabei ergab sich, dass neben einer entsprechenden Temperaturabnahme die Zahl der rothen Blutkörperchen stieg, und zwar von 100000 bis zu einer Million. Einmal war eine Abnahme von 386000 zu finden, ohne dass ein Grund dafür gefunden werden konnte. Zur Controle wurden dieselben Versuche bei Gesunden und Nichtfiebernden durchgeführt. Auch da zeigte sich eine Zunahme der Erythrocyten, aber in geringerem Maasse, von 3 Anämischen wiesen 2 eine Abnahme auf. Versuche mit Antipyrin ergaben jedesmal Abnahme des Fiebers und der Pulsfrequenz, aber Zu- und Abnahme der Blutkörperchenzahl. Ueberhitzungversuche bei Kaninchen lieferten immer

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/83

eine bedeutende Abnahme. Aus diesem allen folgert Br. nun: Im Fieber wird die Druckdifferenz zwischen arteriellem und venösem Systeme zu Gunsten des letzteren erhöht und deshalb der Blutkreislauf in den Gebieten verlangsamt, in denen normaler Weise der Blutdruck gering ist. Gelingt es, die Athmung zu vertiefen und den Blutdruck zu steigern (durch Kräftigung der Herzaktion), so wird die Kreislaufsgeschwindigkeit erhöht und die Stase beseitigt. Dies wird durch das kalte Bad erreicht.

W. Winternitz, *Die Hydrotherapie als Lehrgegenstand.* (Bl. f. klin. Hydrother. IX. 3. 1899.)

Während noch vor gar nicht langer Zeit die Universitäten der Hydrotherapie ablehnend gegenüberstanden, hat sich eine erfreuliche Aenderung eingestellt, die W. auf die Heilerfolge eines Laien zurückführt (Kneipp), eines Laien, der hauptsächlich deshalb mit seinen der wissenschaftlichen Medicin längst bekannten Lehren Anhänger gewann, weil er sich in Gegensatz zur Zunftmedicin stellte. Die Frage, die jetzt von allen Seiten auftaucht, ist nicht mehr, soll Hydrotherapie gelehrt, sondern, wie soll sie gelehrt werden? W. verlangt, dass an allen medicinischen Hochschulen Kliniken für hydriatische Behandlung eingerichtet werden, und glaubt, dass die Einrichtungen einer solchen Klinik leicht zu beschaffen sind, denn nicht die Form, sondern die Dosirung der thermischen und mechanischen Reize ist die Hauptsache.

J. H. Kellogg, *Die therapeutischen Wirkungen des Wassers.* (Méd. mod. VIII. 1898.)

Die Hauptwirkungen des Wassers sind folgende. Es ist ein Nutriens, weil es fast alle Funktionen anregt, ein Antithermicum, es führt Wärme zu und wirkt mechanisch durch Erschütterung und Reibung. Der Primäraffekt einer kurzen Hitzeapplikation ist starke Erregung mit geringer Reaktion; bei längerer Dauer zeigt sich eine Herabsetzung des Gewebetonus; dauert die Hitzewirkung lange an, dann zeigt sich durch Temperaturerhöhung längere Erregung und tiefere Depression. Bei kühleren Proceduren finden wir primo loco Erregung, secundo loco Kräftigung, Tonisirung, bei prolongirten Kältewirkungen werden die Nervencentren durch den Reiz und die Herabsetzung der Körpertemperatur erschöpft. Die charakteristische Wirkung aller Bäder kann durch mechanische Reize, Abreibungen, Duschen, Uebergiessungen u. s. w. noch gesteigert werden, ebenso wie durch vorherige oder nachfolgende gymnastische Uebungen. Wenn K. von den indifferenten Bädern behauptet, dass sie deshalb calmirend wirken, weil sie den Energieverlust einschränken oder aufheben, so begiebt er sich auf das Gebiet der Hypothese.

Belly, *Abreibungen mit concentrirter heisser Salzlösung.* (Ztschr. f. diätet. u. physik. Therapie p. 81. 1899.)

Um blutarme und schwächliche Patienten für einen nachfolgenden Kältereiz empfänglich zu machen, empfiehlt B., die Kranken mit heissen concentrirten Salzlösungen abzureiben. Dabei werden die Füsse, um deren Kaltwerden zu verhüten, in ein warmes Bad gestellt. Wenige effleurageartige Streichungen genügen, um eine starke Hyperämie der Haut zu erzielen. Unmittelbar darauf erfolgt die Kälteapplikation, die ausnahmelos gut vertragen wird. Nach kurzer Zeit besserte sich das Aussehen der Kranken, der Appetit nahm zu, die allgemeine Müdigkeit und Schwäche machten einem ausgesprochenen Wohlbefinden Platz.

J. Roger, *L'hygiène par l'hydrothérapie.* (Havre 1899. 274 pp.)

R. tritt für die allgemeine Einführung der Schulbäder und Brausebäder ein und sieht in deren fleissigem Gebrauche ein wichtiges hygieinisches Moment. Ausserdem empfiehlt er den fleissigen Gebrauch der Seebäder, womit er eine genaue Beschreibung der französischen Seebäder verbindet. 3 gut gezeichnete Karten der Küste vervollständigen das Buch.

A. v. Hösslin, *Allgemeine Hydrotherapie.* (Sond.-Abdr. aus d. Handbuch d. Therapie innerer Krankheiten. Jena 1898. Gust. Fischer.)

Der 5. Band des genannten Handbuches ist nach kurzer Zeit in 2. Auflage erschienen. Der von v. H. bearbeitete Theil enthält keine wesentlichen Aenderungen, jedoch sind die neuesten literarischen Erscheinungen berücksichtigt. Die Arbeit macht durch ihre knappe Ausdrucksweise, sowie durch die vollständige Behandlung des Stoffes das Studium grösserer Werke überflüssig und wurde eingehend schon in früheren Berichten besprochen.

[O. Spitta, *Ueber die Grösse der Hautausscheidungen und der Hautquellung im warmen Bade.* (Arch. f. Hyg. XXXVI. 1. p. 45. 1899.)

Die Ergebnisse der Versuche sind: In warmen Bädern wird Schweiss ausgeschieden, bis zu 36.5° nur in geringer Menge. Bei höheren Temperaturen, wenn also die Wassertemperatur der Körpertemperatur gleich wird oder sie übertrifft, schnellt die abgegebene Schweissmenge plötzlich um das 4 bis 5fache des vorausgegangenen Werthes in die Höhe, zugleich tritt auch an dem vom Wasser nicht bedeckten Kopfe sichtbarer Schweiss auf. Dass die untere Grenze für die sichtbare Schweissbildung im Wasser um 4—5° höher liegt als in der Luft (33°), ist bei der stark wärmeableitenden Wirkung der Bäder leicht verständlich.

Die Gewichtsabnahme durch die Abgabe von Schweiss wird theilweise durch eine Gewichtsvermehrung durch Wasseraufnahme durch Quellung der Haut compensirt. Die Quellung scheint ziemlich rasch zu erfolgen und dann stationär zu bleiben, die Grösse der Wasseraufnahme beträgt zwischen 35.5° und 38° etwa 30 g, unter 35.5° nimmt sie ab, gegen 39.5° nimmt sie stark zu.

Woltemas (Diepholz).]

R. Metcalfe, *Life of Vincent Priessnitz, founder of hydropathy.* (London 1898.)

Ein mit Illustrationen reich versehenes Buch, das auf Grund ernster historischer Forschungen ein

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/84

Lebensbild des bekannten Laien giebt. Priessnitz wird vielfach, ob absichtlich oder nicht, möge dahingestellt sein, gegenüber der modernen, aufdringlichen Laienhydrotherapie, die sich auf seinen Lehrsätzen aufbaut, ohne ihm dafür Dank zu wissen, als Beispiel lauterer Bescheidenheit rühmend hervorgehoben.

Ziegelroth, *Ueber den prophylaktischen Werth des periodischen Schwitzens.* (Centr.-Bl. f. d. ges. Therapie VIII. 1898.)

Bei starkem Schwitzen werden mit dem Schweisse viele Bakterien eliminirt. Während im Badewasser eines nicht einer Schweissprocedur ausgesetzt gewesenen Individuum sich 32 Millionen Keime zeigten, stieg deren Zahl nach dem Bade eines schweisstriefenden Menschen auf 140 Millionen Keime.

B. Fried, *Casuistisches aus der Spitalabtheilung des Herrn Reg.-Rathes Prof. Winternitz an der allgemeinen Poliklinik in Wien.* (Deutsche Med.-Ztg. 47. 1898.)

Ein interessanter Fall von anfallsweise auftretender Tachykardie (210 Pulse pro Minute), in dem die gewöhnlichen hydropathischen Maassnahmen so wenig nützten wie Herztonica. Einmal brachte Morphin subcutan rasche Besserung, bei Wiederholung blieb diese aus. Die Obduktion ergab exostosenartige Vortreibungen beider Tubercula jugularia des Hinterhauptsbeines, die beide Nervi vagi, an denen übrigens mikroskopisch keine Veränderung zu finden war, anscheinend comprimirten. Fr. denkt sich die Aetiologie so, dass durch stärkere körperliche Anstrengungen oder psychische Alterationen eine venöse Hyperämie des Gehirns und damit eine Volumenzunahme des Gehirns eintrat. Der geringe Druck der Tubercula jugularia auf die Vagi bewirkte eine schwache Vagusreizung und dadurch wurde, analog den Versuchen von Schiff, Moleschott und Gianuzzi, die Beschleunigung des Herzschlages hervorgerufen.

H. Storoscheff, *Die physiologische Wirkung des Eises nach russischen Untersuchungen.* (Bl. f. klin. Hydrother. IX. 3. 1899.)

Die im Jahre 1884 von Zitowisch veröffentlichte Arbeit über die Einwirkung der *Chapman*-Schläuche auf die Körpertemperatur, den Puls und die elektrocutane Empfindung brachte wenig interessante Resultate. Nach ein-, bez. mehrstündiger Applikation des Eisschlauches auf den Rücken sank die Hauttemperatur daselbst nie unter 14.5° C., nach Wegnahme des Schlauches erreichte sie die Norm in 50 Minuten wieder. Die allgemeine Hauttemperatur wurde nur minimal (0.2° C.) verändert, ebenso wie der Puls nach Frequenz und Qualität keine wesentlichen Aenderungen zeigte. Die Hautsensibilität wurde durch eine mit dem *Dubois*'schen Schlittenapparate verbundene Drosdorff'sche Pinselelektrode geprüft, und zwar an Stirn, Bauch, Brust, Arm und Unterschenkel. Das Resultat war negativ. 1892 controlirte Filatow in 20 Fällen den Einfluss der Applikation des Eisbeutels auf den Bauch bei Schwangeren und Kreissenden. Er fand, dass dadurch minimale Contraktionen der Gebärmutter ausgelöst werden können. N. Kulbin führte glatte Eiskegel in den Mastdarm ein und wies eine lokale und eine allgemeine Wirkung nach. Erstere zeigte sich in starkem Kältegefühl, Contraktionen der Muskulatur und Drang nach unten, sowie in Herabsetzung der Sensibilität, die erst 20 Minuten nach Schmelzung des Eises aufgehoben war. Die Mastdarmtemperatur sank in den ersten 3 Minuten um 3.4° C. und stieg dann wieder ungleichmässig im Mittel um 0.5° in der Minute. Die Achseltemperatur erniedrigte sich um 0.2° C. Von allgemeinen Empfindungen fand Kulbin Aufregung und ein leichtes Frösteln am ganzen Körper. Ferner trat eine 6—10 Minuten dauernde Pupillenerweiterung ein. Die Athmung war um 1—3 Züge vermindert, der Puls wurde voller und langsamer (um 6—8 Schläge). Der Blutdruck wurde um ein Geringes vermindert, dies dauerte nach dem Schmelzen des Eises noch einige Minuten an.

Trotz der geringen Ausbeute der Versuche muss ihre Gründlichkeit anerkannt werden.

H. Lahmann, *Das Luftbad als Heil- und Abhärtungsmittel.* (Stuttgart 1898. A. Zimmer.)

Zu den abenteuerlichen Vorschlägen der sogen. Naturheilmethode gehört auch das vorliegende Buch L.'s, der seinen Kranken anräth, im Winter nur mit Schwimmhosen bekleidet sich im Freien zu tummeln. Er sagt: „Die Brücke zwischen den Culturmenschen und der Natur sei noch nicht ganz abgebrochen, so dass wir uns, ohne Schaden zu nehmen, an ihre Mutterbrust werfen könnten. Das Luftbad sei ein Beispiel dafür, dass durch die Rückkehr zu den natürlichen Lebensbedingungen eine Wiedergeburt der siechenden Culturmenschheit herbeigeführt werden könne. Es ist nicht nöthig, diese Argumente weiter zu widerlegen, nur ist es die Pflicht des gewissenhaften *Ref.*, alles auf seinem Gebiete neu in die Erscheinung Tretende zu registriren, auch wenn er und die Mehrzahl der Collegen damit nicht einverstanden sind.

Hier anzuschliessen wären die *Lichtbäder,* die bereits in vielen Wasserheilanstalten eingeführt worden sind. Der *Ref.* wird im nächsten Jahresberichte diese Arbeiten besprechen, da die Sache wegen Kürze der Zeit jetzt noch nicht spruchreif ist, möchte aber darauf hinweisen, dass diese Disciplin eine reiche Literatur zu liefern verspricht.

2) *Specielle Hydrotherapie.*

Thomsen, *Die Anwendung der Hydrotherapie und Balneotherapie bei psychischen Krankheiten.* Jahresversamml. d. Ver. d. deutschen Irrenärzte zu Bonn 1898. (Münchn. med. Wchnschr. XLV. 40. 1898.)

Der Vortragende stellte folgende Thesen auf:

1) Eine exakte Hydrotherapie der Psychose giebt es zur Zeit noch nicht, weil die Ursachen und anatomisch-physiologischen Processe der Geisteskrankheiten unbekannt und die physiologischen Wirkungen der Wasserproceduren vielfach noch dunkel sind.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/85

2) Von eingreifenden Proceduren und niederen Temperaturen ist im Allgemeinen bei Psychosen und Neurosen abzusehen.

3) Bei den akuten Psychosen, die mit Erregung einhergehen, ist eine systematische und consequente Hydrotherapie empirisch von grossem Vortheile. Namentlich prolongirte warme Bäder mit Abkühlung des Kopfes und feuchte Einpackungen erwiesen sich als vortreffliche Beruhigungsmittel.

4) Bei apathischem Stupor ist das Halbbad mit nachfolgender Uebergiessung oder kalter Abreibung das geeignetste Mittel, Cirkulation und Stoffwechsel günstig zu beeinflussen.

In der Diskussion warnte Fürstner vor der feuchten Einpackung und Jolly wies auf deren Heilwirkungen bei Delirium tremens hin. Aus den Verhandlungen ergiebt sich, dass die Zahl der in Irrenanstalten unternommenen Versuche noch zu gering ist, um ein abschliessendes Urtheil zu gewinnen.

Daran schliesst sich:

Ph. Stein, *Das Bad in der Irrenpflege.* (Balneol. Rundschau Juli 1899.)

Die frühere rigorose Duschebehandlung der Geisteskranken ist ein überwundener Standpunkt und auch die Behandlung von Paralytikern im Initialstadium mit Kaltwasserkuren wird nicht mehr geübt. Um so mehr werden in der modernen Psychiatrie warme Dauerbäder und feuchtwarme Einpackungen als Beruhigungsmittel gebraucht, namentlich bei unruhigen Kranken jeder Art werden laue Dauerbäder vielfach angewendet. Das Bad hat eine Temperatur von 28° R. und dauert Stunden, Tage und Wochen lang insofern, als der Kranke sofort nach dem Erwachen in das Bad gesetzt wird und es nur zur Einnahme der Hauptmahlzeit und zum Schlafengehen verlässt. Der Kopf wird mit einer kalten Compresse bedeckt, die oft gewechselt wird. Die anfängliche Scheu der Kranken verliert sich bald und ein kühles Gefühl, das sie beim Verlassen des Wassers haben, veranlasst sie, dasselbe gern wieder aufzusuchen. Die Erfolge waren augenfällig. Das Schmieren ist ausgeschlossen, desgleichen das Zerreissen der Kleider und Wäsche, der Kranke wird ruhiger.

Weniger gute Erfolge sieht man bei Hysterischen und Epileptischen. Hier ist die feuchtwarme Einpackung am Platze. Bäder sowohl, wie Einpackungen sind nach dem Berichte St.'s ausnahmelos gut vertragen worden.

Dubois, *Regenbad und Constipation.* (Gaz. des Eaux Nr. 2108. 1898.)

Die Dusche wird mit der Stärke einer Atmosphäre $^1/_4$ Min. lang in der Temperatur von circa 10° auf die Lebergegend gerichtet. Es soll dabei die Leber erschüttert und die Gallensekretion reflektorisch vermehrt werden. Dazu macht D. die auffallende Bemerkung, dass bei fast allen Magenkranken die Leber vergrössert sei und die Kranken eine an Ikterus erinnernde Hautfarbe zeigen.

A. Siegrist, *Hydriatische Behandlung der Ischias.* (Schweiz. Corr.-Bl. f. Aerzte XXIX. 12. 1899.)

Längs des Verlaufes des kranken Nerven werden heisse Compressen (von 40—50° R.) aufgelegt und deren Wärme durch aufgelegte schlechte Wärmeleiter gestaut. Nach 2 Stunden wird die Procedur durch eine kurze kalte Waschung beendigt. Die Anwendung des heissen Wassers erfolgt täglich 3—4mal mit Unterbrechung von 1 bis 2 Stunden und es soll auf diese Weise gelingen, der Krankheit in wenigen Tagen Herr zu werden und den Uebergang in die chronische Form hintanzuhalten. Bei chronischer Ischias empfiehlt S. die gleiche Procedur, hält es aber für vortheilhafter, die schottische Dusche (1 Min. lang heissen, trockenen Dampf und dann eine blitzartige kalte Fächerdusche) anzuwenden, bis die Haut intensiv geröthet ist. Den Schluss macht hier eine milde, mit 12—15° R. temperirte Regendusche. Tritt nicht sofort eine Remission ein, so ist dies ein Zeichen, dass ein tieferes Leiden vorhanden ist.

A. Loebel, *Diät- und Kaltwasserkuren bei Behandlung der Ernährungsstörungen in Folge retardirter Stoffmetamorphose.* (Bl. f. klin. Hydrother. IX. 2. 1899.)

Die hierher gehörigen Kranken zeichnen sich durch die Neigung zu übermässigem Fettansatze aus. Man bekämpft dieselbe auf diätetischem und hydropathischem Wege. Ersteres als bekannt voraussetzend, erwähnen wir, dass die Wasserkur die aufgespeicherten Fettmengen durch Wärmeentziehung zu beseitigen sucht. Je intensiver sich bei mässigem Wärmeverluste der Nervenreiz gestalten kann, um so grösser ist die Abnahme des Körpergewichtes durch Verbrennung von Fett. Zu empfehlen ist von diesem Standpunkte aus das kalte Vollbad von 8—12° R. in der Dauer von $^1/_2$—1 Minute mit vorausgehender Wärmestauung (Dampfkasten oder Schwitzeinpackung). Die üblichen Schwitzproceduren muss eine kalte Dusche beendigen, damit die Hautgefässe und Hautnerven wieder tonisirt werden. Heissluftbäder sind bei Fettleibigen mit beunruhigenden Herzerscheinungen weniger am Platze als der Dampfkasten. Auch das kalte Vollbad muss häufig durch mildere Mittel: Tauchbäder, kräftige Regenbäder, Halbbäder mit Uebergiessungen des Unterleibes ersetzt werden.

Eine Folge mangelhafter Oxydation ist auch die Oxalurie, deren Behandlung auf gleichen Principien beruht. Bei der Gicht werden sekretionbefördernde Proceduren: feuchte und trockene Einpackungen, kalte Duschen, kalte Abreibungen und Dampfbäder empfohlen. Beim Diabetes sind die Meinungen noch getheilt. Während Pleniger versucht, das Nervensystem von der Peripherie her zu erregen, die Aufnahme des Sauerstoffes durch die Beförderung der Respiration vermehrt und Leberfunktionen steigert, rühmt Vocke die Schwitzbäder mit kalten Abreibungen, Duschen

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/86

und Halbbädern und Andere neigen mehr zu kurzen intensiven Kältereizen. Selbstverständlich ist bei allen diesen Krankheiten ein grosses Gewicht auf die Diät zu legen.

W. Winternitz, *Die Wasserbehandlung des Unterleibstyphus auf der Klinik.* (Bl. f. klin. Hydrother. VIII. 12. 1898.)

In verschiedenen Autoren sind in jüngster Zeit W. wissenschaftliche Gegner entstanden, namentlich auf dem Gebiete der Typhusbehandlung. So meint Curschmann: „Für leichte, mittelschwere und selbst manche schwere uncomplicirte Fälle, namentlich bei früher gesunden Personen, kann die diätetische Behandlung und im Uebrigen sorgfältige Ueberwachung jedes sonstige Heilverfahren überflüssig machen". Von anderer Seite wird die Bäderbehandlung bei den ersten Zeichen der Darmblutung streng verboten, wogegen W. die Anwendung von Umschlägen und lokalen Kühlapparaten als richtig bezeichnet. Auch die Ansicht C.'s, dass Fettleibige die Wasserkur nicht vertragen, bestreitet W. auf das Entschiedenste und erklärt sie durch mangelhafte Methodik, durch ungenügende Wärmeentziehung und damit unvollkommenen Nervenreiz. Mit methodischer Wasserbehandlung kann man einen mächtigen Einfluss auf den Krankheitverlauf ausüben. Nicht, wie C. meint, ist die Nichtanwendung der Hydrotherapie in *schweren* Typhusfällen ein Kunstfehler, auch in leichten Fällen muss man sich ihrer bedienen.

Jeannot-Hackel, *Hydrotherapie bei chronischer Obstipation.* (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 1. 1899.)

J.-H. unterscheidet zwei Formen der Obstipation, eine atonische oder habituelle und eine hypertonische oder spastische. Im ersteren Falle applicirt er neben geeigneter cellulosereicher Kost und Massage die Charcot'sche Dusche. Diese besteht darin, dass man einen Wasserstrahl von zwei Atmosphären Druck, dessen Temperatur durch einen am Mischapparate angebrachten Hebel zwischen 39° und 50° C. fortwährend ändert, auf die Unterbauchgegend und dann auf Brust und Rücken applicirt. Im zweiten Falle legt J.-H. tagsüber mehrere Stunden lang und die ganze Nacht hindurch heisse, feuchte Compressen auf den Leib und verordnet eine andere Duscheart. Das Wasser wird durch eine fein durchlöcherte Brause bei niederem Drucke in einer Temperatur von 35° C. 2—$2^1/_2$ Minuten lang auf den Bauch geleitet und der Schlauch in Rundbewegungen ca. 100mal um den Darm geführt. Dann werden Brust, Rücken und Beine geduscht; der Kranke muss 10 Minuten zu Bette gehen und sich dann fleissig Bewegung machen.

W. N. Godding, *Zur hydriatischen Behandlung der Paralysis progressiva.* (Brit. med. Journ. Nov. 13. 1897.)

G. hat seine Paralytiker mit kalten feuchten Einpackungen in der Dauer von 1—3 Stunden behandelt und daran eine Massage oder ein Regenbad angeschlossen. Da er gleichzeitig Jod und Quecksilber gab, so sind die Versuche nicht rein. Der Erfolg war eine Milderung der vorhandenen Erregung und die Herbeiführung von Schlaf. Ferner soll durch die Ableitung des Blutstromes nach der Haut der Anhäufung pathologischer Produkte entgegengearbeitet werden, umsomehr, als der Gefässtonus regulirt und die Herzthätigkeit gekräftigt wird. G. verspricht sich von seiner Methode eine Milderung des Krankheitverlaufes.

S. Baruch, *Hydrotherapie bei chronischen Krankheiten.* (Bl. f. klin. Hydrother. IX. 3. 1899.)

B. ist der erste und fleissigste amerikanische Hydropath, dessen Ueberzeugung von der Heilkraft des Wassers allmählich in weitere Kreise gedrungen ist. Er schildert die Geschichte der amerikanischen Hydrotherapie und behauptet, dass das Wasserheilverfahren einen innigeren Connex zwischen Patient und Arzt vermittle, als die medikamentöse Therapie. Sein weiterer Ausspruch, dass man keinen Fall für hoffnungslos erklären dürfe, bevor man das Wasser in allen Formen versucht habe, ist wohl nur cum grano salis zu verstehen. Dass er die chronische Neurasthenie als ein Paradigma der nur durch Hydrotherapie zu bessernden Krankheiten aufstellt, wird ihm von manchem Neurologen zugegeben werden. Zum Schlusse des sehr lesenswerthen Aufsatzes meint B., die Ausübung der Wasserheilmethode durch Laien schädige das Ansehen der Aerzte und deshalb dürfe man die immer deutlicher werdenden Stimmen, dass Hydriatik an den Universitäten gelehrt werden solle, nicht ungehört lassen.

A. Loebel, *Leitfaden der hydriatischen Verordnungen bei chronischen Erkrankungen.* (Leipzig u. Wien 1898. Breitenstein.)

Das Buch L.'s ist für Aerzte bestimmt, die in der Hydrotherapie nicht specialistisch ausgebildet sind, und bringt in kurzen Capiteln das Wesentlichste der Wasserheilkunde. L. beginnt mit den allgemeinen Ernährungstörungen: Anämie, Chlorose, Adipositas, Oxalurie, Gicht, Diabetes, Scrofulose, Malaria, Lues und Rheumatismus. Nach Anführung der hervorstechendsten Symptome schildert L. die Wasserheilmethoden, die sich ohne Schwierigkeit durchführen lassen, und bespricht deren Wirksamkeit. Ohne in's Einzelne einzugehen, vergisst er doch nichts von Werth und bietet dadurch für rasche Informirung ein brauchbares Buch. Der 2. Theil beschäftigt sich mit den organischen und funktionellen Nervenkrankheiten, welchen letzteren ein breiterer Raum eingeräumt hätte werden dürfen. Daran schliessen sich die Krankheiten des Magendarmkanales und die der Cirkulationorgane. Die Bedeutung der Hydrotherapie bei letzteren wird seit den Winternitz'schen Arbeiten immer mehr gewürdigt. Aber auch bei den Krankheiten der Athmungswerkzeuge wird die Wasserheilkunde vielfach zu Rathe ge-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/87

zogen. Was den Geschlechts- und Harnapparat betrifft, so gehören die funktionellen Störungen meist in das Gebiet der Neurosen. Bei den Nierenkrankheiten concurrirt der Hydropath mit dem Diätetiker. Den Schluss der flott geschriebenen Arbeit machen die Hautkrankheiten.

W. H. Riley, *Der apoplektische Gefässzustand und seine Behandlung mit kühlen Regenbädern.* Uebersetzt von K. Kraus. (Bl. f. klin. Hydrother. VIII. 8. 1898.)

R. kennt verschiedene Arten des Blutgefässzustandes, die zu Apoplexie führen, und schildert die, in der durch eine partielle Obstruktion der Capillaren eine Erweiterung und Schwächung der grösseren Gefässe, sowie sekundär eine Herzhypertrophie entstanden ist. Die Symptome der Apoplexie sind von denen der Thrombose oder Embolie wesentlich verschieden: die Lähmung ist nicht beträchtlich, nur klagt der Kranke über grosse Muskelmüdigkeit, über starke Schmerzen und Schlaflosigkeit. Es sind damit 3 Indikationen gegeben: den peripherischen Widerstand zu beseitigen, den Tonus der relaxirten Gefässe zu heben und das Herz zu kräftigen. Zu diesem Zwecke ist es angezeigt, reichlich Wasser zu trinken und warme Bäder zu gebrauchen; am meisten empfiehlt R. das warme elektrische Wasserbad und das elektrische Lichtbad. Die zweite und dritte Forderung erfüllt am besten das kalte Regenbad. Es bewirkt eine Verstärkung und Verlangsamung der Herzaktion und führt eine Contraktion in dem gesammten Gefässsystem herbei. Bei längerem Gebrauch sind die Regenbäder im Stande, chronische Veränderungen zu beseitigen und das Herz dauernd zu kräftigen. Die Arbeit R.'s ist mit einer Reihe von instruktiven Sphygmogrammen versehen und verdient allgemeine Beachtung, umsomehr, als die von R. geschilderte Abart der apoplektischen Degeneration nicht selten ist.

E. Bonn, *Die Hydrotherapie bei den Erkrankungen der Haut.* (Festschrift zu Ehren von P. I. Pick. Wien 1898. Braumüller.)

B., der ganz auf dem Boden der Winternitz-Schule steht, betont vor Allem die macerirenden Eigenschaften des Wassers bei hyperkeratotischen Processen und weist auf die rasche Heilung von Geschwüren hin, die durch passive Hyperämie entstanden sind (Varicen). Die Angioneurosen der Haut, die idiopathischen und toxischen Erytheme und die Urticaria chronica, ferner die lokale und allgemeine Hyperidrosis und die verschiedenen Sekretionanomalien der Haut, endlich die Sensibilitätstörungen derselben sind dankbare Objekte für die hydropathische Behandlung. Die kleine Arbeit erschöpft den Gegenstand und erweitert die Indikationen der Wasserheilkunde.

H. Storoscheff, *Ueber den relativen Werth der lokalen Thermalkur bei der Syphilis nach russischen Untersuchungen.* (Bl. f. klin. Hydrother. VIII. 7. 1898.)

Die ersten Mittheilungen über die vorliegende Therapie machte Ussass schon 1874, dem es gelang, Hautsyphiliden durch täglich zweimal gegebene Theilbäder mit allmählich steigender Temperatur (28—38° R.) und durch Dunstumschläge in 7—10 Tagen zum Verschwinden zu bringen. U. ist der Ansicht, dass seine Methode bei allen syphilitischen Erkrankungen der Haut, des subcutanen Zellengewebes, der Muskeln, des Periostes und der Knochen angewendet werden kann und besonders geeignet ist, bei schwerer Kindersyphilis und bei drohendem Durchbruch oder bei Zerstörung irgend eines Organes. Stepanoff veröffentlichte einen Fall, in dem es ihm gelang, ein tuberkulöses Nasensyphilid, bei dem Hg-Injektionen, Decoctum Zittmanni und Jodkalium ohne Erfolg gegeben worden waren, in 2 Wochen zur Heilung zu bringen. Tarnowsky freilich meint, dass bei rascher Heilung der Hautaffektionen die inneren Organe leichter ergriffen würden, aber Beweise für diese Vermuthung sind in der Literatur nicht zu finden.

Comby, *Hydrotherapie bei cerebralen Reizzuständen der Kinder.* (Bl. f. klin. Hydrother. IX. 5. 1899.)

Man verordnet täglich 2mal Bäder von 35° C in der Dauer von 5—10 Minuten, ist der Schlaf schlecht, so kann man am Abend ein drittes Bad geben und es auf 20 Minuten ausdehnen. Wenn Unruhe vorhanden ist, empfehlen sich kurze kalte Uebergiessungen, unter Umständen feuchtwarme Einpackungen des Rumpfes. Seebäder sind verboten.

Volland, *Ueber Luftkur, Gymnastik, Wasserkur bei der Behandlung der Lungenschwindsüchtigen.* (Therap. Monatsh. XIII. 1. p. 16. 1899.)

Die von Brehmer ausgebildete Luftbehandlung der Tuberkulose wurde schon im Jahre 1843 von einem Klausthaler Arzte, Brockmann, angewendet. Es ist aber nicht anzunehmen, dass Brehmer die Veröffentlichung seines Vorgängers gekannt habe. Das vorzügliche Mittel wird in neuester Zeit vielfach missbraucht, weil übertrieben, denn das Einathmen feucht-kalter oder nebliger Luft ist an sich schon eine Schädlichkeit, wie es andererseits nicht räthlich ist, in den Nachtstunden die Fenster offen zu behalten. Man lasse den Phthisiker nur so lange im Freien, als die Sonne über dem Horizont steht. Was die Lungengymnastik anbetrifft, so würde sie längst als ein Kunstfehler angesehen werden, wenn sich die Lunge in ihren erkrankten Theilen nicht von selbst gegen die Gefahren der Dehnung schützen könnte. Die Wasserkur hat erst Brehmer in die Phthiseotherapie eingeführt; er hat wiederholten Aufenthalt in Gräfenberg genommen und ursprünglich war die später so berühmt gewordene Görbersdorfer Anstalt ein hydropathisches Sanatorium. Die Dusche, die sehr gerne gebraucht wurde, sollte tiefe Athemzüge auslösen und die Herzthätigkeit kräftigen. Mit lauwarmen Bädern

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/88

und Waschungen erreicht man dasselbe, ohne dass irgendwelche Gefahren gegeben wären. Ueberhaupt ist V. ein Anhänger der modificirten Kuren, besonders in der Hydropathie, und behauptet, dass die abhärtenden Wirkungen der forcirten Methoden bei Lungenschwindsucht deshalb überflüssig wären, weil man Tuberkulose erst dann abhärten dürfe, nachdem man sie völlig gesund gemacht hat.

W. Winternitz, *Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit und die Aufgaben der Hydrotherapie dabei.* (Bl. f. klin. Hydrother. IX. 6. 1899.)

Da die Aufnahme der Tuberkelbacillen in den Organismus noch nicht inficirend wirkt, so muss die Disposition des Individuum die gegebene Schädlichkeit nicht überwinden können, wenn eine Infektion zu Stande kommen soll. Diese Disposition kann durch die Hydrotherapie beseitigt werden. Man soll durch wiederholte methodische thermische und mechanische Reize die Reflexerregbarkeit der sensiblen peripherischen Hautnerven herabsetzen, wodurch die Erkältungursachen beseitigt werden. Aber auch bei der sich entwickelnden oder floriden Phthise fallen der Wasserbehandlung wichtige Aufgaben zu, indem sie es ermöglicht, collaterale Hyperämie, aktive Fluxion, Erleichterung des Blutabflusses und veränderte Diffusionvorgänge in den erkrankten Organen hervorzurufen. Das wichtigste Heilagens in dieser Hinsicht ist der erregende Brustumschlag, der die kranken Organe gewissermaassen in Treibhausverhältnisse versetzt. Dass man Lungenblutungen und das sogen. hektische Fieber hydropathisch günstig beeinflussen kann, ist allgemein bekannt. Schon im Jahre 1847 hat Schlechta, Direktor der Wasserheilanstalt in Wartenberg, die Phthisis pulmonum mit glücklichem Erfolge hydropathisch behandelt, ihm folgte Brehmer; trotzdem ist die genannte Therapie in den Lungenheilstätten noch nicht eingeführt.

D. Klimatotherapie.

C. Clar, *Einfluss der Klimatotherapie auf den Kreislauf des Blutes.* (Wien. med. Wchnschr. XLIX. 16. 1899.)

Eine Zusammenstellung aller Arbeiten der letzten Jahre. Die Excerpte aus den betreffenden Veröffentlichungen sind so knapp gehalten, dass sich daraus kein Referat verfassen lässt, ohne dass Wichtiges weggelassen wird. Für Alle, die in klimatologischen Fragen sich rasch orientiren wollen und sich namentlich für die historische Entwickelung interessiren, ist die Arbeit Cl.'s unentbehrlich.

Laffitte, *Stations d'altitude et sanatoria.* (Progrès méd. 3. S. X. 2. 1899.)

L. beschreibt in erster Linie die Vorzüge des Höhenklima und schliesst daran eine Schilderung der bekannteren Höhenluftkurorte. Dann kommt er auf den Werth der Lungensanatorien, wobei er die Verdienste Brehmer's und Dettweiler's vollauf anerkennt. Seine Postulate für eine gut eingerichtete Lungenheilanstalt werden nach seiner Meinung am besten in Honnef erfüllt, das er allen ähnlichen Instituten voranstellt. Die Arbeit verbreitet sich dann noch über die in genannten Heilanstalten üblichen Kurmittel und deren Werth für die Heilung der Tuberkulose.

Römpler, *Vermehrung der rothen Blutkörperchen mit steigender Elevation im Gebirge und Einfluss des Höhenklimas.* (Verhandl. des 27. schles. Bädertages. Reinerz 1899.)

Viault hat zuerst darauf hingewiesen, dass die Zahl der Erythrocyten im Hochgebirge zunimmt; diese Thatsache wurde an grösserem Materiale von Egger in Arosa bestätigt. Interessant ist eine von Köppe und Wolff aufgestellte Scala, wonach sich in Christiania in einem Cubikmillimeter 4974000 rothe Blutkörperchen finden, in Göttingen (148 m hoch gelegen) 5225000, in Tübingen (314 m) 5322000, in Zürich (412 m) 5752000, in Görbersdorf (561 m) 5800000, in Reiboldsgrün (700 m) 5970000, in Arosa (1800 m) 7000000, in den Cordilleren (4392 m) 8000000. 30 Jahre früher hatte Jourdanet gerade das Gegentheil behauptet, dass nämlich Menschen, die über 2100 m hoch leben, meist anämisch und geistig inferior seien. Der Viault'schen Ansicht trat zuerst Grawitz entgegen; er stellte die Neubildung rother Blutkörperchen an hochgelegenen Orten überhaupt in Abrede und erklärte die scheinbare Vermehrung durch Eindickung des Blutes. Gottstein wies nach, dass der Luftdruck einen Einfluss auf das Volumen des Zählapparates hat, der bei vermindertem Luftdrucke zu hohe, bei vermehrtem zu niedrige Werthe zeigt. Nach ihm verliert die anscheinende Vermehrung der Erythrocyten im Gebirge ihre Räthsel, wenn man sie als die Summe zweier Faktoren ansieht, des Luftdruckes, der nicht auf den Organismus, sondern auf die Zählkammer wirkt, und einer Reihe klimatischer Faktoren, die eine langsame Steigerung des Hämoglobins herbeiführen. Zuntz und Loewy fanden, dass die rothen Blutkörperchen in der ersten Woche ihres Aufenthaltes auf dem Monte Rosa eine Verminderung, in der zweiten eine Vermehrung erfuhren. Aus diesen gegentheiligen Ansichten geht deutlich hervor, wie wenig die Frage geklärt ist. Römpler glaubt, dass nicht die Verminderung des Sauerstoffes, sondern das Licht, die Umgebung und die Bewegung die wirksamen Faktoren der Höhenkur seien; er vergleicht diese in ihren Wirkungen mit der Wasserkur, nur dass statt der Duschen und der kalten Bäder die scharfe Luft, der Wind und die Sonne auf den Körper einwirken.

L. Lépine, *Les grandes altitudes ont-elles quelque utilité thérapeutique?* (Semaine méd. XIX. 21. 1899.)

Die Arbeit ist ein Referat der auch von uns besprochenen wissenschaftlichen Abhandlungen über den Einfluss der Höhenluft auf Athmung, Herzthätigkeit, Blutdruck und Assimilation. Nament-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/89

lich die einschlägige deutsche Literatur ist auf's Gewissenhafteste benutzt.

Lobit, *Biarritz, station hivernale.* (Biarritz 1899.)

Die mittlere Temperatur betrug während der letzten 7 Winter 7.6° C. Die mittlere Sterblichkeit war in den letzten 21 Jahren geringer als das Durchschnittsmittel in Frankreich. Die klimatischen Heilfaktoren werden durch die Seebäder und die Soolbäder vermehrt. Die Arbeit bringt einige meteorologische Tabellen, ist aber sonst nicht geeignet, neue Gesichtspunkte zu eröffnen.

F. Neumann, *Ajaccio und Umgebung.* (Berl. klin. Wchnschr. XXXV. 1. 1898.)

Das Klima Ajaccios ist in erster Linie dem des italienischen Festlandes ähnlich; es ist im Durchschnitte um 2° C. wärmer als die Riviera und hat selten Nordwinde. Temperaturschwankungen sind wegen der Nähe des Meeres, das im Winter 15 bis 16° C. warm ist und nicht kälter als 12° wird, selten. Die Durchschnittsfeuchtigkeit beträgt 70%. Die Vegetation ist sehr reich, um Ajaccio ziehen sich Wälder bis zur Höhe von 1600 m. Anzuerkennen ist noch die grosse Staubfreiheit. Die Unterkunft in den schweizer und deutschen Pensionen ist gut, die Zimmer sind entsprechend eingerichtet und zum Theil mit Kachelöfen versehen. Die Abfuhrverhältnisse sind im Allgemeinen gut, reichliche Spülung ist vorhanden. Das vorzügliche, dem Urgestein entspringende Trinkwasser verliert dadurch etwas, dass es zum Theil in offenen Viadukten geleitet wird, wodurch Verunreinigungen möglich werden. Die Indikationen decken sich mit denen der Kurorte des italienischen Festlandes: chronische Bronchialkatarrhe nicht tuberkulöser Natur werden sehr günstig beeinflusst, erholungs- und sonnenbedürftige Menschen, sowie Herzkranke, die in Ruhe klimatische Heilfaktoren geniessen wollen, finden in Ajaccio einen geeigneten Platz.

Th. Stephani, *La station climatérique de Montana.* (Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 5. p. 340. Mai 1899.)

Montana liegt 1500 m hoch, an der Grenze des Cantons Bern gegen Wallis, besitzt nach St. die Bedingungen für ein Höhensanatorium. Die Besonnung ist eine auffallend lange, schon im Januar, der 13 Tage mit unbewölktem Himmel brachte, betrug die tägliche Besonnung 8 Stunden, im März $10^1/_4$—11. Im Winter 1897—1898 war die mittlere Tagestemperatur im Schatten 9—12°, in der Sonne 30—45° (!). Die tiefste Nachttemperatur fiel auf —14° und schwankte sonst zwischen 0 und —5°. Nebel wurden äusserst selten beobachtet. Die Luft ist sehr trocken. Auf Grund dieser Bedingungen hält St. Montana für geeigneter als Davos, was wir nach den meteorologischen Aufzeichnungen nur eines Jahres für etwas voreilig angenommen erachten.

E. Chevalier, *Las Palmas et son climat.* (Presse méd. belge LI. 4. 1899.)

Die mittlere Temperatur beträgt in Luz, dem Hafen von Las Palmas im October 22°, im November 20°, im December 18°, im Januar 17°, im Februar 17.5, im März 17.5, im April 18°, im Mai 19°. Regen ist selten, vorherrschende Windrichtung Nord. Die Barometerschwankungen bewegen sich innerhalb 13 mm. Stürme, Schnee sind unbekannt. Die Zahl der Sonnentage ist grösser als an der Riviera und in Algier. Während die mittlere tägliche Besonnung für Davos 3 Stunden 40 Minuten beträgt, steigt sie in Las Palmas auf 5 Stunden 40 Minuten. Alle diese Umstände prädestiniren Las Palmas für einen Winterkurort und machen es werthvoll für die Therapie der Tuberkulose, der chronischen Bronchitiden und der an Morbus Brightii Leidenden. Auch Gichtkranke und Rheumatiker, sowie Herzkranke eignen sich zu längerem Aufenthalte auf Las Palmas. Die Unterkunftverhältnisse sind hygieinisch einwandsfrei.

C. Bücheranzeigen.

1. **Handbuch der praktischen Medicin;** redigirt von Prof. W. Ebstein in Göttingen und Dr. J. Schwalbe in Berlin. Herausgegeben von W. Ebstein. 5 Bde. Stuttgart 1898/99. Ferd. Enke. Gr. 8. Lief. 2—13. (Je 4 Mk.)

Das Handbuch, dessen 1. Lieferung wir Jahrbücher CCLIX. p. 95 ausführlich angezeigt haben, ist bereits ziemlich weit vorgeschritten. Der I. Band: *Krankheiten der Athmungsorgane und der Kreislaufsorgane* liegt vollständig vor und erfüllt durchaus das, was wir nach der vortrefflichen 1. Lieferung erwartet haben. Die Erkrankungen der Bronchen (einschliesslich des Keuchhustens) und den grössten Theil der Lungenkrankheiten hat Lenhartz besprochen, von Liebermeister stammen die wichtigen Capitel: Lungenentzündung und Lungentuberkulose, den grossen Abschnitt: Krankheiten des Brustfelles und des Mittelfelles hat Unverricht übernommen. Dazwischen liegt ein kurzes Capitel: Lungenchirurgie von F. König. Die Krankheiten der Kreislauforgane hat E. Romberg in Leipzig bearbeitet und auf diesen Theil des Handbuches werden wir später noch besonders eingehen. Alles in Allem

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/90

macht dieser I. Band einen guten Eindruck und ist wohl geeignet, den Collegen eine feste Richtschnur für ihr Handeln im Ganzen und gute Rathschläge für den einzelnen Fall zu geben.

Der II. Band umfasst die *Krankheiten des Blutes und der blutbereitenden Organe* und die *Krankheiten der Verdauungsorgane*. Er beginnt mit den Krankheiten des Blutes, wozu auch Sepsis und Pyämie gerechnet sind, von S. Laache in Christiania, dann folgen die Krankheiten „der sogenannten Blutdrüsen“: Milz, Lymphknoten (Scrofulose u. s. w.), Thymus, Carotisdrüse, Hypophysis, Nebennieren, Schilddrüse von F. Kraus in Graz, mit einem Anhange: Chirurgie der Blutgefässdrüsen von H. Braun in Göttingen. In die Krankheiten der Verdauungsorgane haben sich getheilt: G. Sticker in Giessen mit den Krankheiten der Lippen, der Mundhöhle und der Speiseröhre; J. Scheff in Wien mit den Krankheiten der Zähne; P. K. Pel in Amsterdam mit den Krankheiten des Magens; A. Přibram in Prag mit den Krankheiten des Darmes; A. Epstein in Prag mit den Verdauungstörungen im Säuglingsalter und W. Ebstein in Göttingen mit den Erkrankungen der Leber, der Gallenblase, der Gallengänge und der Pfortader. Vom letztgenannten Abschnitte liegt uns erst der Anfang vor.

Vom III. Bande: *Krankheiten der Harnorgane und des menschlichen Geschlechtsapparates* und vom IV. Bande: *Krankheiten des Nervensystems mit Einschluss der Psychosen* sind erst die Anfänge erschienen.

Hoffentlich haben wir das Werk, das doch einen recht stattlichen Umfang annehmen wird, bald vollständig vor uns, wir kommen dann noch einmal darauf zurück. Dippe.

2. **Reiseberichte über Rinderpest, Bubonenpest in Indien und Afrika, Tsetse- oder Surrakrankheit, Texasfieber, tropische Malaria, Schwarzwasserfieber;** von Rob. Koch. Berlin 1898. Jul. Springer. Gr. 8. 136 S. (2 Mk. 40 Pf.)

Im December 1896 ging K. nach Südafrika, um ein Heilmittel, bez. eine Schutzimpfung gegen die Rinderpest zu suchen. Im März 1897 wurde er von dort nach Indien zum Studium der Pest berufen und im Juli 1897 siedelte er für längere Zeit nach Deutsch-Ostafrika über, um die dortige Pest, das Texasfieber, die Tsetsekrankheit der Rinder und die tropische Malaria zu studiren. Das vorliegende Heft enthält die Berichte, die K. während dieser Zeit an seine Auftraggeber gerichtet hat. Der Inhalt dieser Berichte ist durch die politischen Tageblätter schnell bekannt geworden, trotzdem wird Jeder sie mit grossem Interesse durchlesen; bis zum Erscheinen einer ausführlichen Verarbeitung des mächtigen Materiales bilden sie die authentische Aufzählung der gewonnenen zahlreichen und wichtigen wissenschaftlichen Ergebnisse. Dippe.

3. **7066 Todesfälle der Baseler Lebens-Versicherungs-Gesellschaft,** medicinisch und statistisch bearbeitet von Dr. Arth. Hesse. Leipzig 1899. Joh. Ambr. Abel. 8. VIII u. 66 S. (3 Mk.)

1865 hat die Baseler L.-V.-G. ihren ersten Todesfall gehabt, bis zum 31. Dec. 1897 7066 Todesfälle und diese hat H. in geschickter Weise verarbeitet. Mit vollem Rechte hat er dabei den Hauptwerth auf die Verhältnisse der Vererbung gelegt, da in dieser Beziehung die Akten der Versicherten meist ziemlich vollständige und zuverlässige Angaben enthalten. Mit der medicinischen Vorgeschichte des Versicherten selbst sieht es wesentlich schlechter aus, da hier erschrecklich viel gelogen und verschwiegen wird. Für die wichtige Frage z. B., wie weit die Lues durch die Vorbereitung von Nerven-, Gefäss- und anderen Krankheiten das Leben verkürzt, sind die Akten der Versicherungs-Gesellschaften kaum zu benutzen, da zahlreiche Candidaten eine Lues, die seit einigen Jahren keine Erscheinungen mehr gemacht hat, als ihrer Ansicht nach vollkommen erledigt, einfach verschweigen. Etwas mehr, als das Buch von H. enthält, liesse sich allerdings doch wohl auch hierüber ermitteln. Bezüglich dessen, was H. über die Vererbung festgestellt hat, giebt seine Tabelle 7 den besten Ueberblick, wir drucken sie als die unserer Ansicht nach werthvollste des ganzen Buches auf der nächsten Seite unverkürzt ab.

Zweifellos steckt in dem grossen Materiale der Lebensversicherungs-Gesellschaften noch manches Werthvolle darin, es herauszusuchen, ist aber eine schwere Arbeit. Man muss doch wohl noch etwas weiter gehen, als H. es gethan hat, und muss namentlich aus jenen Aktenstücken, die in Folge von Nachversicherungen mehrere Anamnesen und mehrere Status aus verschiedenen Lebensstadien enthalten, die Vorboten der Todesursache zu ermitteln suchen. Hoffentlich lassen sich Aerzte, die über die nöthige Zeit verfügen, durch H.'s gutes Beispiel zu ähnlichen Arbeiten anregen. Dippe.

4. **Jahrbuch der praktischen Medicin.** *Jahrgang 1899;* herausgeg. von J. Schwalbe. Stuttgart 1899. Ferd. Enke.

Das vorliegende Jahrbuch der praktischen Medicin (Jahrgang 1899) zeichnet sich ebenso wie die vorhergegangenen durch präcise und trotz der knappen Form klare Darstellung des für den praktischen Arzt Wissenswerthesten auf allen Gebieten der Medicin aus. Die Namen der Berichterstatter bürgen für die zweckmässige Auswahl des Mitgetheilten. Eine dankenswerthe Ergänzung und Erweiterung bringt dieser Jahrgang insofern, als auch die Publikationen aus dem Gebiete der ärztlichen Sachverständigenthätigkeit vor Gericht Berücksichtigung erfahren haben und der Abschnitt „öffentliches Sanitätswesen“ beträchtlich erweitert ist. Aufrecht (Magdeburg).

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/91

5. **Die Arteriosklerose.** *Klinische Studien;* von J. G. Edgren in Stockholm. Leipzig 1898. Veit u. Co. Gr. 8. 298 S. mit 22 Pulscurven. (8 Mk. 60 Pf.)

Bei der täglich wachsenden klinischen Bedeutung der Arteriosklerose für die gesammte Medicin ist es verwunderlich, dass bisher keine eigentliche Monographie derselben aus deutscher Feder erschienen ist. Ausser den in den grossen Handbüchern und Encyklopädien niedergelegten mehr oder minder kurzen Abhandlungen von Quincke, A. Fraenkel, Bäumler und ganz neuerdings von L. von Schrötter in Wien haben wir in Deutschland keine einheitliche Beschreibung dieser so wichtigen Krankheit. Nun hat der schwedische Kliniker Edgren eine grössere Arbeit über die Arteriosklerose in recht gutem Deutsch herausgegeben, die den Anspruch auf eine Monographie erheben darf. E. hat mit grossem Fleisse und in verhältnissmässig gedrängter Kürze alles das über die Arteriosklerose zusammengestellt, was bis heute bezüglich der *pathologischen Anatomie, Aetiologie* (E. weist der Syphilis den ersten Platz in der Reihe der Causalmomente an, dem Alkoholismus den zweiten), *Pathogenese, Symptomatologie, Prognose* und *Therapie* (E. folgt hierbei meist der französischen Schule von Huchard) wohl allgemein anerkannt ist. Die einen grossen Theil des Werkes einnehmende *Casuistik* E.'s aus dem Stockholmer Krankenhause (124 Fälle), die nach den verschiedenen Symptomen gruppirt ist, sowie die eingehende *epikritische Besprechung* verdienen als besonders werthvoll und lehrreich dem Leser empfohlen zu werden.

Verwunderlich ist es, dass E. bei der allerdings recht summarischen Beschreibung der pathologischen Anatomie der Arteriosklerose die grundlegenden Arbeiten von Thoma vollständig ignorirt, während er neben Traube und dessen Schule, sowie Quincke mit Vorliebe Huchard in Paris (Verfasser des in Deutschland leider noch unbekannten Werkes: Traité clinique des maladies du coeur et des vaisseaux. Paris 1891) und dessen Anhänger citirt.

Dagegen ist sehr anzuerkennen, dass E. auf die Frühdiagnose der Arteriosklerose den grössten Werth

Heredität und Todesursache.

	Schliessliche Todesursachen der Versicherten	In der Familie der an nebenstehenden Todesursachen Verstorbenen waren verzeichnet Erkrankungen und Todesfälle an:									
		1. Typhus		2. Krebs		3. Tuberkulose		4. Circulationsstörungen		5. Hirnschlag	
		Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%
I.	Infektionskrankheiten (307)	42	13.68	11	3.58	31	10.10	13	4.23	16	5.21
II.	Krebs (640)	94	14.69	56	8.75	89	13.91	46	7.19	47	7.34
III.	Tuberkulose (1648)	170	10.32	59	3.58	286	17.35	91	5.52	111	6.74
IV.	Pneumonie (463)	51	11.02	19	4.10	59	12.74	24	5.18	40	8.64
V.	Emphysem u. Bronchitis (329)	44	13.37	6	1.82	44	13.37	20	6.08	30	9.12
VI.	Pleuritis (86)	12	13.95	5	5.81	15	17.44	6	6.98	10	11.63
VII.	Erkrankungen d. Cirkulationsorg. (585)	71	12.14	18	3.08	74	12.65	70	11.97	75	12.82
VIII.	Erkrankungen d. Verdauungsorg. (427)	42	9.84	14	3.28	66	15.46	35	8.20	38	8.90
IX.	Erkrankungen d. Nervensystems (381)	39	10.24	13	3.41	53	13.91	30	7.87	31	8.14
X.	Hirnschlag (488)	52	10.66	17	3.48	65	13.32	46	9.43	56	11.48
XI.	Erkrankungen der Nieren (267)	30	11.24	9	3.37	42	15.73	26	9.74	32	11.99
XII.	Gelenkrheumatismus u. Gicht (109)	15	13.76	3	2.75	11	10.09	11	10.09	8	7.34
XIII.	Diabetes (66)	5	7.58	2	3.03	11	16.67	2	3.03	12	18.18
XIV.	Fettsucht (148)	14	9.46	6	4.05	25	16.89	16	10.81	17	11.49
XV.	Alkoholismus (127)	13	10.24	4	3.15	23	18.11	5	3.94	9	7.09
XVI.	Selbstmord (153)	21	13.73	7	4.58	15	9.80	10	6.54	10	6.54
XVIII.	Altersschwäche (236)	33	13.98	10	4.24	36	15.25	13	5.51	31	13.14
XIX.	Verschiedenes u. Unbestimmtes (312)	33	10.57	11	3.52	34	10.98	20	6.41	33	10.57
	im Ganzen (6772)	781	11.53	270	3.99	979	14.46	484	7.15	606	8.95

	Schliessliche Todesursachen der Versicherten	In der Familie der an nebenstehenden Todesursachen Verstorbenen waren verzeichnet Erkrankungen und Todesfälle an:									
		6. Gelenkrheumatismus u. Gicht		7. Krankh. der Verdauungsorgane		8. Krankh. des Nervensystems		9. Selbstmord		10. Alkoholismus	
		Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%
I.	Infektionskrankheiten (307)	4	1.30	28	9.12	11	3.58	1	0.33	2	0.65
II.	Krebs (640)	12	1.88	36	5.63	15	2.34	0	0.00	7	1.09
III.	Tuberkulose (1648)	37	2.25	48	2.91	48	2.91	7	0.42	22	1.33
IV.	Pneumonie (463)	6	1.30	27	5.83	11	2.38	4	0.86	7	1.51
V.	Emphysem u. Bronchitis (329)	9	2.74	18	5.47	12	3.65	1	0.30	6	1.82
VI.	Pleuritis (86)	2	2.33	4	4.65	6	6.98	0	0.00	1	1.16
VII.	Erkrankungen d. Cirkulationsorg. (585)	13	2.22	33	5.64	18	3.08	5	0.85	7	1.20
VIII.	Erkrankungen d. Verdauungsorg. (427)	7	1.64	36	8.43	13	3.04	2	0.47	1	0.23
IX.	Erkrankungen d. Nervensystems (381)	7	1.84	19	4.99	26	6.82	3	0.79	6	1.57
X.	Hirnschlag (488)	15	3.07	31	6.35	30	6.14	7	1.43	10	2.05
XI.	Erkrankungen der Nieren (267)	6	2.25	22	8.24	7	2.62	2	0.75	3	1.12
XII.	Gelenkrheumatismus u. Gicht (109)	3	2.75	7	6.42	3	2.75	1	0.92	0	0.00
XIII.	Diabetes (66)	3	3.03	5	7.58	6	9.09	1	1.52	2	3.03
XIV.	Fettsucht (148)	0	0.00	5	3.37	2	1.35	0	0.00	1	0.68
XV.	Alkoholismus (127)	6	4.05	15	10.14	2	1.57	0	0.00	2	3.03
XVI.	Selbstmord (153)	4	3.15	10	7.87	2	1.57	0	0.00	1	0.68
XVIII.	Altersschwäche (236)	3	4.58	7	4.58	17	11.11	1	0.00	12	9.45
XIX.	Verschiedenes u. Unbestimmtes (312)	5	1.96	12	5.08	11	4.66	2	0.00	4	2.61
	im Ganzen (6772)	6	2.15	15	4.80	18	5.77	2	0.64	2	2.97
		148	2.19	373	5.51	256	3.83	40	0.59	100	1.48

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/92

legt und auf die mitunter schon frühzeitig auftretenden Veränderungen der Arterien des Körperinnern, so der Nieren, des Auges und des Hirns aufmerksam macht. Diesen Punkt hebt Ref. deshalb hervor, weil die sklerotischen Veränderungen, besonders an den Arterien des Augenhintergrundes, bisher viel zu wenig als Frühsymptom oder frühdiagnostisches Hülfsmittel für eine sich entwickelnde oder theilweise schon vorhandene Sklerose der inneren Arterien, z. B. der Hirnarterien, verwerthet wurden bei Fehlen jeder Arteriosklerose an der Peripherie.

Wenn Ref. Wünsche bezüglich einer neuen Auflage dieses *allen Aerzten* sehr zu empfehlenden Werkes ausdrücken darf, so wäre es doch wohl von Nutzen, wenn E. eine grössere Anzahl mit dem Sphygmographen gewonnener Pulscurven seiner Casuistik beifügen wollte, damit bei dem von E. mit Recht betonten diagnostischen Werthe der *initialen Drucksteigerung im arteriellen Systeme* die einzelnen Phasen der sklerotischen Veränderungen eine graphische, d. h. zahlenmässige Darstellung erführen. Ferner dürften ein alphabetisches Sachregister und eine Literaturzusammenstellung am Schlusse des Werkes sehr erwünscht sein.

C. Kompe (Friedrichroda).

6. **Studien über die hereditäre Syphilis**; von Dr. Carl Hochsinger. I. Theil. Leipzig u. Wien 1898. Franz Deuticke. Gr. 8. VI u. 437 S. mit 4 chromolithograph. Tafeln u. 9 in den Text gedruckten Abbild. (12 Mk.)

Im 1. Hauptabschnitt seiner „Studien" bespricht H. zunächst einige im Vordergrunde der Diskussion stehende *theoretische Vererbungsfragen der hereditären Syphilis,* insbesondere das sog. Colles'sche Gesetz und den „choc en retour". Die Beobachtungen H.'s fussen auf einem beachtenswerthen Material, nämlich auf mehr als 400 genau analysirten Fällen von hereditärer Syphilis und auf circa 100 länger als 3 Jahre verfolgten Familien mit hereditär-syphilitischer Descendenz.

H. erkennt die Richtigkeit des Colles'schen Gesetzes an, kommt aber auf Grund seiner Beobachtungen zu der Ueberzeugung, dass die Immunität der Mütter hereditär-syphilitischer Kinder nicht auf latenter conceptioneller Syphilis, wie Fournier lehrt, beruhe, sondern durch Uebergang von immunisirenden Stoffen von dem vom Vater luetisch inficirten Foetus auf die Mutter bewirkt wird. Die hin und wieder beobachteten Ausnahmen vom Colles'schen Gesetz sind nach ihm dadurch zu erklären, dass, wenn der Uebertritt dieser immunisirenden Substanzen in geringer Dauer oder Intensität stattgefunden hat, die Immunität der Mutter ausbleiben kann, und er weist in der That statistisch nach, dass die Ausnahmen vom Colles'schen Gesetz unverhältnissmässig oft Primiparae betreffen.

Ebenso hält H. die Lehre vom sog. „Tertiarismus d'emblée" oder den „Choc en retour tertiaire" der Mütter ex patre syphilitischer Kinder für unhaltbar. Er führt den Nachweis, dass alle jene Fälle, die von den Verfechtern dieser Lehre angeführt werden, des klinischen Beweises entbehren, dass es sich dabei um eine gewöhnliche Contaktsyphilis handele, deren Frühstadien übersehen worden sind. In Folge dessen verhält er sich auch durchaus ablehnend gegen die Finger'sche Toxintheorie der Tertiärsyphilis, nach der die tertiären Formen der Syphilis auf einer chronischen Intoxikation mit den Stoffwechselprodukten der Syphilisparasiten beruhen sollen, und nach der, auf die hereditäre Syphilis angewandt, Finger den Satz aufstellte, dass hereditär-luetische Kinder ausschliesslich mit Erscheinungen der tertiären Syphilis zur Welt kommen. Nach H. giebt es keine sekundäre und tertiäre, sondern nur eine congenitale Frühsyphilis.

Den hygieinischen Betrachtungen, die sich auf diese Darlegungen H.'s beziehen, ist als bemerkenswerthes Resultat zu entnehmen, dass hereditärsyphilitische Kinder syphilisfreier Primiparae nicht von den eigenen Müttern gestillt werden dürfen, da eben bei diesen die Colles'sche Immunität oft ausbleibe, sondern künstlich ernährt werden müssen; dagegen können spermatisch inficirte Früchte Mehrentbundener ohne Bedenken von den eigenen Müttern gestillt werden, da diese Mutter genügend durch ihre Immunität nach dem Colles'schen Gesetze gegen Infektion geschützt wird.

Im 2. Hauptabschnitt seiner „Studien" beschäftigt sich H. eingehend mit den *diffusen hereditär-syphilitischen Hautinfiltrationen der Säuglinge.* Seiner Meinung nach ist die Affektion, das wichtigste Frühsymptom der hereditären Syphilis, bisher von keinem Autor ausführlich beschrieben worden. Aus seiner Statistik geht hervor, dass sie bei 65.7% der hereditär-syphilitischen Kinder im ersten Lebensjahre zu beobachten ist, und zwar ist es wieder das erste Quartal speciell, in dem die Affektion ihren Höhepunkt bezüglich ihrer Frequenz erreicht. Lieblingsitz sind ganz besonders die Fusssohlen und Handteller. Die Bezeichnung Psoriasis plantaris et palmaris, die die Affektion gewöhnlich in der Literatur führt, ist nach Ansicht H.'s schlecht gewählt, denn zwischen der fraglichen Affektion der Säuglinge und der Psoriasis syphilitica der Erwachsenen besteht nach seinen Beobachtungen keine Aehnlichkeit. Die Fusssohlenaffektion ist hauptsächlich dadurch noch bedeutungsvoll, dass sie die am frühzeitigsten auftretende diffuse Infiltration bei hereditär-syphilitischen Säuglingen ist. Ein Prädilektionsitz sind ferner die Lippen der Säuglinge. Das Vorhandensein von charakteristischen Narben an den Lippen ist nach H. ein viel bedeutungsvolleres Symptom für überstandene hereditäre Syphilis, als die nach Hutchinson benannte Deformität der oberen mittleren Schneidezähne, die seiner Meinung nach

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/93

überhaupt kein charakteristisches Merkmal dafür abgeben. Die Lokalisation aller dieser diffusen hereditär-syphilitischen Hautinfiltrate ist an lokal einwirkende Irritamente gebunden, daher ihr häufiges Auftreten im Bereiche der unteren Körperhälfte, die bei Säuglingen ja ganz besonders der Einwirkung des nässenden Urins ausgesetzt ist, während für die Lippenaffektion der Saugakt das lokale Irritament bildet.

Diffuse Hautinfiltrationen dieser Art sind niemals bei acquirirter Syphilis kleiner Kinder beobachtet worden; ihr Vorhandensein bei Säuglingen ist pathognomonisch für hereditäre Syphilis, so dass man nach H.'s Meinung berechtigt ist, ohne Weiteres die Diagnose „Erbsyphilis" zu stellen, wenn beispielsweise bei einem Säugling diffuse Plantar- und Lippensyphilis gefunden wird. Im Gegensatze zu anderen Autoren hält H. diese für eine selbständige Dermatose, nicht für einen blosen Uebergangzustand, und kommt zu der Forderung, dass in den Lehrbüchern der Kinderheilkunde die Differentialdiagnose zwischen einfachem Ekzem und dem sog. syphilitischen Ekzem, welchen Ausdruck er eben durch „diffuse syphilitische Hautinfiltration" ersetzt wissen will, schärfer hervorgehoben werden soll.

Bezüglich der histologischen Verhältnisse der Affektion ist als wichtigstes Ergebniss anzuführen, dass, in welcher Form und in welchem Bereiche auch immer das diffuse flächenhafte Syphilid gefunden wurde, sich stets eine beträchtliche Erkrankung des Gefässbaumes und der Drüsen im ganzen Bereiche der infiltrirten Hautpartie constatiren liess. Der Process spielt sich in Form einer starken Zellenwucherung in den kleinsten Arterien und Venen des Hautgefüges ab und ergreift ausnahmelos zunächst das adventitielle und periadventitielle Gewebe.

Seine Beobachtungen über die diffusen *visceralen* Manifestationformen der hereditären Frühsyphilis theilt H. in dem 3. Abschnitte seiner „Studien" mit. Von Interesse ist hier zunächst folgende neue Theorie, die er bezüglich der Aetiologie der congenital-syphilitischen Frühaffektionen aufgestellt hat: Das eigenthümliche Befallenwerden der visceralen Organe bei der hereditären Frühsyphilis hängt auf das Engste mit der fötalen Entwickelung dieser Organe zusammen und ist dadurch zu erklären, dass das luetische Virus eine ganz besondere Affinität zu denjenigen Organen besitzt, die schon während der Fötalperiode sich entwickeln und zur vollen Ausbildung gelangen. In allen den Organen, in denen am frühesten die grössten nutritiven und formativen Reize herrschen und in denen in Folge dessen eine starke Blutgefässentwickelung und Saftströmung stattfindet, findet das syphilitische Virus geeignete Stellen, um seine Wirksamkeit zu entfalten. Aus diesen entwickelungsgeschichtlichen Gründen erklärt sich das frühzeitige Befallenwerden der Leber, Lungen und Nieren, denn diese Organe gelangen sämmtlich schon während der Fötalperiode zur völligen Ausbildung.

Mit dieser Theorie ist auch die fötale Osteochondritis syphilitica in Einklang zu bringen, da an den Epiphysengrenzen während der zweiten Hälfte des Fötallebens ausschliesslich das appositionelle Längenwachsthum der Röhrenknochen vor sich geht, also starke formative Reize hier herschen. Aus entwickelungsgeschichtlichen Gründen muss auch die Haut unter der Einwirkung des Agens der hereditären Syphilis deswegen später erkranken, als die drüsigen inneren Organe, weil der Drüsenapparat der Haut erst zu einer Zeit des Intrauterinlebens sich zu entwickeln beginnt, in der die grossen Darmdrüsen bereits vollkommen fertig sind. Im Weiteren führt H. aus, warum die Finger'sche Lehre, dass die visceralen Erkrankungen und die Osteochondritis der congenitalen Frühsyphilis als angeborene tertiäre Manifestationen, und zwar als Ausdruck der Wirkung der syphilitischen Toxine anzusehen seien, unhaltbar ist, da man dann in vielen Fällen annehmen müsste, dass die Stoffwechselprodukte der Syphilisparasiten früher wirksam seien als das corpusculäre Agens selbst, von dem die Toxine gebildet worden sind. Als Resumé seiner Betrachtungen stellt H. den Satz auf: Bei allen anatomischen Frühmanifestationen der congenitalen Syphilis, seien sie visceral, osteochondritisch, cutan oder placentar lokalisirt, seien sie durch väterliche oder mütterliche Infektion veranlasst, liegen genau dieselben ätiologischen und genetischen Verhältnisse vor. Sie sind der erste anatomisch sichtbare Ausdruck der irritativ entzündlichen Einwirkung des specifisch infektiösen Agens der Syphilis auf die Gewebe der hereditär oder intrauterin inficirten Frucht.

In den folgenden Capiteln theilt H. dann im Einzelnen die Ergebnisse seiner Beobachtungen über die congenitale Leber-, Lungen- und Nierensyphilis mit. Bezüglich der Lungensyphilis sei bemerkt, dass H. davor warnt, entzündliche Lungenaffektionen bei Säuglingen mit anderweitigen hereditär-syphilitischen Manifestationen ohne Weiteres für syphilitische Pneumonie anzusprechen. Mit Sicherheit kann die letztere überhaupt nicht klinisch diagnosticirt werden, zumal da, wie H. wiederholt beobachtet hat, sehr wohl Fälle von angeborener syphilitisch-tuberkulöser Doppelinfektion bei Säuglingen vorkommen können.

Raedisch (Freiburg i. Schl.).

7. **Bibliographie der klinischen Entomologie** *(Hexapoden, Acarinen);* von Med.-Rath. Dr. J. Ch. Huber in Memmingen. Heft 2: *Demodex, Leptus, Dermanyssus, Argas, Ixodes, Pediculoides, Tetranychus, Tyroglyphus und diverse Pseudoparasiten.* Jena 1899. Frommann. 8. 24 S.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/94

Heft 3: *Diptera (Muscoiden und Oestriden), Sarcophila, Sarcophaga, Calliphora, Musca, Lucilia, Teichomyza, Compsomyia, Hypoderma, Dermatobia, Ochromyia.* 25 S.

Auch das 2. Heft der Bibliographie ist durch den einzelnen Abtheilungen vorangeschickte Uebersichten und werthvolle kritische Bemerkungen bereichert.

Demodex folliculorum (Rich. Owen) ist die unter dem Namen Acarus follic. (Gust. Simon) bekanntere Haarbalgmilbe, um deren zoologische Beschreibung sich besonders Owen, Simon, Landois, Mégnin und Geber verdient gemacht haben. Leptus autumnalis (Shaw), die Ernte- oder Herbstgrasmilbe, ist die Larve von Trombidium holosericeum oder anderen Trombidiumarten und darf nicht mit Tetranychus verwechselt werden. Dermanyssus (Dugès), die Vogelmilbe, geht auch auf Menschen über, die mit Hühnern u. s. w. zu thun haben, und ruft Ekzeme hervor, die jedoch von selbst abzuheilen pflegen. Von Argas (Latreille), der Saumzecke kommt für Mitteleuropa nur Argas reflexus in Betracht, der sich von Taubenschlägen bisweilen in Wohnungen verirrt; gefährlicher sind die exotischen Arten in Persien (die Giftwanze von Miana, Arg. persicus), in Mexiko und Centralamerika (Arg. Megnini und andere Arten) und in Afrika (Arg. Monbata und Arg. Savignyi). Ixodes (Latreille), die Holzzecke, wird nach allgemeiner Annahme beim Streifen durch Buschwerk auf Thiere und Menschen übertragen; doch fand H. den Parasiten auch mitten im Winter bei Hunden, die nicht in den Wald kommen, und nimmt daher auch eine Vermehrung in den Hundeställen an. Pediculoides tritici (Lagrèze-Fossot), eine Getreidemilbe, überträgt sich auch auf Drescher und Auflader. Tetranychus molestissimus (Weyenbergh), in Argentinien und Uruguay auf Xanthium macrocarpum lebend als Bicho colorado, belästigt auch Menschen und Thiere. Tyroglyphus Siro (Latreille), eine Mehl- und Käsemilbe, soll auch im Stuhl, Urin und Eiter des Menschen gefunden worden sein. Zufällig bei Menschen gefundene Acarinen sind noch Cheiletus eruditus Shrank, die Glycophagen, Glyciphagus- (Buski) Milben, die v. Hessling im Weichselzopf einer Polin fand, Acarus dysentericus (Lambl) und Nephrophages sanguinarius (Myiake und Scriba) bei einem Hämaturiker in Tokio (Japan).

Das 3. Heft zeichnet sich wie seine Vorgänger aus durch grosse Reichhaltigkeit, übersichtliche Anordnung und kritische Beleuchtung der gesammelten Literatur. Zunächst behandelt H. die Literatur der Dipteren im Allgemeinen, ihr Vorkommen bei den verschiedenen Völkern und den Befund von Dipterenlarven an verschiedenen Körpertheilen (in der Nasenhöhle, im äusseren Gehörgange, in den Harnwegen, dem Uterus, dem Darmkanale und auf Wunden) und geht dann näher auf die einzelnen Species ein. Als besonders werthvoll hebt er hervor die Arbeiten über Sarcophila von Wohlfahrt (1768), Portschinsky, Joseph, Girschner, über die besonders in den heissen und gemässigten Gegenden Amerikas vorkommende Compsomyia von Blanchard und Herbert Osborn und über die Oestriden (Biesfliegen) von Gounod, Fr. Brauer, Blanchard und Schöyen.

H. Meissner (Leipzig).

8. **Neue Methoden der Wundheilung.** *Ihre Bedingungen und Vereinfachung für die Praxis;* von Dr. C. L. Schleich. Berlin 1899. J. Springer. 8. 378 S. (7 Mk.)

„In dem vorliegenden Buche" — sagt Schl. im Vorworte — „sind die Erfahrungen niedergelegt, welche ich seit dem Jahre 1889 in meiner Privatklinik mit einer Reihe von Methoden und Präparaten gewonnen habe, die von mir selbst ersonnen sind, um das bisherige unangefochtene Schema der chirurgischen Prophylaxe und Therapie da zu durchbrechen, resp. umzugestalten, wo es vermöge seiner Complicirtheit sich offenbar nicht mehr eignet, Allgemeingut sämmtlicher Aerzte zu werden. Diese Maassnahmen entsprangen keineswegs etwa einer Neigung, durchaus Neues auszutüfteln, sondern haben sich aus der dira necessitas enger privater Verhältnisse und aus dem klaffenden Contrast, in welchen sich die „grosse" Chirurgie immer mehr gegen die täglichen Bedürfnisse allgemeiner ärztlicher Thätigkeit zu setzen beginnt, fast wie eine unabweisbare Consequenz ergeben".

Das Schl.'sche Buch bietet in Theorie und Praxis so viel Neues, dass es einem zunächst sehr schwer wird, sich in den Gedankengang Schl.'s hineinzufinden. Ehe die „neuen Methoden der Wundbehandlung" dem praktischen Arzte empfohlen werden können, bedürfen sie jedenfalls noch vielfacher gewissenhafter Nachprüfung. Hoffentlich bewähren sie sich dann eben so gut, wie die von Schl. zuerst angegebenen Verfahren zur lokalen Anästhesie. Das Gute bricht sich sicherlich Bahn, wenn auch erst langsam.

Wir verzichten an dieser Stelle auf eine Inhaltsangabe des Buches, empfehlen es aber angelegentlichst zu genauem Studium.

P. Wagner (Leipzig).

9. **Beiträge zu den Wirkungen des Jodoforms**; von Dr. J. Gross. Zürich 1899. E. Speidel. 8. 28 S. (50 Pf.)

Bei seinen Untersuchungen über die *Wirkungen des Jodoforms* kommt G. zu folgenden Schlüssen:

1) Das Jodoform wirkt einzig und allein durch seine Zersetzung, durch Abspaltung von Jod, bez. von Jodwasserstoff. 2) Diese Jodausscheidung kann durch Sonnenlicht erregten Sauerstoff, Wärme bei Anwesenheit von lebendem Protoplasma erfolgen, aber auch durch Reduktionmittel, wie nascirenden Wasserstoff. 3) Die meisten normalen Gewebe

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/95

und thierischen Flüssigkeiten lassen das Jodoform intakt. 4) Gewisse Fäulniss- und Gährungstoffe, gewisse Toxine und Mikroorganismen und gewisse pathologische Gewebe, Neubildungen zersetzen es häufiger durch Reduktion als durch Oxydationvorgänge. 5) Abgespaltenes Jod in statu nascendi wirkt auf lebende zellige Elemente verschieden; am meisten und am frühesten auf Leukocyten und Rundzellen; auf locker gebettete kernhaltige Zellen; auf sogen. Riesen- und epithelioide Zellen und auf die Zerfallsprodukte derselben. „Eigenthümlich ist also die Thatsache der Prädilektion der Jodwirkung auf sogen. transitorische Gewebeelemente und zweitens eine specifisch ganz eigenartige langsame organische Wirkung. Das freie Jod oder der leicht zersetzliche Jodwasserstoff wirken nicht wie ein Aetzmittel, sondern durch Beschleunigung des natürlichen Zerfalls in den eigentlichen Zellen, Körnern und deren Trümmern.“ 6) Gleichwohl schädigt das Jodoform, das in die Cirkulation gelangt, edle, lebenswichtige Organe, die Leberzellen, die Muskulatur des Herzens und gewisse Regionen des Centralnervensystems.

P. Wagner (Leipzig).

10. **Die Traumen der männlichen Harnröhre.** *Historische, anatomische und klinische Untersuchung;* von Prof. M. A. Wasiliew in Warschau. I. Theil. Berlin 1899. Aug. Hirschwald. 8. 145 S. mit 9 Abbild. im Text. (4 Mk.)

Der bisher vorliegende 1. Theil der von W. bearbeiteten *Traumen der männlichen Harnröhre* enthält zunächst eine ausführliche Geschichte der Entwickelung der Frage von den Traumen und Strikturen der Urethra; dann folgen Bemerkungen über die Anatomie und Physiologie der männlichen Harnröhre. Im klinischen Theile werden vorläufig die *Schnitt- und Stichwunden der männlichen Harnröhre* besprochen.

Nach dem vollständigen Erscheinen des Werkes werden wir nochmals darauf zurückkommen.

P. Wagner (Leipzig).

11. **„Paracelsus“.** *Neues Privatkrankenhaus und Augenheilanstalt in Zürich.* 1. Bericht über den Zeitraum vom August 1896 bis December 1898; erstattet von Dr. Kaelin-Benziger. Einsiedeln 1899. Benziger u. Co. 8. 95 S. mit Illustrationen u. Beilagen. (6 Mk.)

Dieser in wahrhaft verschwenderischer Weise ausgestattete Jahresbericht des neuen Züricher Privatkrankenhauses *Paracelsus* enthält u. A. 25 vorzüglich ausgeführte *Röntgen-Photographien,* auf die wir hiermit ganz besonders hinweisen möchten.

P. Wagner (Leipzig).

12. **Geschichte der chirurgischen Lehrkanzel an der deutschen Carl-Ferdinands-Universität in Prag in der letzten Hälfte des Jahrhunderts**; von Prof. Dr. A. Wölfler. Prag 1899. J. Koch. 8. 32 S.

Anlässlich des Regierungjubiläums des österreichischen Kaisers ist von dem akademischen Senate der Universität Prag eine Festschrift herausgegeben worden, die auch einen Beitrag von A. Wölfler enthält: *Die Geschichte der chirurgischen Lehrkanzel an der deutschen Carl-Ferdinands-Universität in Prag in der letzten Hälfte des Jahrhunderts.* Ganz besonders die Perioden von Pitha, Heine und Gussenbauer finden eine eingehende Würdigung.

P. Wagner (Leipzig).

13. **Atlas der äusseren Erkrankungen des Auges nebst Grundriss der Pathologie und Therapie derselben**; von Prof. Dr. O. Haab in Zürich. [Lehmann's med. Handatlanten Band XVIII.] München 1899. J. F. Lehmann. 8. X u. 228 S. mit 76 farbigen u. 6 schwarzen Abbild. (10 Mk.)

Wie wir seiner Zeit den vortrefflichen Atlas der Ophthalmoskopie von Haab (Lehmann's med. Handatlanten Band VII) den Aerzten angelegentlich empfohlen haben, so möchten wir dies ebenso mit diesem Atlas der äusseren Erkrankungen thun. Der Titel dürfte vielleicht die irrthümliche Vorstellung erwecken, als ob es mehr eine Bildersammlung mit mehr oder minder ausführlicher Benennung wäre. Es ist eigentlich ein reich illustrirtes kurzes Lehrbuch der Augenheilkunde mit genügender Berücksichtigung der Pathologie und Therapie des Auges. Schon aus der dem Atlas selbst vorausgeschickten Anleitung zur Untersuchung des äusseren Auges mit ihren kurzgefassten, leicht verständlichen und nur für das Praktische berechneten Regeln wird jeder Arzt sehen, wie viel er auch ohne eigentliche specialistische Ausbildung aus dem Buche lernen kann. Die Ausstattung des Buches ist sehr gut; die Bilder, nach Originalen vom Maler *Johann Fink* hergestellt, sind möglichst naturgetreu.

Lamhofer (Leipzig).

14. **Gynäkologische Diagnostik**; von Dr. J. Veit, ord. Prof. an d. Univ. Leiden. 3. Aufl. Stuttgart 1899. F. Enke. 8. VIII u. 206 S. mit 37 in d. Text gedruckten Holzschnitten. (4 Mk.)

Das nunmehr in 3. Auflage vorliegende Werk, dessen 1. und 2. Auflage Ref. früher (Jahrbb. CCXXVII. p. 218; CCXXXIII. p. 218) ausführlich besprochen hat, ist nur wenig verändert worden, namentlich wurde der Charakter des Buches vollständig beibehalten. V.'s Diagnostik giebt auch in der 3. Auflage sowohl dem Studirenden, wie auch dem prakticirenden Arzte vorzügliche Anhaltepunkte auf diesem ungemein wichtigen Gebiete und ihr Studium kann deshalb nicht warm genug empfohlen werden.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

15. **Geburtshülfliche Taschen-Phantome**; von Dr. K. Shibata, Specialist d. Gynäkologie u. Geburtshülfe zu Tokio, z. Z. Volontär-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/96

arzt an d. Univ.-Frauenklinik München. Mit einer Vorrede von Prof. Dr. Franz von Winckel. 4. verm. Aufl. München 1898. J. F. Lehmann. Kl. 8. V u. 19 S. mit 8 Textillustr., einem Becken u. 2 in allen Gelenken beweglichen Früchten. (3 Mk.)

Die vorliegende 4. Auflage ist trotz des Titels keineswegs eine „vermehrte" Auflage. Ref. kann diesem wörtlichen Abdrucke der 3. Auflage deshalb dieselben empfehlenden Worte widmen, mit denen er seiner Zeit (Jahrbb. CCXLVI. p. 213) die übrigens auch genau gleich ausgestattete 3. Auflage angezeigt hat.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

16. **Der Kolpeurynter, seine Geschichte und Anwendung in der Geburtshülfe.** Auf Grund von 23 Fällen aus der Universitäts-Frauenklinik zu Bonn; dargestellt von Dr. Rudolf Biermer, Frauenarzt in Wiesbaden. Mit einem Vorwort von Dr. Heinrich Fritsch, Geh. Med.-Rath u. Prof. an der Universität Bonn. Wiesbaden 1899. J. F. Bergmann. Gr. 8. VIII u. 69 S. (2 Mk.)

B. will durch seine Schrift die praktischen, Geburtshülfe treibenden Aerzte für die Geschichte des Kolpeurynters und dessen Anwendung in der Geburtshülfe interessiren.

I. Theil, Geschichte des Kolpeurynters. Der Erste, der die Kolpeuryse 1851 als neue Methode zur schnellen künstlichen Erweiterung des Muttermundes empfahl, war Carl Braun in Wien. B. verfolgt die ganze Entwickelung der Kolpeuryse und bespricht die von Tarnier, Winkler, Stehberger, Greder, Barnes, Fehling, Madurowicz, Schauta, Mäurer, Champetier und A. Müller angegebenen Modifikationen der Methode. Die eigentliche Kolpeuryse von C. Braun sucht ihren Angriffspunkt in der Scheide, die Ballons von Barnes und Tarnier suchen die Erweiterung der Cervix zu bewirken, während Mäurer als neues, sehr wesentliches Moment die Zugwirkung an dem in den Uterus eingeführten Ballon in Anwendung bringt.

II. Theil, Anwendung des elastischen Ballons in der Geburtshülfe. B. berichtet über 23 Fälle aus der Bonner Frauenklinik. Der Ballon wurde fast ausschliesslich intrauterin angewandt, und zwar 16mal zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt bei Beckenenge, 2mal bei Nephritis gravidarum, 2mal bei Pneumonie am Ende der Schwangerschaft, 2mal bei Gefahr für das Kind und 1mal wegen fortdauernder Blutungen ante partum.

In der Bonner Klinik wird ein einfacher Braun'scher Kolpeurynter mit langem Schlauch benutzt. Der eigentliche Ballon ist 14 cm lang und 10 cm breit; im gefüllten Zustande hat der Ballon einen Umfang von 30—34 cm. Der durch Auskochen und Einlegen in 1proc. Lysol oder 1prom. Sublimatlösung desinficirte Ballon wird der Länge nach zusammengefaltet und ähnlich einer Cigarre zusammengerollt, mit Hülfe einer Kornzange im Speculum durch den Cervikalkanal geschoben und dann mit einer Stempelspritze mit 400—750 cm $^1/_2$—1proc. Lysollösung angefüllt. Soll die Wirkung durch Zug verstärkt werden, so wird der Schlauch durch Anknüpfung eines Bandes verlängert, letzteres über das Fussende des Bettes geleitet und der Zug durch Anhängen einer $^3/_4$ Liter haltenden, mehr oder weniger gefüllten Flasche ausgeübt. Selbstverständlich wird die Gravida und deren Genitalkanal vorher genau desinficirt; ebenso ist die vorherige Entleerung von Blase und Mastdarm durchaus nothwendig.

Im *casuistischen Theile* berichtet B. zunächst über 16 Fälle von Einleitung der künstlichen Frühgeburt bei Beckenenge. In diesen 16 Fällen wurde mit einer einzigen Ausnahme mit der Bougiesbehandlung angefangen und erst als diese zu langsam wirkte, wurde die Ballonbehandlung als weiteres Hülfsmittel herangezogen. Die Dauer der stets intrauterinen Ballonbehandlung schwankte in den einzelnen Fällen zwischen $1^1/_2$ und 33 Stunden. Wirkt der Ballon schon allein durch seine Lage wehenerregend, so ist nach B. die Einwirkung von aussen durch Gewichtbelastung oder Zug irgend welcher Art unnöthig.

Beim Vergleiche der Bougiesbehandlung mit der Ballonbehandlung bemerkt B., dass von Fritsch die Bougiesbehandlung bei Einleitung der künstlichen Frühgeburt für die beste gehalten und dass in allen Fällen versucht werde, mit dieser allein auszukommen. Der Kolpeurynter dagegen, intrauterin oder vaginal angewandt, ist nach B. ein hervorragendes Hülfsmittel bei Einleitung der künstlichen Frühgeburt wegen Beckenenge.

Es folgen 2 Fälle von Einleitung der künstlichen Frühgeburt wegen Nephritis gravidarum. B. glaubt, sich in derartigen Fällen viel von der Ballonbehandlung versprechen zu dürfen. Im 1. Falle war Blasensprung und Bougiesbehandlung ohne jeden Erfolg und erst die intrauterine Kolpeuryse hatte die Ausstossung der Frucht in kurzer Zeit zur Folge. Auch im 2. Falle wirkte die Kolpeuryse schnell und schonend.

Zum Schlusse theilt B. noch 2 Fälle von Anwendung des Kolpeurynters wegen Pneumonie am Ende der Schwangerschaft, 2 Beobachtungen von dessen Anwendung wegen Gefahr für das Leben des Kindes und 1 solche bei Blutung am Ende der Schwangerschaft und Placenta praevia mit. Gerade bei der letztgenannten Indikation kann der Praktiker nach B. den allergrössten Nutzen aus der Hystereuryse ziehen.

B. fasst seine Schlüsse in Folgendem zusammen: „Der Kolpeurynter ist, vaginal oder intrauterin mit oder ohne constanten Zug angewandt, ein hervorragendes Mittel, auf ungefährliche Weise die Erweiterung des Muttermundes herbeizuführen und kräftige Wehen auszulösen. Ueberall da, wo diese

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/97

Wirkung angestrebt werden soll, ist seine Anwendung zu empfehlen.“ „In erster Linie kommt hier in Betracht die Einleitung der künstlichen Frühgeburt wegen Beckenenge.“ „Ferner ist die Anwendung des Kolpeurynters zu empfehlen, wenn es sich darum handelt, die Entbindung zu forciren wegen Gefahr für das Leben der Mutter.“ „Der Kolpeurynter eignet sich nicht nur für die Anstaltsbehandlung, auch der praktische Geburtshelfer soll sich dieser so ausgezeichneten Methode bedienen, und darf daher der Kolpeurynter in keinem Geburtsbesteck fehlen.“

Das Studium der B.'schen Abhandlung kann nur dringend empfohlen werden.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

17. **Leistungen und Aufgaben der geburtshülflichen Institute im Dienste der Humanität.** Akademische Festrede zur Feier des Jahresfestes der Grossh. Hess. Ludwigs-Universität am 1. Juli 1899, gehalten von dem derzeitigen Rector Dr. Hermann Löhlein, Geh. Med.-Rath, ord. Prof. d. Medicin. Giessen 1899. 4°. 16 S.

L. giebt zunächst einen historischen Rückblick über Anfang und Weiterentwickelung der geburtshülflichen Universitätinstitute. Von deutschen Universitäten hatte Strassburg als erste in den 20er Jahren des vorigen Jahrhunderts unter J. J. Fried eine geburtshülfliche Anstalt geschaffen. Von J. J. Fried's Schülern kam J. G. Röderer 1751 als Lehrer der Geburthülfe und Anatomie nach Göttingen. In *Giessen* wurde erst nach den Napoleonischen Kriegen eine geburtshülfliche Klinik für die Studirenden eröffnet.

Die Sterblichkeit in den geburtshülflichen Universitätkliniken war in den 50er Jahren wegen des grassirenden Wochenbettfiebers entsetzlich hoch, durchschnittlich ca. 16%, ansteigend bis zu 31.3%. Demgegenüber berechnete L. J. Boër für die Zeit vom Jahre 1793—1800 eine Sterblichkeit von nur 1.5%.

Eingehend schildert L. den Einfluss der bahnbrechenden, 1861 veröffentlichten Forschungen von J. P. Semmelweiss über die Entstehung und Verhütung des Puerperalfiebers. Erst in der 2. Hälfte der 70er Jahre fand die von Semmelweiss begründete Lehre von der Verhütung des Wochenbettfiebers allgemeine Anerkennung; in Folge dessen sank die puerperale Sterblichkeit in den Anstalten so bedeutend, dass L. in seiner Giessener Anstalt in den Jahren 1894—1898 eine puerperale Anstaltsterblichkeit von nur 0.1% erreichte.

L. betont, dass der Zudrang zu den staatlichen Anstalten seitdem überhaupt grösser geworden ist, und dass besonders auch die Zahl der Verheiratheten, die in den Anstalten Hülfe suchen, wächst.

Zum Schlusse bespricht L. die Einrichtung der sich von Jahr zu Jahr immer mehr Geltung verschaffenden Wöchnerinnenasyle und der Reconvalescentenhäuser für allzu früh aus den geburtshülflichen Anstalten entlassene Frauen. Das in Berlin gegründete Reconvalescentenheim wurde jedoch so wenig besucht, dass es 1892 wieder geschlossen werden musste; als Grund dieser eigenthümlichen Erscheinung nimmt L. an, dass die Anstalt-Disciplin von den Frauen gescheut wird. Sehr wesentlich dürfte nach Ansicht des Ref. hierbei auch die dira necessitas in Betracht kommen, die die Arbeiterfrauen zur baldigen Uebernahme ihrer häuslichen Pflichten zwingt.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

18. **Die Fruchtabtreibung durch Gifte und andere Mittel.** *Ein Handbuch für Aerzte und Juristen;* von Prof. L. Lewin u. Dr. M. Brenning. Berlin 1899. Aug. Hirschwald. Gr. 8. VIII u. 291 S. (8 Mk.)

In der Bearbeitung des in vielen Beziehungen interessanten Gebietes der künstlichen Fruchtabtreibung haben sich L. und Br. eine dankbare Aufgabe gestellt, und sie haben diese in glücklicher Weise gelöst. Nach einer kurzen *Einleitung* wird die *Verbreitung der Fruchtabtreibung* in alter und neuer Zeit geschildert, und darauf die *Gesetzgebung* über dieselbe mitgetheilt, unter Berücksichtigung des jüdischen, des griechischen und römischen, des canonischen, des alten germanischen, angelsächsischen und deutschen Rechtes alter und neuester Zeit und der modernen Gesetzbestimmungen fremder Länder. Besonders eingehend sind die Betrachtungen über das deutsche Strafgesetzbuch; die einzelnen Fälle, wie sie sich unter Heranziehung der Paragraphen über den Versuch, die Anstiftung, die Beihülfe und die Mitthäterschaft ergeben, werden durch Entscheidungen des Reichsgerichtes erläutert. Der 4. Abschnitt behandelt die *Dynamik* der Abtreibungmittel, der 5. die *speciellen Ursachen* des Fruchttodes und der Abtreibung, der 6. die *Diagnostik* des criminellen Abortes. Die folgenden 3 Abschnitte beschäftigen sich mit den *einzelnen Abtreibungmitteln*, dieselben werden zunächst in ihrer historischen und ethnographischen Verbreitung betrachtet, dann folgt eine reichhaltige, für den Gerichtsarzt besonders werthvolle Casuistik der Abtreibung durch Gifte, und endlich werden die mechanisch-chemischen und mechanischen Mittel zur Einleitung des Abortes besprochen. Für den Gerichtsarzt bildet besonders der casuistische Theil des Werkes ein Hülfsmittel, wie es ihm bisher auf diesem Gebiete nicht zu Gebote stand.

Woltemas (Diepholz).

19. **Beiträge zu einer Reform der geburtshülflichen Ordnung im preussischen Staate.** Herausgegeben von der *Commission* der *Aerzte-Kammer* der Provinz Sachsen, Dr. Bertog in Oschersleben, Dr. Brennecke in Magdeburg u. Dr. Dietrich in Merseburg. Berlin 1898. Elwin Staude. 8. 64 S. (1 Mk. 20 Pf.)

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/98

Nach einer kurzen historischen Einleitung Dietrich's werden die „Grundzüge einer Reform der geburtshülflichen Ordnung im Preussischen Staate" vollständig wiedergegeben, wie sie Brennecke der Aerzte-Kammer der Provinz Sachsen am 29. April 1897 vorgelegt hatte. Hierin wird zunächst gewünscht, das Hebammenwesen der Selbstverwaltung der provinzialen Verbände wieder zu entziehen und es der allgemeinen Staatsverwaltung zu unterstellen, jede Provinz soll nur eine, höchstens zwei Lehranstalten und reiches Material erhalten und in 1jährigen Cursen unterrichten. Bedingung der Ausbildung soll die Absolvirung einer höheren oder mittleren Töchterschule sein, eventuell die Ablegung einer dem Ziele der letzteren entsprechenden Prüfung. Die Hebammen sollen sämmtlich als Staatsbeamte angestellt und in ihrer Zahl in näher angegebener Weise beschränkt werden, 800—1200 Mark Jahreseinkommen erhalten. Weiter sollen in Anlehnung an die Frauenvereine „Helferinnen", „Familienpflegerinnen" und „geprüfte Wochenpflegerinnen" ausgebildet werden.

In ähnlichem Sinne gehalten sind die hierauf abgedruckten *Grundzüge,* wie sie die Commission der sächsischen Aerzte-Kammer beschloss, nur ist die gesetzlich festgelegte Unterstellung des Hebammenwesens unter die Provinzialverbände geblieben. Für „Hebamme" wird die Bezeichnung „Frauenschwester" [von mir vor einigen Jahren vorgeschlagen; Ref.] empfohlen. Die Organisation der Wochenpflege, welche von „Frauengenossenschaften mit beschränkter Haftpflicht" geregelt werden soll, ist in 2 kurzen Sätzen gefasst dargelegt.

Es folgen dann die ausführlichen Reden, in denen die Berichterstatter die Angelegenheit in der Aerzte-Kammer zur Sprache brachten und ihre Thesen begründeten; hierbei ist eine dankenswerthe tabellarische Zusammenstellung verschiedener Hebammentaxen Deutschlands gegeben, bei der übrigens diejenige des Regierungs-Bezirkes Coblenz von 1895 fehlt.

Schliesslich ist die noch kürzer wie ihre Vorläufer gefasste Zusammenstellung der *Grundzüge* gegeben, wie sie die Aerzte-Kammer, in Anlehnung an die Fassung der Commission beschloss. Weggefallen ist die geforderte Vorbildung einer höheren oder mittleren Töchterschule und eine andersartige Bezeichnung und die Beamtenstellung der Hebammen. Wichtig ist ferner die Forderung, dass die Staatsprüfungen in sämmtlichen Hebammenlehranstalten unter dem Vorsitze eines und desselben Medicinalbeamten stattfinden sollen. Ueber Wochenpflege wurde keine Resolution gefasst.

In einem Schlussworte wird gesagt, warum die Kammer davon abgesehen hat, ihre Beschlüsse schon jetzt den anderen Aerzte-Kammern zu unterbreiten. R. Wehmer (Berlin).

20. **Die Quarantäne-Frage in der internationalen Sanitätsgesetzgebung**; von Dr. G. Kobler in Serajewo. Wien 1898. Alfred Hölder. 8. 96 S. (1 Mk. 50 Pf.)

K. hat sich der dankenswerthen Aufgabe unterzogen, die Quarantänefrage im Lichte der Beschlüsse der letzten internationalen Sanitätconferenzen einer näheren Erörterung zu unterziehen. Es geschieht dies in 21 Abschnitten, in denen K. neben einer historisch-kritischen Schilderung der internationalen Uebereinkünfte hervorragendere literarische und sonstige Kundgebungen, z. B. die August Hirsch'schen Thesen von 1879, die Propositionen von Proust und Brouardel, Lowther's abwehrenden Standpunkt und Pagliani's Vorschläge auf der Venediger und Pariser Conferenz u. dgl. mehr, sowie zahlreiche Einzelbeobachtungen über Werth und Unwerth von Quarantänemaassregeln und ihre Umgehung anführt. Auch auf die Missstände und die Schäden in gedankenloser Weise äusserlich gehandhabter Maassnahmen geht er unter Beibringung von Beispielen ein. Hierbei sind von besonderem Interesse die von ihm beigebrachten Interna aus den Debatten der letzten internationalen Conferenzen.

Seine Ausführungen lässt er dann in folgenden Schlusssätzen gipfeln:

„1) Die Zweckmässigkeit der Landquarantänen für nicht europäische Länder kann nicht mit voller Bestimmtheit geleugnet werden. 2) Bei ihrer Errichtung muss naturgemäss auf weitgehendste Desinfektion- und Isolirungmaassregeln Bedacht genommen werden. 3) In Seuchenorten, insbesondere in verseuchten Häfen, wäre eine correkt durchgeführte mehrtägige Quarantänirung der Abreisenden anzurathen. 4) Die Abreise von Pilgern aus verseuchten Gegenden wäre zu verbieten. 5) Die Institution der Schiffsärzte wäre zu verstaatlichen, um diesen bei der Seuchenprophylaxe besonders wichtigen Organen eine behördliche Autorität und Unabhängigkeit von Privatinteressen zu verleihen."

R. Wehmer (Berlin).

21. **Verwaltung, Betrieb und Einrichtung der Krankenhäuser**; von H. Merke, Verwaltungsdirektor des städt. Krankenhauses Moabit-Berlin. [Th. Weyl's Handbuch der Hygieine Lief. 38.] Jena 1899. Gust. Fischer. Gr. 8. 286 u. 11 S. mit 30 Abbild. im Text. (Preis im Einzelverkauf 7 Mk.)

Auch dieser Band stellt wie verschiedene andere Specialarbeiten in Th. Weyl's Handbuche ein völliges Novum auf dem medicinischen Büchermarkte dar. Man wird ihn daher um so dankbarer begrüssen, als er nicht nur eine Fülle von für die Praxis überaus wichtigen Einzelthatsachen zusammenstellt, sondern auch von einer der hervorragendsten Autoritäten auf diesem Gebiete verfasst ist.

Die Arbeit erörtert in 2 Hälften: A. Verwal-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/99

tung und B. Betrieb, sowie Einrichtung der Krankenhäuser.

Bei Erörterung der *Verwaltung* sind abgehandelt: Das ärztliche und das Verwaltungspersonal, wobei M. für je einen getrennten und coordinirten ärztlichen und Verwaltungsdirektor eintritt. Es werden dann Stellung, Rechte und Pflichten der Aerzte und des Verwaltungspersonals in ihren verschiedenen Abstufungen besprochen, sodann die Finanzirung unter Beigabe einer Tabelle aus Moabit, Krankenpflege, Aufnahme und Entlassung der Kranken und in sehr eingehender Weise die Diätvorschriften (auf 37 Seiten); von besonderem Werthe für den Praktiker werden hier die zahlreichen Tabellen sein für die drei Kostformen, die Abstufungen nach den Altersklassen, die zeitlichen Eintheilungen, specielle Speisezettel u. dgl. m.

In der *zweiten Hälfte, Betrieb und Einrichtungen,* wird zunächst auf die *Kochküche* eingegangen, ihre Anlage, die Beschaffung des Rohmateriales, Küchenpersonal und Küchenbetrieb werden nach den Errungenschaften der Neuzeit besprochen mit allen möglichen praktisch wichtigen Sondereinrichtungen, wie Verhütung von Wrasenbildung, Wärmevorrichtungen, Verwerthung der Speisereste u. dgl. m.; ein *Senking*'scher Menagekessel und grosser Milchkocher sind abgebildet, die Instruktion für die Milchmädchen im Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhause ist beigegeben u. dgl. m.

Eine ebenso gründliche Darstellung erfährt der *Wäschereibetrieb,* wobei unter Anderem besonders auf die ordnungsmässige Desinfektion der Wäsche Werth gelegt wird. Weiter werden die Einrichtungen der *Krankenstationen* beschrieben, vor Allem die Betten mit ihren Specialeinrichtungen, wobei unter Anderem auf die Rosshaarspiralfedermatratzen und deren Umarbeitung, auf Krankenhebevorrichtungen unter Beigabe entsprechender Abbildungen Werth gelegt wird. Auch die zweckmässigste Form sonstiger Krankenmöbel, wie Nachttische, Lehnstühle, Bettschirme, Schränke, Waschtische, wird besprochen. Es folgen Bäder, einschliesslich Einrichtungen für permanente Bäder, Ausgussbecken, Aufbewahrungsräume für Besen, Theeküchen, Kleiderschränke, Bett- und Krankenwagen, Tageräume, Operationzimmer mit Nebenräumen, medikomechanische Institute u. s. w., zum Theil unter Beifügung entsprechender Abbildungen.

Sehr eingehend wird dann die *Desinfektion* erörtert, deren jetzige praktische Organisation in Berlin bekanntlich von Merke herrührt; es folgen Capitel über die Hausapotheken, über Buchführung, Küchenverwaltung, wobei viele praktisch erprobte Formulare für Diät-Speisezettel, auch Rechnungsformulare beigegeben sind, weiter über Materialien- und Inventarienverwaltung, Wäscheverwaltung, ebenfalls mit zahlreichen Formularen und Angabe von Bucheinrichtungen. Ein Anhang giebt einen Entwurf zur Buchführung für kleinere Krankenhäuser, Sanatorien u. dgl. m.

Sonst sind in üblicher Weise Literaturverzeichnisse eingefügt und ein alphabetisches Register ist dem warm zu empfehlenden Buche beigegeben.

R. Wehmer (Berlin).

22. **Die Vision im Lichte der Culturgeschichte** *und der Dämon des Sokrates;* von Dr. Knauer. Leipzig 1899. W. Friedrich. 8. 222 S. (3 Mk.)

Der Vf. versucht zu zeigen, wie oft und wie bedeutungsvoll Visionen in die menschliche Entwickelung eingegriffen haben. Er macht dabei keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Der 2. Theil handelt von der Sinnestäuschung in der Dichtung. Im 3. endlich wird das *δαιμονιον* des Sokrates besprochen und wird dieser gegen moderne Kritiken in Schutz genommen. Möbius.

23. **Kerker-Palimpseste,** *Wandinschriften und Selbstbekenntnisse gefangener Verbrecher;* von Cesare Lombroso. Deutsch von H. Kurella. Hamburg 1899. Verlagsanstalt A.-G. 8. 318 S. mit 20 Illustr. u. 2 Taf. (10 Mk.)

Unter Palimpsesten versteht man alte Pergamente u. s. w., auf denen über alte ausgekratzte Schrift weg wieder (*παλιν*) geschrieben worden ist, und die Entzifferung ist die der alten Schrift. Man weiss nicht recht, warum L. die Schreibereien der Gefangenen auf Mauern, Geräthen und die Randschriften in Büchern pomphaft Palimpseste nennt, aber das thut nichts. Das Buch L.'s ist 1890 in Turin erschienen. Der Uebersetzer hat einige weitere Mittheilungen L.'s, Proben aus den Mittheilungen französischer und deutscher Verbrecher hinzugefügt und hat das Anstössige etwas gemildert. Ausser den natürlich mehr oder weniger kurzen Aufschriften, die den Kern des Buches bilden, werden 10 Autobiographieen von Verbrechern gegeben, die vielleicht das Interessanteste sind. Im 3. Theile werden die Kerkerschriften mit den Mauerinschriften ausserhalb der Gefängnisse verglichen und werden zusammenfassende Betrachtungen angestellt. „Wenn die Vergleichung der Wandinschriften Gefangener mit denen Ehrlicher oder richtiger Freier die Charaktereigenschaften Eitelkeit, Ungeduld, Zorn, Unbeständigkeit, Neid, Spielsucht, Trägheit ungefähr gleich entwickelt zeigt, sehen wir bei den Gefangenen Ironie, Rachsucht, Widerstandsunfähigkeit, Schlauheit doppelt so oft, Lüsternheit, Hass, Ungerechtigkeit, Obscönitäten und Koprologien 5mal häufiger auftreten; ferner dominirt bei den Gefangenen Habsucht, Grausamkeit, Cynismus, Misstrauen und Aberglauben. Dagegen sind bei Letzteren alle besseren Eigenschaften seltener zum Ausdrucke gekommen, z. B. tritt die Sorge für die Zukunft 8mal, das Wohlwollen 4mal seltener auf, Reue, Liebe, Erwartung sind halbmal so selten. Aber weniger in dem zahlenmässigen Verhalten, als in der Intensität, der fast an's Wahnsinnige grenzenden Schärfe der Grausamkeit, der Eitelkeit tritt

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/100

der grosse Unterschied zwischen den Gefangenen und den Freien hervor.“ Das ist Alles eigentlich gar nicht überraschend.

Die praktischen Schlüsse L.'s gehen hauptsächlich dahin, dass die überaus kostspieligen Zellengefängnisse ihren Zweck nicht erfüllen, dass die Freiheitstrafen überhaupt die Gefangenen nicht bessern, dass der Unterricht in den Gefängnissen die Gefangenen nur schlauer und gefährlicher macht, dass man aber für die Gefangenen, die schon lesen können, zweckmässige Lektüre reichlich besorgen soll.

Im Einzelnen enthält das Buch viel Merkwürdiges und Interessantes, Niemand wird es ohne Anregung lesen. Möbius.

24. **Lehrbuch der gesammten wissenschaftlichen Genealogie**; *Stammbaum und Ahnentafel in ihrer geschichtlichen, sociologischen und naturwissenschaftlichen Bedeutung;* von Prof. Ottokar Lorenz. Berlin 1898. W. Hertz. Gr. 8. 489 S. (8 Mk.)

Dieses Buch ist für den Arzt, und besonders für den Neurologen, von ungewöhnlichem Interesse, denn es zeigt, wie das Problem der Vererbung angefasst werden muss.

Nach einer grossen Einleitung, die über die Genealogie als Wissenschaft und über ihre Beziehungen zu den verschiedenen Kenntnisszweigen handelt, erörtert der Vf. 1) die Lehre vom Stammbaume, 2) die Ahnentafel und 3) Fortpflanzung und Vererbung in naturwissenschaftlicher Hinsicht.

Die Hauptlehre ist die, dass die naturwissenschaftliche Betrachtung von der Ahnentafel ausgehen müsse, nicht vom Stammbaume. Unter Ahnentafel versteht man das Verzeichniss der vom Individuum aufwärts sich verdoppelnden Elternpaare; da die Eltern annähernd gleichen Antheil am Kinde haben, kann nur die Betrachtung, die männliche und weibliche Ahnen gleichmässig berücksichtigt, der Sache gerecht werden. Damit hat der Vf. zweifellos Recht und es ist ihm ohne Weiteres zuzugeben, dass die bisher von ärztlicher Seite gelieferten Darstellungen recht mangelhaft sind, insofern, als sie sich in der Hauptsache an den socialen Begriff der Familie, nicht an den naturwissenschaftlichen der Ahnensumme gehalten haben. Auch zeigt der Vf. mit Glück, wie wenig bei der statistischen Behandlung der Erblichkeitfragen herauskommt, wie wahrhafte Belehrung nur von der Vertiefung in das Individuelle, von der genealogischen Betrachtung zu erwarten ist. Er weist darauf hin, welche Menge von brauchbarem Materiale in den historischen Ahnentafeln enthalten ist, und er giebt manche lehrreiche Beispiele.

Es wäre sehr zu wünschen, dass Alle, die sich mit der Lehre von der Vererbung befassen müssen, L.'s Buch berücksichtigten. Bisher wissen wir blutwenig, vielleicht gelingt es, auf neuer Grundlage weiter zu kommen.

Ein paar Bemerkungen seien dem *Ref.* verstattet. Der Vf. befasst sich viel mit dem verteufelten Atavismus. Er steht ihm skeptisch gegenüber, aber vielleicht noch nicht genug. Es liegt die Gefahr nahe, dass bei Betrachtung der Ahnentafel die mathematische Auffassung zu sehr in den Vordergrund trete, dass A, wenn er seine 16 Ahnen aufweist, als mathematisches Produkt der 30 Vorfahren betrachtet werde. Wir müssen aber A nicht als mathematisches, sondern als chemisches Produkt, und zwar als das seiner beiden Eltern, ansehen. Bei der Zeugung entsteht so zu sagen eine neue Verbindung durch das Zusammenkommen zweier chemischer Stoffe, die einander noch nie begegnet sind. Machen wir den chemischen Versuch, so wissen wir nicht, welche Eigenschaften der neue Stoff haben wird, Gase geben Flüssiges, Farbloses giebt Gefärbtes, Geruchloses giebt Riechendes u. s. f. Bei der Zeugung hängen die Eigenschaften des Erzeugten nicht nur von denen der Vorfahren ab, sondern auch vom Verhältniss des väterlichen Keimes zum mütterlichen, das wir mit der chemischen Reaktion vergleichen. Wenn bei dem Erzeugten Eigenschaften auftreten, die keins der Eltern hat, so braucht nicht irgend ein entfernter Ahn sie den Eltern als versiegeltes Depot mitgegeben zu haben, vielmehr ist es von vornherein viel wahrscheinlicher, dass sie beim Zusammentreffen der elterlichen Keimstoffe neu entstanden sind. Damit ist die Möglichkeit, dass Merkmale entfernter Ahnen beim Kinde wieder zum Vorscheine kommen können, nicht abgeleugnet. Aber sie ist nicht die einzige Erklärung und die Annahme des Atavismus wird um so unwahrscheinlicher, je grösser der Abstand des Ahns ist. Bei 8 oder 10 Generationen ist die Ahnenreihe (2^8, 2^{10}) schon so gross, dass in ihr alle beliebigen menschlichen Eigenschaften vertreten sein können. Auch dürfte man in Zukunft mehr als bisher Das zu betonen haben, dass die einzelnen Keime, die ein Individuum liefert, offenbar verschieden sind. Die grosse Verschiedenheit, die oft Geschwister trennt, lässt sich nicht durch Verschiedenheit der Zeit und anderer Umstände erklären. Das, was die moderne Naturphilosophie das Keimplasma nennt, ist nicht eine gleichmässige Masse, sondern die einzelnen Keime sind individuell verschieden. Dadurch wird die Verwickelung noch viel grösser, die Nothwendigkeit, vorsichtig zu schliessen, wesentlich gesteigert.

Der Vf., der sich mit der naturwissenschaftlichen Seite seines Gegenstandes sehr vertraut gemacht hat, äussert doch an manchen Stellen Meinungen, die Bedenken erregen. Insbesondere sind die Bemerkungen über die Vererbung von Syphilis, Lepra und Alkoholismus auffallend (p. 387 flg.). Man behaupte, dass Syphilis und Lepra die nachfolgenden Geschlechter belasten, da aber jeder Lebende unter den vielen tausend Ahnen, die er im Mittelalter zu suchen hat, syphilitische und

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/101

lepröse Ahnen gehabt habe, so könne die Sache nicht so schlimm sein. Nun wird aber kaum Jemand behauptet haben, dass die Syphilis auf die 10. Generation oder noch weiter wirken könne. Ihre Wirkung erstreckt sich nicht einmal auf die Enkelkinder, da diese nicht immun sind. Etwas anders liegt die Sache beim Alkoholismus. Er kann überhaupt nicht direkt vererbt werden, sondern er bewirkt nur eine bald so, bald so sich äussernde Verschlechterung des Keims. Diese kann sich natürlich nicht als solche forterben und braucht auch nicht in jedem Falle vorhanden zu sein. Wenn die Kinder der Säuferin Anna von Oranien gesund zu sein schienen, so beweist das doch höchstens, dass die gute Natur der Dame stärker war als die Schädlichkeit. Und wenn nach vielen Generationen nichts mehr auf die Trunksucht gewisser Ahnen deutet, so kann man daraus doch nicht schliessen, dass „Trunksucht entweder überhaupt nichts schadet, oder ihre Schädlichkeit gar nicht, oder nur theilweise, und unter erst noch zu erforschenden Umständen in vererbten Eigenschaften zum Ausdrucke kommt“. Der Vf. findet einen unlösbaren Widerspruch zwischen den Beobachtungen der Aerzte und den Ergebnissen der Genealogie, die „bei Betrachtung langer Reihen die erwarteten Wirkungen nicht findet“. Die Sache dürfte doch so liegen, dass es auch in der Folge der Geschlechter eine vis medicatrix naturae giebt; die von aussen eingedrungene Schädlichkeit verliert ihre Kraft oder sie wird durch relativ gesunde Keime bei der Copulation neutralisirt. Ohne diese heilsamen Einrichtungen würden wir wahrscheinlich nur noch eine Bande von Krüppeln sein. Aber so wenig die Selbstreinigung der Flüsse mit ihrer örtlichen Verunreinigung unvereinbar ist, eben so wenig besteht ein Widerspruch zwischen der ärztlichen Beobachtung, die die grauenhaften Wirkungen der Syphilis und des Alkoholismus der Eltern an den Kindern zeigt, mit der genealogischen Wahrnehmung.

Ganz unverständlich ist Folgendes. Der Vf. weist darauf hin, dass in manchen Familien trotz reichlicher Knabengeburten der Mannesstamm rasch abgestorben ist. „Wohl aber wird man nicht leugnen können, dass die Genealogie zu beweisen scheint, dass sich der männliche Keimkern durch die Zahl der Zeugungen in den männlichen Reproduktionen unzweifelhaft erschöpft, während die Reproduktionsfähigkeit in den weiblichen Descendenzen unerschöpflich fortzubestehen scheint.“ Was soll das heissen? Wie kann sich der Keimkern erschöpfen? Wir wissen ja gar nicht, ob das Geschlecht des Kindes von der Beschaffenheit des Spermatozoon abhängt, und auch, wenn es so wäre, bliebe die Sache unverständlich.

Diese paar Bemerkungen sollen nur zeigen, dass der *Ref.* das Buch mit grossem Interesse gelesen hat. Fast immer musste er dem Vf. beistimmen und er ist überzeugt, dass auch Anderen L.'s Werk zu einer Quelle reicher Belehrung und nachhaltiger Anregung werden wird. Bei einer neuen Auflage aber wäre Ausmerzung der ungemein vielen Druckfehler zu wünschen. Möbius.

25. **Jugenderinnerungen eines alten Arztes**; von Adolf Kussmaul. 3. Aufl. Stuttgart 1899. A. Bonz u. Co. Gr. 8. VIII u. 496 S. mit 1 Porträt. (7 Mk. 20 Pf.)

K.'s „Erinnerungen“ haben nach kurzer Zeit die 3. Auflage erreicht, ein Beweis, dass sie allgemeinen Beifall gefunden haben. In der That weiss der liebenswürdige Vf. so angenehm und lehrreich zu erzählen, dass jeder denkende Arzt das Buch mit Vergnügen und Vortheil lesen wird. Besonders die Studienzeit in Heidelberg und die Erfahrungen des Vfs. während der Jahre 1848 und 1849 in Wien, Holstein und Baden sind höchst interessant. Bekanntlich hat K. den ungewöhnlichen Weg eingeschlagen, dass er erst Landarzt und dann Kliniker wurde. Wir erfahren hier, dass eine schwere Erkrankung, die der Vf. als rheumatische Myelitis schildert, die Ursache davon war, dass K. die Landpraxis aufgab. Mit dieser Krankheit schliesst das Buch ab. Möchte der verehrte Vf. sich entschliessen, ihm einen 2. Band folgen zu lassen. Möbius.

26. **Dr. L. Sonderegger in seiner Selbstbiographie und seinen Briefen**; herausgegeben von Dr. E. Haffter. Frauenfeld 1898. J. Huber. 8. VIII u. 498 S. mit 1 Bildniss. (6 Mk.)

Das Anziehendste in der Biographie Sonderegger's ist seine reine Begeisterung für den ärztlichen Beruf, eine Begeisterung, die durch Mühe und Arbeit, ja durch das Opfer des Lebens als echt bewiesen ist. Das Leben ist für S. nicht leicht gewesen, er hat es sich in jeder Beziehung sauer werden lassen müssen. In der Praxis aufgehend, konnte er nicht zu wissenschaftlichen Leistungen gelangen, aber er war unermüdlich thätig im Dienste der Gesundheitpflege und im Interesse des ärztlichen Standes, so dass nicht nur seine Patienten, sondern die ganze Schweiz und die Schweizer Aerzte besonders ihm viel zu danken haben. S. muss ein guter, liebenswürdiger Mensch gewesen sein, dass er auch ein frommer und klardenkender Geist war, bezeugt das den Schluss des Buches bildende Bekenntniss. Möge das auch äusserlich gut ausgestattete Werk viele Leser finden. Möbius.

27. **Transactions of the obstetrical Society of London.** *Vol. XL. 1898.*[1])

I. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

1) J. Phillips: *Placenta in einem Fall von Extrauterinschwangerschaft.* (p. 3.)

Eine Frau, die 4mal geboren hatte, erkrankte im Beginne der 5. Schwangerschaft mit Schmerzen und Blu-

[1]) Vgl. Jahrbb. CCLXIII. p. 256.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/102

tungen, die sich mehrfach wiederholten. Am Ende der Schwangerschaft traten zwar leichte Wehen, doch nicht die Geburt ein; 5 Monate später zwangen schlechtes Allgemeinbefinden und Fieber zu einem operativen Eingriff, und fand man bei der Laparotomie das ausgetragene Kind im extrauterinen Fruchtsacke hinter dem Uterus liegen, beide Tuben und Ligamente normal und kein Zeichen einer überstandenen Ruptur. Die Placenta lag im oberen Theile des Fruchtsackes und war ziemlich schwierig, doch ohne Blutung zu entfernen; ihre mütterliche Fläche war nicht gelappt. Die Frau genas.

2) Rumley Dawson: *Ruptur einer frühen Tubenschwangerschaft.* (p. 155.)

Die Ruptur ereignete sich bei einer 32jähr. Frau, die noch nicht geboren hatte und bei der die Schwangerschaft mit ziemlicher Sicherheit nicht länger als 15 Tage bestehen konnte; die Frau verblutete sich in wenigen Stunden. Es fand sich eine Ruptur am uterinen Ende der Tube; der Uterus selbst enthelt zahlreiche Fibromyome und eine dicke Decidua.

3) A. Doran: *Blutung aus der Tube ohne Nachweis einer ektopischen Schwangerschaft.* (p. 180.)

Eine 25jähr. Frau, die immer unregelmässig menstruirt war und einen Abort durchgemacht hatte, erkrankte 12 Wochen vor der Aufnahme mit heftigen Schmerzanfällen und Blutungen; eine Decidua ging nicht ab. Man fand im rechten Scheidengewölbe eine weiche Masse, doch keinerlei Zeichen einer bestehenden Schwangerschaft. Bei der Laparotomie erwies sich diese Masse als ein rothbraunes, solides Blutgerinnsel, das dem Rectum und der Flexur adhärent war und die rechten Adnexe umgab. Diese wurden zusammen mit dem Gerinnsel entfernt. Die linken Adnexe waren normal, auch fand sich weder eine Blutung in die Bauchhöhle, noch in das Parametrium. Bei sorgfältiger Untersuchung des dem Ostium abdominale der Tube anhängenden, $2^1/_2$ Zoll langen Gerinnsels sah man weder Zotten, noch Deciduazellen, die Tube war nicht erweitert, das Fimbrienende normal, ebenso die Schleimhaut und die Mesosalpinx; auch an dem Ovarium war nichts Abnormes. D. glaubt deshalb, dass es sich in diesem Falle um eine der seltenen Blutungen aus der Tube gehandelt habe, die nicht durch eine ektopische Schwangerschaft herbeigeführt werden.

4) A. Routh: *Tubenruptur.* (p. 220.)

Eine 29jähr. Frau, die 2mal normal geboren hatte, musste wegen Ruptur einer ektopischen Schwangerschaft der 4. bis 5. Woche im äussersten Collaps und mit kaum fühlbarem Puls unter den ungünstigsten äusseren Verhältnissen operirt werden. Die Ruptur sass in der linken Tube, und die Blutung stand nach deren Abtragung. Mikroskopisch liessen sich Chorionzotten nachweisen. Vor Schluss der Wunde wurde die Bauchhöhle mit abgekochtem Wasser gefüllt. Die Frau genas.

5) Cullingworth: *Frühe ektopische Schwangerschaft complicirt mit Uterusmyomen.* (p. 285.)

Die 33jähr. Frau hatte 1mal normal geboren. Der Uterus enthielt mehrere Myome und zeigte in der Gegend des rechten Horns eine grössere weiche Anschwellung, die sich wie eine Hämatosalpinx ausnahm. Im Douglas'schen Raume fand sich ein 2. festgewachsener Tumor von weicher Beschaffenheit, der sich ausschälen liess und als ein Fruchtsack mit einem Foetus als Inhalt erwies; ein Gewebestrang verband ihn mit der Anschwellung am rechten Uterushorn. Der Uterus wurde im Zusammenhange mit den Adnexen und dem Sacke abgetragen und der Stumpf intraperitonäal versorgt. Eine genauere Untersuchung ergab, dass beide Tuben am uterinen Ende normal, am Fimbrienende durch Adhäsion mit dem Ovarium verschlossen und dilatirt waren, die rechte mehr als die linke; an ihrem uterinen Theile fand sich eine runde, fluktuirende orangengrosse Anschwellung, die durch einen, 1 Zoll langen, für eine Sonde passirbaren Strang mit dem den Foetus enthaltenden Sacke communicirte. C. nimmt an, dass es sich um eine tubouterine Schwangerschaft handelte, bei der der Foetus in ein Divertikel der Tube ausgestossen wurde.

6) Butler-Smythe: *Incompleter Tubenabort.* (p. 298.)

Es handelte sich um eine geplatzte Tubenschwangerschaft und die Frau musste im äussersten Collaps und völlig pulslos operirt werden. Sie genas und B.-Sm. glaubt, dies hauptsächlich dem Umstande zu verdanken zu haben, dass er während der Operation wiederholte reichliche Kochsalzeinläufe anwendete und die Bauchhöhle vor Schluss der Wunde mit Wasser füllte.

7) Bland Sutton: *Tuboabdominale Schwangerschaft mit Extraktion eines lebenden Foetus.* (p. 308.)

Eine 24jähr. Frau, die 1mal geboren hatte, suchte Hülfe, weil die Schwangerschaft länger dauerte als normal und weil ihr die Bewegungen des Kindes auffallende Schmerzen bereiteten. Es liess sich feststellen, dass der Uterus leer war, und der Foetus musste demnach extrauterin liegen; eine gewölbte, weiche Masse im linken Hypochondrium, über der Venensausen zu hören war, wurde als Placenta angesprochen. Bei der Operation fand man das sich lebhaft bewegende Kind frei zwischen den Intestina liegen, es wurde lebend extrahirt, starb aber nach 2 Stunden. Das Omentum zeigte Verfärbung durch Meconium, das Kind hatte also nicht mehr in seinem Amnion gelegen, die Placenta lag dem linken Mesometrium auf, nahe dem Uterus und ihre Gefässe communicirten mit denen des grossen Netzes. Nach sorgfältiger Versorgung konnte sie ohne nennenswerthe Blutung entfernt werden. Die Frau genas.

8) Bland Sutton: *Ueber einige Fälle von Tubenschwangerschaft.* (p. 313.)

Die Arbeit schliesst sich in Form einer kritischen Besprechung an die Veröffentlichung von A. Doran (vgl. Nr. 3) an und S. kommt nach einer genauen Nachuntersuchung des Präparates im Gegensatze zu Doran zu der Ansicht, dass es sich in dem erwähnten Falle um einen vollkommenen Tubenabort gehandelt habe. Dabei geht S. genau auf die Einzelheiten ein, die bei ähnlichen Untersuchungen besonders berücksichtigt werden müssen.

9) H. R. Spencer: *Ovarialdermoid als Geburtshinderniss.* (p. 14.)

Die 20jähr. Frau hatte 1mal normal geboren und bemerkte bald nachher eine Geschwulst im Leibe, wurde wieder schwanger und 11 Monate nach dem 1. Kinde ohne Hülfe entbunden. Die jetzige Schwangerschaft war ausser hier und da auftretenden Schmerzen in der rechten Seite ohne Störung verlaufen. Bei beginnender Geburt fand sich aber das Becken durch einen cystischen Tumor vollkommen verlegt, dessen Reposition in Narkose nicht gelang. Deshalb wurde die Laparotomie vorgenommen, der Uterus vorgewälzt und der Tumor in gewöhnlicher Weise abgebunden. Da sich der Uterus durch die Bauchwunde nicht reponiren liess, wurden nur die Wundränder über ihm möglichst zusammengezogen, die Wunde durch Schwämme bedeckt, dann die Zange angelegt und ein lebendes Kind extrahirt. Nach Expression der Placenta wurde der Uterus reponirt und die Bauchwunde geschlossen. Mutter und Kind wurden gesund entlassen. Der Tumor war ein Dermoid des rechten Ovarium und maass $4^1/_2 : 4^1/_4 : 3$ Zoll.

10) H. R. Spencer: *Ovarialdermoid als Geburtshinderniss. Reposition. Ovariotomie 7 Monate später.* (p. 22.)

Bei einer 32jähr. Frau, die 2mal normal entbunden war und bei der nach der 1. Entbindung ein Tumor gefunden wurde, musste bei der 3. Entbindung nach vergeblichen Zangenversuchen in Narkose ein zweifaustgrosser Tumor aus dem Douglas'schen Raume herausgedrängt werden, was nicht ohne Schwierigkeit gelang.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/103

Wegen Nabelschnurvorfall wurde alsdann die Zange angelegt und ein lebendes Kind extrahirt. 7 Monate später wurde das dem linken Ovarium angehörende, mit dem Rectum und der Beckenwand verwachsene Dermoid durch Laparotomie entfernt.

11) R. Boxall: *Eingekeiltes Dermoid. Sectio caesarea.* (p. 25.)

Bei einer 29jähr. Erstgebärenden des 8. Schwangerschaftmonates fand sich das Becken durch einen halbweichen Tumor so verlegt, dass nur 2 Finger zwischen Symphyse und Tumor eingeführt werden konnten. 2malige Repositionversuche waren erfolglos, und deshalb wurde die Sectio caesarea vorgenommen. Mutter und Kind wurden lebend entlassen, der Tumor war ein Dermoid des rechten Ovarium mit langem Stiele und ohne Verwachsungen.

12) A. W. Lea: *Ueber die Sagittalfontanelle.* (p. 263.)

Bei 500 Untersuchungen an Neugeborenen konnte L. 22mal eine wohl ausgebildete Sagittalfontanelle nachweisen (4.4%); von den sonst noch beschriebenen abnormen Fontanellen fand sich nur 1mal eine mediofrontale. Alle 22 Kinder hatten ein gut ausgebildetes membranöses Spatium, 17mal doppeltseitig und von rautenförmiger Gestalt, 5mal einseitig und in dreieckiger Form. 4mal reichte die Fontanelle bis zur Protuberantia parietalis heran. Diese abnormen Fontanellen pflegen im Allgemeinen in den ersten 3 Monaten zum Verschluss zu kommen, doch sah L. sie auch noch bei älteren Kindern, bis zum 8. Monate und noch länger erhalten. Das Vorhandensein einer Sagittalfontanelle ist nicht ohne geburtshülfliche Bedeutung, denn einmal kann sie durch Verwechselung mit der grossen Fontanelle zu Fehldiagnosen Veranlassung geben und dann das Vorhandensein von Frakturen u. s. w. vortäuschen. Nicht selten findet sich neben der Sagittalfontanelle auch eine mangelhafte Ossifikation der hinteren Seitenwandpartien; in den 22 Fällen fand sich dieses 6mal (27.2%). Die Sagittalfontanelle ist ohne Zusammenhang mit irgend einer constitutionellen Erkrankung von Mutter und Kind.

13) G. Roper: *Ueber einige schwierige Fälle von fronto-anteriorer Stellung des kindlichen Kopfes.* (p. 271.)

R. sucht auf Grund von 2 Beobachtungen nachzuweisen, dass die Schwierigkeit für die Entbindung in der genannten Stellung weniger in der Kopfstellung, als in der dorso-posterioren Rumpfstellung zu suchen sei; beide Beobachtungen betrafen dieselbe Frau bei ihrer 2. und 3. Entbindung.

Bei der 2. musste nach langen vergeblichen Zangenversuchen der in fronto-anteriorer Stellung hefindliche Kopf perforirt werden, doch gelang die Extraktion mit dem Kephalotryptor nicht, und die Entbindung konnte nur durch Herunterholen eines Fusses und Wendung vollendet werden. Bei der 3. Entbindung waren bei gleicher Kopfstellung wiederum vergebliche Zangenversuche gemacht worden, weshalb alsbald auf einen Fuss gewendet und diesmal ein lebendes Kind entwickelt wurde.

Da in dem 1. Falle der perforirte Kopf ein Geburtshinderniss nicht bieten konnte, so kann dieses nur in den Schultern zu suchen sein. R. räth in allen Fällen von fronto-anteriorer Kopfstellung zwar einen vorsichtigen Zangenversuch zu machen, ihm aber sofort, wenn er nicht gelingt, die Wendung auf den Fuss anzuschliessen und dabei den Rumpf in die abdominoposteriore Stellung zu drehen.

14) Dakin: *Uterusruptur während normaler Entbindung.* (p. 29.)

Die Ruptur ereignete sich bei einer schlecht genährten 40jähr. Elftgebärenden mit normalem Becken und normalen, mit längeren Pausen abwechselnden Wehen; der Urin enthielt 1/8 Eiweiss. Es wurde bei tiefem Kopfstande und erweitertem Muttermunde die Zange angelegt, ein todtes Kind entwickelt und, als die Placenta nach 20 Minuten nicht zu exprimiren war, die manuelle Entfernung vorgenommen. Dabei fand sich oberhalb des Muttermundes ein Riss in der rechten Uteruswand, durch den die Placenta zur Hälfte in die Bauchhöhle getreten war; sie wurde entfernt, ein schwerer Collaps trat ein, die Frau starb binnen 10 Minuten. Bei der *Sektion* fand sich der Riss reichend von dem Winkel zwischen Tubeninsertion und Lig. rotundum bis ungefähr zum inneren Muttermunde, in einer Ausdehnung von 4 3/4 Zoll. Im verdünnten unteren Segmente verlief er fast horizontal, wurde dann schräg und nahm im Bereiche des retrahirten oberen Segmentes eine vertikale Richtung an. Der Riss ging durch die Placentastelle, der Peritonäalüberzug zeigte Spuren einer früheren Peritonitis, das Gewebe an der Rissstelle erwies sich mikroskopisch als fettig infiltrirt und die Muskelfasern erschienen abnorm brüchig. Die Ursache des Risses muss wohl, abgesehen von dem schlechten Ernährungzustande der Frau, in diesen Veränderungen zu suchen sein, die selbst vielleicht die Folge der alten Peritonitis waren.

15) G. F. Blacker: *Akuter Decubitus nach einer Entbindung.* (p. 247.)

Bei einer 26jähr. Frau, die ausser einer verdächtigen Lungenspitzenaffektion ganz gesund war und keinerlei Zeichen einer Erkrankung des Nervensystems darbot, normal und leicht entbunden wurde und in der Nachgeburtperiode einen stärkeren Blutverlust hatte, trat bald nach der Entbindung ein auffallend schnell verlaufender und tief gehender Decubitus über dem Kreuzbeine ein, der zu seiner Ausheilung 2 Monate brauchte. Als einzige denkbare Entstehungursache ist der mässige Druck anzusehen, den der mit der Entbindung betraute Student zur Linderung des Wehenschmerzes mit seinem Knie gegen das Kreuzbein ausübte. Der Druck war während 1 Stunde und mässig ausgeübt worden, auch hatten bei der leichten Entbindung die Beckennerven keinen nennenswerthen Druck erlitten, eben so wenig fand sich eine septische Infektion.

16) J. Walters und A. R. Walters: *Eine Puerperalseptikämie geheilt durch Antistreptokokkenserum.* (p. 277.)

Eine Mehrgebärende erkrankte nach ungenügender Ausräumung eines frühen Abortes, wobei die Curette nicht alles entfernt hatte und noch nachträglich Reste des macerirten Foetus abgingen, an ausgesprochener Sepsis. Es wurden am 8. und 9. Tage nach der Ausräumung je 10 ccm Antistreptokokkenserum in die Bauchdecken injicirt, der Puls fiel nach der 1. Injektion von 120 auf 80, die Temperatur von 39.5° auf 36.7°. Nach der 2. Injektion trat eine mehrere Tage dauernde Schwäche und Depression ein, auch fand sich vorübergehend im Urin Eiweiss. Die Kr. genas.

II. Missbildungen.

1) J. Phillips: *Monstrosität in Folge von amniotischen Bändern.* (p. 130.)

Eine junge Erstgebärende hatte im 4. Schwangerschaftmonate gesehen, wie ein Kind von einem Omnibus über den Kopf gefahren wurde. Die Entbindung verlief

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/104

normal, es war reichlich Fruchtwasser vorhanden, das Kind schrie laut und starb nach 1 Stunde. Die Eihäute hingen in Form eines Sackes direkt mit dem Stirnbeine des Foetus zusammen und unter diesem fehlte die Entwickelung des knöchernen Schädels; es bestand eine Meningo- und Encephalocele. Die Arbeit beschreibt auf Grund von guten Zeichnungen die Missbildung ausführlich.

III. Gynäkologie.

1) W. Heape: *Menstruation und Ovulation beim Affen und beim Weibe.* (p. 161.)

Die Arbeit ist eine Fortsetzung der in den Transactions 1894 veröffentlichten Untersuchungen über die Menstruation bei Lemnopithecus entellus (Jahrbb. CCLXIII. p. 210). H. machte diesmal seine Untersuchungen an einer anderen Affenart, Macacus rhesus. Die histologischen Befunde sind bei beiden Arten die gleichen, und es genügt deshalb auf die erwähnte Arbeit zu verweisen. Zum Vergleiche der beim Affen erhobenen Befunde mit denen beim Menschen standen 2 Untersuchungen menschlicher Uteri menstruirender Frauen zur Verfügung und H. giebt eine ausführliche Beschreibung der histologischen Befunde. Was die Beziehungen der Menstruation zur Ovulation betrifft, so fand er, dass bei Frauen und Affen Menstruation und Ovulation nicht nothwendig zusammenfallen, dass erstere auch ohne die letztere stattfindet und dass beim Weibe Ovulation auch ohne Menstruation statthaben kann. Den Schluss der lesenswerthen Arbeit, wegen deren Einzelheiten auf das Original verwiesen werden muss, bilden Bemerkungen und persönliche Ansichten H.'s über den Ursprung von Menstruation und Ovulation.

2) A. W. Addinsell: *Ueber Mittelschmerz.* (p. 137.)

Dieser, an Stärke verschiedene, an die Eierstockgegend gebundene und mit auffallender Regelmässigkeit 14 Tage nach der Periode auftretende Schmerz ist nach Ansicht A.'s häufiger als im Allgemeinen angenommen wird. Er giebt auf Grund von 4 Fällen aus der eigenen Praxis und anderer aus der Literatur eine genaue Schilderung des klinischen Bildes, für dessen Entstehung verschiedene Theorien aufgestellt wurden, die er erwähnt. Er selbst glaubt, dass der Mittelschmerz, bei dem fast in allen Fällen ein klarer, wässriger Ausfluss besteht, fast stets die Folge einer meist auch nachgewiesenen Tubenaffektion, Hydrosalpinx ist. Er entsteht dadurch, dass die Tube anstrebt, durch Contraktionen ihren pathologischen Inhalt zu entleeren, besonders bei Individuen, bei denen die physiologisch wiederkehrende Congestion im Becken mit auffallender Häufigkeit eintritt. In 13 zum Schlusse der Arbeit zusammengestellten Fällen fanden sich 10mal durch mehr oder weniger deutliche Schwellung charakterisirte Tubenerkrankungen, in 6 von ihnen Ausfluss und in 2 durch die Operation nachgewiesener Hydrosalpinx. Der Vortrag gab zu einer angeregten Diskussion Veranlassung, in der die meisten Redner sich dahin aussprachen, dass es zwar nicht unmöglich, sicherlich aber äusserst selten ist, dass der Inhalt einer ausgedehnten Tube nach dem Uterus entleert werde.

3) J. Phillips: *Fibromyom der Vagina.* (p. 130.)

Der Tumor bestand bei einer 49jähr. Frau schon mehrere Jahre und reichte von der inneren Urethralmündung bis unter den Beckenrand; der Uterus war retroponirt und elevirt. Die Hauptklagen bestanden in Blasenbeschwerden. Der Tumor liess sich leicht enucleiren, war $10^1/_2$ Unzen schwer und maass 6:4 Zoll; er war ein Fibromyom mit ausgesprochen fibrösem Bau.

4) H. R. Spencer: *3 Fälle von congenitalem Tumor am innern Muttermund als Ursache von Hydrometra bei Neugeborenen.* (p. 332.)

Bei etwa 100 Untersuchungen an Uteri Neugeborener fand Sp. 3mal einen kleinen Schleimhauttumor in der Höhe des inneren Muttermundes, der zu einer Schleimretention und Vergrösserung des Uterus selbst geführt hatte. Er ging aus von der vorderen Columna des Arbor vitae und war bis erbsengross. 2mal waren die Trägerinnen Zwillingskinder, der andere Zwilling hatte männliches Geschlecht, und in einem Falle bestand zugleich eine Missbildung der Tube. In einem Falle hatte der retinirte Schleimhautpfropf die Grösse des vorderen Kleinfingergliedes, so dass der Uterus einen ungefähren entero-posterioren Durchmesser von 10 mm erreichte.

5) W. J. Gow: *Cystisches intraligamentöses Myom und doppelter Uterus.* (p. 134.)

Das Myom fand sich bei einer 32jähr. Frau, war durch ältere und frische Blutungen zum Theil erweicht und sass im rechten Ligament. Daneben fand sich ein doppelter Uterus mit grösserer rechter Hälfte; beide Hälften communicirten in der Höhe des inneren Muttermundes.

6) H. R. Spencer: *2 Uterusfibrome, operativ entfernt bei Frauen unter 25 Jahren.* (p. 228.)

Die eine Kr., deren Tumor 4 Pfund $9^3/_4$ Unzen wog, war 23, die andere mit einem Tumor von $16^1/_4$ Unzen Gewicht (mit Uterus) war 24 Jahre alt. Der erste wurde durch Amputation mit extraperitonäaler Stielversorgung, der zweite durch vaginale Totalexstirpation entfernt. Sp. beschreibt unter Zusammenstellung von 40 Fällen von Fibromyomen bei Frauen unter 25 Jahren seine beiden Beobachtungen ausführlich und betont die verhältnissmässig grosse Seltenheit solcher Fälle.

7) Dysart Mc Caw: *Cystisches Uterusfibrom als Schwangerschaftscomplikation.* (p. 256.)

Bei einer 34jähr. Erstgeschwängerten des 5. Monates, die früher keine auffallenden Blutungen gehabt hatte, jetzt über heftige Schmerzen im Leibe klagte, fand sich eine ausgesprochene Tympanie und ein bis zum Rippenbogen reichender, gegen den schwangeren Uterus frei beweglicher Tumor; der Darm lag vor der Geschwulst und Vf. dachte an eine retroperitonäale Entwickelung eines Tumor, doch erwies er sich bei der Operation als ein cystisches Myom, das bei günstiger Stielbildung leicht zu entfernen war. Die Schwangerschaft blieb ungestört und die Frau wurde am Ende der Schwangerschaft mit der Zange von einem lebenden Kinde entbunden.

8) W. Tate: *Degenerirtes Fibromyom u. s. w.* (p. 303.)

Das Interessante an dem Falle ist, dass die Trägerin des Myoms früher an profusen Blutungen litt, dass diese

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/105

im 47. Jahre aufhörten, und nach 20jähriger Pause im 67. Jahre wieder begannen. Das Myom nahm die vordere Uteruswand vom Fundus bis zum inneren Muttermund ein.

9) H. Targett: *Ein Fall von Deciduoma malignum.* (p. 113.)

Eine 39jähr. Siebentgebärende war bis zu ihrer letzten Entbindung im Januar 1897 gesund gewesen, auch war diese bis auf eine stärkere Nachgeburtblutung normal verlaufen. Bald danach stellte sich mehr oder minder starker blutiger Ausfluss ein, zu dem sich später Husten mit bräunlichem, manchmal blutigem Auswurf gesellte. 1/2 Jahr später war der Uterus vergrössert, die Cervix offen; es wurden einige dunkelrothe, weiche, granulöse, Placenta-ähnliche Massen entfernt; über der Lunge fand sich crepitirendes Rasseln. 4 Tage darauf starb die sehr elende Frau, 20 Wochen nach der Entbindung. Bei der *Sektion* fand sich eine Pleuropneumonie mit Metastasen in den Lungen, der Pleura, den Bronchialdrüsen und dem Perikardium. Der Uterus war 4 1/2 Zoll lang und enthielt eine zum Theil in die Muskulatur hineingewachsene Neubildung; diese nahm die hintere Wand ein, durchdrang sie zum Theil und hatte am Fundus durch Durchwucherung einen nach aussen prominenten, mit dem Rectum verwachsenen Tumor gebildet. Auch das rechte Ovarium war von der Neubildung eingenommen; die Därme und das Netz waren mehrfach verwachsen. Mikroskopisch erwiesen sich die Neubildung, ebenso wie die sekundären Knoten als malignes Deciduom.

10) A. H. N. Lewers: *Primäres Corpuscarcinom.* (p. 225.)

Kurzes Referat über eine Kr., die L. 1897 (vgl. Transactions 1897) operirt hatte. Mai 1898 (die Operation fand Februar 1897 statt) war die Kr. noch völlig gesund.

11) Macnaughton Jones: *Völlige Incontinentia urinae geheilt durch Ventrofixation.* (p. 226.)

Als Ursache der völligen, das Tragen eines Urinals erfordernden Incontinenz fand sich eine starke Anteflexion des hypertrophischen Uterus bei einer 48jähr. Frau, bei der der Fundus dem Blasenhals direkt auflag. Nach Ventrofixation verschwanden die Beschwerden vollkommen.

12) J. H. Targett: *Doppelter intestinaler Verschluss nach Ovariotomie.* (p. 175.)

Es waren doppelseitig Ovarialtumoren von ziemlich gleicher Grösse und multiloculärem Bau entfernt worden, wobei man rechts auf der Kystomwand, ebenso wie auf dem Netz und Mesenterium kleine weiche, gelatinöse Knoten constatirte. 6 Monate später Ileus. Es fand sich hinter dem Uterus eine das Rectum verlegende harte Geschwulstmasse, eine Colotomie brachte keine Besserung und die Kr. starb 3 Wochen später. Bei der *Sektion* fand sich ausser allgemeinen Metastasen im Peritonaeum ein Verschluss durch Verwachsung einer Ileumschlinge im Douglas'schen Raume mit spitzwinkliger Abknickung, und ein zweiter Verschluss am Rectum, in der Höhe des inneren Muttermundes durch Umwachsung des Darms durch die Neubildung. Mikroskopisch erwies sich diese als ein colloid entartetes Cylinderzellencarcinom.

13) A. Routh: *Eingeklemmtes, während der Schwangerschaft entferntes Dermoid.* (p. 217.)

Bei der Erstgeschwängerten wurde im 4. Monate das hintere Scheidengewölbe durch einen Kreuzschnitt eröffnet, der Tumor nach Lösung von Adhäsionen punktirt und der kurze Stiel abgebunden; dabei musste der Uterus stark angezogen werden. Am 22. Tage trat unter Fiebersteigerungen der Abort ein. Die Frau genas.

14) H. R. Spencer: *Eingeklemmtes Dermoid in der Mitte der Schwangerschaft. Reposition. Entfernung 15 Tage nach der Entbindung.* (p. 259.)

Das Dermoid sass im linken Ovarium und maass 4 3/4 : 3 1/4 : 2 1/5 Zoll und musste bei einer Frau, die 9mal normal geboren hatte, im 5. Monate der 10. Schwangerschaft wegen Schmerzen und Obstipation in Narkose reponirt werden. Die Schwangerschaft und Entbindung verlief normal, 15 Tage nach der letzteren wurde der Tumor mit gutem Erfolge exstirpirt.

15) H. R. Spencer: *Eingeklemmtes Dermoid im 4. Schwangerschaftsmonat.* (p. 329.)

Die 22jähr. Frau war zum 3. Male schwanger und der 3 1/2 : 3 : 2 Zoll messende Tumor wurde im 4. Monate wegen Einklemmungerscheinungen durch leichte Ovariotomie entfernt. Das Kind wurde am normalen Schwangerschaftende leicht geboren. Sp. betont, dass auch derartige kleine Tumoren heftige Incarcerationerscheinungen machen können und räth zu früher Operation. Zwar gelingt es auch manchmal während der Geburt durch Zange oder Wendung das Kind an einem derartigen Tumor vorbei zu entwickeln, doch ist die Gefahr, dass der Tumor dabei platzt, nicht gering. Als Beweis dafür erwähnt er p. 331 einen Fall, in dem bei einer Zweitgebärenden die Wendung das Dermoid zum Platzen brachte und die Frau am 3. Tage an Peritonitis starb.

16) H. Roberts: *Doppelseitige Pyosalpinx von enormer Grösse.* (p. 121.)

Bei einer an mehrfachen Unterleibsentzündungen erkrankten Frau zwangen schnell wachsende Tubensäcke wegen Fieber und Verschlechterung des Allgemeinbefindens zur Operation. Die Kr. genas. Die rechte Tube war 6 1/2 Zoll lang, 3 1/4 breit und maass im grössten Umfang 10 3/4 Zoll, bei 28 Unzen Gewicht. Die linke war 5 Zoll lang, 3 breit, 9 1/2 im Umfang und wog 13 1/2 Unzen. Beide enthielten Eiter, in dem sich weder Tuberkelbacillen, noch Gonokokken nachweisen liessen, wohl aber Kokken, die sich nach Gram gut färbten. Culturversuche waren ohne Erfolg.

17) H. Roberts: *Primäres Tubencarcinom.* (p. 189.)

Bei einer 43jähr. Frau, die nicht geboren hatte und an heftigen Schmerzanfällen und mässigem, zuweilen blutiggefärbtem Ausfluss litt, fand sich eine hühnereigrosse, nicht verwachsene Geschwulst der rechten Adnexe. Sie erwies sich bei der Operation als eine wurstförmige, vergrösserte Tube, angefüllt mit papillomatösen Massen, die das Lumen bis auf einen 1 Zoll langen Theil des uterinen Endes ausfüllten. Das Fimbrienende war verschlossen, das uterine offen. Mikroskopisch erwies sich die Neubildung als Carcinom. Das Ovarium und das Peritonaeum waren gesund.

18) A. Doran: *Tafel über die bis April 1898 veröffentlichten Fälle von primärem Tubencarcinom.* (p. 197.)

D. stellt im Ganzen 23 Fälle mit entsprechenden kurzen Angaben aus der Literatur zusammen.

Münchmeyer (Dresden).

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/106

JAHRBÜCHER

der

in- und ausländischen gesammten Medicin.

Bd. 264. 1899. № 2.

A. Auszüge.

I. Medicinische Physik, Chemie und Botanik.

220. **An account of some experiments upon the toxicity of normal urine**; by W. P. Herringham. (Journ. of Pathol. and Bacteriol. VI. 2. p. 158. 1899.)

Die Giftigkeit des Harns hängt im Allgemeinen direkt von seinem Gehalte an Kalisalzen ab. H. stellte Versuche an Kaninchen an, injicirte den Harn in die Ohrvene und bestimmte die tödtliche Menge an Kalisalzen pro Kilogramm Kaninchen als zwischen 0.14 und 0.21 g. Die blosse Flüssigkeitinjektion wirkt erst in Mengen tödtlich, die die der injicirten Harnportionen um ein Mehrfaches übertreffen. W. Straub (Leipzig).

221. **Ueber das Schicksal des o-Oxychinolins und über die Ausscheidung der gepaarten Schwefelsäuren im Harn des Hundes, nebst einem Anhang über die Zusammensetzung des Chinosols**; von E. Rost. (Arb. a. d. kais. Gesundheitsamte XV. 2. p. 288. 1899.)

Chinosol ist ein Präparat, das in wässeriger Lösung in Oxychinolinsulphat und Kaliumsulphat zerfällt. Die Versuche R.'s sind an Hunden mit täglich gleicher Eiweisszufuhr angestellt, so dass die Grösse der Darmfäulniss an den einzelnen Tagen als constant gelten darf. An drei Versuchstagen mit je 1.0 Oxychinolinsulphat ist deutliches Ansteigen der beiden Schwefelsäuren zu bemerken, dabei sinkt der Werth des Quotienten (freie Schwefelsäure zur gepaarten) um ein Beträchtliches. Die Wiederholung des Versuches mit o-Oxychinolin ergab Vermehrung der gepaarten Schwefelsäuren unter Verminderung der freien Schwefelsäuren. o-Oxychinolin wie sein Sulphat werden also als gepaarte Schwefelsäuren ausgeschieden. Die Anlagerung der Schwefelsäure erfolgt am Benzolring der beiden Verbindungen, da der Pyridinring der Synthese nicht unterliegt.

Eine andere physiologische Paarung des Oxychinolins scheint die mit Carbonsäure zu sein, da die Oxychinolincarbonsäure (Kynurensäure) ein normaler Bestandtheil des Hundeharns ist.

Die durch Kalkgaben (Kreide) erzielte Neutralisation der Magensalzsäure beim Hunde hat deutliches Ansteigen der Aetherschwefelsäuren des Harns zur Folge, es sind also die Fäulnissvorgänge unter diesen Umständen erhöht oder mit anderen Worten die Magensalzsäure hat eine Desinfektionwirkung gegenüber dem Speisebrei.

12tägiger Hunger lässt zwar die Menge der 24stünd. gepaarten Schwefelsäuren auf einen minimalen Werth sinken, doch verschwinden sie nicht ganz. Der geringe Rest scheint von der Fäulniss von Verdauungsekreten, Epithelien u. s. w. herzurühren. W. Straub (Leipzig).

222. **Ueber die Aehnlichkeit der Flüssigkeitsresorption in Muskeln und in Seifen**; von Jacques Loeb. (Arch. f. Physiol. LXXV. 6 u. 7. p. 303. 1899.)

In einer 0.7proc. NaCl-Lösung nimmt ein Muskel in 18 Stunden nur wenig Wasser auf. In einer isotonischen KCl-Lösung dagegen nimmt der Muskel um ca. 40% seines Gewichtes zu, in einer isotonischen $CaCl_2$-Lösung um 20% seines Gewichtes ab. Wie Ca verhalten sich Sr, Ba, Co und Mn.

Dieses Verhalten der Flüssigkeitresorption in Muskeln zeigt eine vollständige Analogie mit der Flüssigkeitresorption in Na-, K- und Ca-Seifen.

Diese Analogie spricht dafür, dass es sich um feste Lösungen des Wassers im Muskel handelt und dass die bei dem Flüssigkeitaustausche in Betracht kommenden Kräfte osmotische Drucke und nicht capilläre Kräfte sind.

V. Lehmann (Berlin).

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/107

223. **Ueber Darstellung von Lecithin und anderen Myelinsubstanzen aus Gehirn und Eigelbextrakten**; von Dr. G. Zülzer. (Ztschr. f. physiol. Chemie XXVII. 3. p. 255. 1899.)

Die Abscheidung des Cholesterins aus dem Aetherextrakte des Gehirns war bisher umständlich und schwierig. Z. hat nun gefunden, dass man durch Behandeln mit Aceton das Aetherextrakt in zwei Gruppen zerlegen kann: die cholesterinhaltige Aetheracetonlösung und den cholesterinfreien Niederschlag. Aus dem Acetonniederschlage konnte durch weitere Behandlung ein neuer myelinartiger Körper, der N und P enthält, isolirt werden. Auch konnte Z. zeigen, dass Lecithin *als solches* im Gehirn vorkommt. Es konnte nach seiner Methode auch leicht aus Eigelb dargestellt werden.

V. Lehmann (Berlin).

224. **Ueber das Verhalten des salzsauren Glykosamins im Thierkörper**; von Dr. Edmund Fabian (Ztschr. f. physiol. Chemie XXVII. 3. p. 167. 1899.)

Die Fähigkeit, Glykogen zu bilden, kommt nur wenigen Zuckerarten zu, unzweifelhaft nur dem Traubenzucker, Fruchtzucker, Rohrzucker und der Maltose. Die echten Glykogenbildner gehen mit Hefe alkoholische Gährung ein und gehen nur schwer in den Harn über.

Dementsprechend zeigte sich, dass das salzsaure Glykosamin kein Glykogen bildete, nach Gaben von 15—20 g theilweise in den Harn überging, bei subcutaner Einführung auch schon nach 2—3 g. Es lässt sich noch 12 Stunden nach seiner Verfütterung im Darmkanale nachweisen.

V. Lehmann (Berlin).

225. **Chemische Untersuchung des Inhaltes einer Pankreascyste**; von Emil Zdarek. (Wien. klin. Wchnschr. XII. 29. 1899.)

Der durch einen Trokar entleerte Inhalt der von Dr. Keitler beschriebenen Cyste war farb- und geruchlos, schwach opalisirend, enthielt feinste Schleimflöckchen, war dünnflüssig, neutral, von schwach salzigem Geschmack, spec. Gewicht 1007. Die Menge der Eiweisskörper betrug nicht einmal 1‰, Fettsäuren, Fette, Harnstoff waren in geringer Menge vorhanden. Leucin konnte nicht nachgewiesen werden, dagegen eine Spur Cholestearin, vor Allem aber war Oxalsäure in grösserer Menge vorhanden. Der Inhalt der Cyste wich also hinsichtlich seines Aussehens und seiner Zusammensetzung sehr wesentlich von anderen analysirten Pankreascysten ab. H. Beschorner (Dresden).

II. Anatomie und Physiologie.

226. **Physiologische Charakteristik der Zelle**; von Fr. Schenck. (Würzburg 1899. A. Stuber. Gr. 8. VIII u. 123 S. 3 Mk.)

Gegenüber der Forderung einiger jüngerer Autoren, die physiologische Forschung solle den Aufbau des Organismus aus Zellen mehr berücksichtigen und die Leistungen der Organe auf die allgemein physiologischen Eigenschaften der Zelle zurückführen, weist Sch. nach, dass eine derartige Betrachtungsweise der allgemein physiologischen Forschung nur hinderlich sein könnte. Die Ergebnisse seiner Auseinandersetzungen lassen sich in folgenden Thesen zusammenfassen: Nicht jede Zelle ist ein physiologisches Individuum, weil es Zellen giebt, die nur Theile eines physiologischen Individuum sind. Die physiologische Verbrennung und die darauf beruhenden Lebensäusserungen sind nicht an ein Zusammenwirken der charakteristischen Zellenbestandtheile (Kern und Protoplasma) gebunden; für sie ist also der Aufbau des Organismus aus Zellen bedeutungslos. Auch die Assimilation ist in gewissem Grade noch unabhängig vom Bestande der ganzen Zelle, aber die auf Assimilation beruhenden Erscheinungen des Wachsthums, der Regeneration, der Formbildung kommen nur durch Zusammenwirken der charakteristischen Zellenbestandtheile zu Stande. Die Zelle, d. h. der Kern mit seiner Wirkungsphäre im Protoplasma, wird daher von Sch. als „Organisationeinheit“ bezeichnet.

Das Organisationvermögen der Organisationeinheiten ist nicht in allen Fällen unbeschränkt, denn bei manchen Zellen der vielzelligen Organismen hängt es ab von dem Zusammenhange der Organisationeinheit mit dem Gesammtorganismus, d. h. vom Verbleiben der Zelle im Zellenverbande. Bei der Organisation scheint dem Kerne die den Organisationvorgang bestimmende Rolle zuzufallen, ohne dass indessen das Protoplasma dabei ganz passiv bleiben dürfte. Der Aufbau der Organismen aus Zellen ist der morphologische Ausdruck einer physiologischen Arbeittheilung zwischen dem vorwiegend mit dem Organisationvermögen ausgestatteten Kerne und dem der Reaktion auf äussere Einwirkungen dienenden Protoplasma. Die Kern- und Zellentheilung, die durch ein drittes für die werdende Zelle charakteristisches Gebilde, die Centralkörper, vermittelt wird, hat den Zweck, bei der Neubildung und dem Wachsthume der Organismen die Kern- und Protoplasmamasse so zu vertheilen, wie es für die Ausübung der Zellenfunktionen erforderlich ist.

Teichmann (Berlin).

227. **On the structure of cell protoplasm**; by W. B. Hardy. (Journ. of Physiol. XXIV. 2. p. 158. 1899.)

In dem ersten hier vorliegenden Theile seiner Arbeit beschäftigt sich H. mit den Strukturveränderungen, die in der Zelle durch Fixirungsmittel

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/108

und postmortale Vorgänge herbeigeführt werden. Zum Vergleiche zieht er colloide Massen (Eiweiss, Gelatine) heran und kommt zu den gleichen Resultaten wie Berthold, F. Schwarz, Fischer (und Ref.), dass in solchen Massen unter Einwirkung der gebräuchlichen Fixirungsmittel Strukturen ganz ähnlich gewissen Zellenstrukturen entstehen können. Teichmann (Berlin).

228. **Ueber die sogenannten Sternzellen der Säugethierleber**; von C. v. Kupffer. (Arch. f. mikrosk. Anat. LIV. 2. p. 254. 1899.)

v. K. ist nach neueren Untersuchungen über die von ihm zuerst an Goldchlorid-Präparaten der frischen Leber vor 23 Jahren beschriebenen „Sternzellen" zu einer anderen Auffassung von diesen Bildungen gelangt. Es sind nicht perivaskuläre Zellen, sondern sie gehören dem Endothel der Pfortadercapillaren an. Die Sternform ist durch die Anordnung des Protoplasma um die Endothelkerne herum erzeugt. Das Endothel dieser Capillaren stellt wahrscheinlich ein Syncytium dar; es besitzt in hohem Grade die Funktion der Phagocytose und nimmt fein vertheilte Fremdkörper aus dem Blute energischer auf, als es in anderen Organen der Fall ist. Ob und in welchem Umfange Leukocyten des Blutes bei dieser Phagocytose eine vermittelnde Rolle spielen, bleibt noch festzustellen. Wie Fremdkörper werden auch Erythrocyten aus dem strömenden Blute vom Endothel der Pfortadercapillaren aufgenommen und in kleinere Partikel zerlegt. Teichmann (Berlin).

229. **Die Degeneration der markhaltigen Nervenfasern der Wirbelthiere unter hauptsächlicher Berücksichtigung des Verhaltens der Primitivfibrillen** *(zugleich ein Beitrag zur Kenntniss der normalen Nervenfasern)*; von Georg Mönckeberg und Albrecht Bethe. (Arch. f. mikrosk. Anat. LIV. 2. p. 135. 1899.)

Abgesehen von werthvollen technischen Mittheilungen zur Conservirung und Färbung der Nervenfasern liefern M. u. B. in ihrer beachtenswerthen Arbeit folgende wichtige Ergebnisse: Der Achsencylinder der markhaltigen Nervenfasern besteht aus scharf abgesetzten individuellen Primitivfibrillen und einer homogenen Perifibrillärsubstanz, die die Fibrillen umhüllt und von einander trennt. Jede Primitivfibrille hat überall in der Nervenfaser ein gleiches Caliber, auch an den Ranvier'schen Einschnürungen zeigt sie keine Veränderung, sondern zieht als *einziger* Bestandtheil des Achsencylinders glatt hindurch. Die Perifibrillärsubstanz dagegen erfährt an den Ranvier'schen Einschnürungen eine völlige Unterbrechung, so dass ihre Theilnahme an der Reizleitung geleugnet und diese *allein* den Primitivfibrillen zugeschrieben werden muss. Die Schwann'sche Scheide schlägt sich an den Ranvier'schen Einschnürungen nach innen um und setzt sich auf der Innenseite der Markscheide in eine den Achsencylinder umhüllende Membran fort (Innenscheide). Die Schwann'sche Scheide ist also, wie die Markscheide und die Perifibrillärsubstanz, segmentirt. An den Ranvier'schen Einschnürungen besteht eine Einrichtung, die die Isolation der Primitivfibrillen sichert.

Die erste Degenerationserscheinung am Nerven nach Continuitättrennung ist das Verschwinden der primär färbbaren Substanz der Primitivfibrillen, darauf folgt die Degeneration der Primitivfibrillen selbst, an die sich erst die Veränderungen der Markscheide anschliessen. Bei der Degeneration zerfallen die Primitivfibrillen in grosse Körner, die sich später in feinere Körner auflösen, die dann der Resorption verfallen. Auch die sonst homogene perifibrilläre Substanz zeigt eine körnige Veränderung. Der Ellipsoidbildung der Markscheiden geht eine Abkapselung von Seiten der Innenscheide voraus. Die Innenscheide bleibt bis zum Ende der Degeneration erhalten. Die Degeneration tritt nicht auf der ganzen Linie gleichzeitig ein, sondern schreitet im peripherischen wie im centralen Stumpfe von der Stelle der Continuitättrennung (nach der Peripherie und dem Centrum) fort, bei einem isolirten Stücke von beiden Enden nach der Mitte zu. Die Degeneration im peripherischen Stumpfe ist total, im centralen partiell, ergreift hier aber immer mehr als nur das verletzte Segment. Einzelne Fasern degeneriren auch im centralen Stumpfe weit hinauf. Die sensiblen Fasern degeneriren schneller als die motorischen. Ausserdem besteht ein Unterschied in der Schnelligkeit der Degeneration zwischen dicken und dünnen Fasern, indem die letzteren dem destruktiven Processe grösseren Widerstand entgegensetzen. Dagegen halten M. u. B. für eine gegensätzliche Unterscheidung zwischen traumatischer und sekundärer (paralytischer) Degeneration Beweise nicht für erbracht. Teichmann (Berlin).

230. **Die Durchschneidung des Nervus mandibularis.** *Ein Beitrag zum Capitel über trophische Nervenfasern*; von Dr. Otto Abraham. (Arch. f. mikrosk. Anat. LIV. 2. p. 224. 1899.)

Durchschneidungversuche am N. mandibularis des Kaninchens ergaben, dass das Wachsthum der Zähne vom nervösen Einflusse völlig unabhängig ist, und dass der N. mandibularis Nervenfasern, die die Ernährung beeinflussen, nicht führt. Diejenige Erscheinung, die zu Gunsten der Annahme einer Trophoneurose angeführt wird, die Geschwürbildung an der Unterlippe nach Durchschneidung des N. mandibularis, ist lediglich auf eine Verletzung beim Kauakte zurückzuführen.

Teichmann (Berlin).

231. **Notes sur la salive parotidienne de l'homme;** par Georges Küss. (Journ. de l'Anat. XXXV. 2. p. 246. 1899.)

K. war in der Lage, bei einem jungen Manne mit traumatischer Parotisfistel grosse Mengen des

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/109

Parotisspeichels zu sammeln und eingehender physiologischer Untersuchung zu unterwerfen. Die interessanten Resultate müssen im Originale nachgelesen werden. Teichmann (Berlin).

232. **Ueber die Einwirkung verschiedener chemischer Stoffe auf die Thätigkeit des Mundspeichels**; von Cand. med. F. Kübel. (Arch. d. ges. Physiol. LXXVI. 5 u. 6. p. 276. 1899.)

K. benutzt zur Erlangung vergleichbarer Werthe der durch das diastatische Ferment des Speichels unter verschiedenen Versuchsbedingungen jeweils entstandenen Zuckermengen die colorimetrische Bestimmung, beruhend auf der Braunfärbung von Zuckerlösung durch Kochen mit Kalilauge (Moore-Heller'sche Kaliprobe). Es wurden immer gleiche Flüssigkeitmengen mit wechselnder Concentration verwendet.

Resultate: Kochsalz befördert in 3proc. Stärkelösung im umgekehrten Verhältnisse zur Concentration die Stärkespaltung (Optimum $^1/_8$ Normallösung). Für das wechselseitige Verhältniss zwischen Kochsalz- und Stärkelösungconcentration erweist sich der Satz als gültig: je concentrirter die Stärkelösung ist, um so concentrirter kann auch die Salzlösung sein, ehe sie hemmend wirkt. Von den Natronsalzen der Halogenwasserstoffsäuren befördert unter gleichen Bedingungen die diastatische Spaltung das Fluornatrium, dann folgen der Reihe nach Chlor-, Brom- und Jodnatrium. Die Spaltunghemmung zeigt in schwächster Concentration das Jodnatrium, dann folgen Brom- und Chlornatrium. Von Fluornatrium kann keine Concentration dargestellt werden, die hemmend wirkt, da es sich blos bis zu 4% löst. Kalisalze verhalten sich gleich den Natronsalzen.

Basen hemmen die Verzuckerung unter allen Umständen, am stärksten Kalilauge, dann folgt Natronlauge, dann Ammoniak. Schwache Säuren (Salzsäure in 0.0018—0.009% bei 2proc. Stärke) befördern die Spaltung, stärkere Concentrationen hemmen sie. Auch für die Säure gilt der Satz, dass zur Erzielung einer Spaltunghemmung für die concentrirtere Stärkelösung auch eine concentrirtere Säurelösung nöthig ist. Bei 8proc. Stärkelösung wurde die Verzuckerung erst gehemmt bei Zusatz von 0.018—0.036proc. Salzsäure. Andere Säuren verhalten sich der Salzsäure ganz ähnlich.

Nach K. wird die Speichelwirkung in saurem Magensaft nicht nur nicht gehemmt, sondern sogar noch unterstützt. Säure von der Concentration der Magensalzsäure, würde zwar in vitro die Diastasewirkung vernichten, doch glaubt K., dass die Magensalzsäure durch die gleichzeitig eingeführten Flüssigkeiten auf eine günstige Concentration verdünnt wird.

Die von K. studirten Verhältnisse der Stärkeverzuckerung bieten viele Analogien zu der katalytischen Inversion des Rohrzuckers durch Säuren.

W. Straub (Leipzig).

233. **Untersuchung über diastatisches Enzym in den Stühlen von Säuglingen und in der Muttermilch**; von Ernst Moro. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLVII. 4. p. 342. 1898.)

Die in der Escherich'schen Klinik ausgeführten Untersuchungen M.'s ergaben, dass Darminhalt und Koth des Säuglings in der Regel schon von der Geburt an ein diastatisches Enzym enthalten, das in den ersten Lebenswochen rasch an Menge zunimmt. Es stammt aus den Darmdrüsen. Spuren lassen sich bereits im Pankreasextrakte des Neugeborenen nachweisen. Die Bakterien sind an der Bildung des Enzyms *nicht* betheiligt. Auch die Frauenmilch enthält ein stark verzuckerndes Enzym, die Kuhmilch hingegen nicht. Dieses Enzym ist auch in den Stühlen von Brustkindern vorhanden und bedingt deren sehr erheblich stärker verzuckernde Wirkung. Brückner (Dresden).

234. **The movements and innervation of the small intestine**; by W. M. Bayliss and E. H. Starling. (Journ. of Physiol. XXIV. 2. p. 99. 1899.)

B. und St. unterscheiden 2 Arten von Bewegungen am Dünndarme, rhythmische „Pendelbewegungen" und wahre peristaltische Contraktionen. Die Pendelbewegungen entstehen durch rhythmische Contraktionen der Längs- und Ringmuskelschicht, wiederholen sich etwa 10—12mal in der Minute und pflanzen sich den Darm entlang mit einer Geschwindigkeit von 2—5 cm in der Sekunde fort. Sie sind muskulären Ursprunges und werden wahrscheinlich durch die Muskelfasern auch fortgeleitet. Die peristaltischen Contraktionen sind wahre coordinirte Reflexbewegungen, ausgelöst durch mechanische Reizung des Darmes und vollführt mittels des örtlichen nervösen Apparates (*Auerbach's* Plexus). Sie sind unabhängig vom Zusammenhange des Darmes mit dem Centralnervensystem und pflanzen sich nur in einer Richtung fort, von oben nach unten. Sie hören auf bei Lähmung des örtlichen nervösen Apparates durch Nicotin oder Cocain. Die Erzeugung der wirklichen peristaltischen Welle ist gebunden an die unveränderliche Anspruchsfähigkeit des intestinalen Nervenmechanismus für örtliche Reizung. Das Gesetz dafür lautet: Oertliche Reizung des Darmes bewirkt Erregung oberhalb und Hemmung unterhalb der Reizstelle. Jeder Punkt des Darmes ist also entgegengesetzten Bewegungeinflüssen unterworfen, hemmenden von oben und befördernden oder erregenden von unten. Die Thätigkeit der Darmmuskeln hängt demnach in einem gegebenen Zeitpunkte von dem relativen Einflusse dieser 2 Arten von Impulsen ab. Ausser diesen örtlichen Einflüssen steht aber jeder Punkt des Darmes noch unter der Controle des Centralnervensystems durch Vermittelung der Splanchnici und Vagi. Die Splanchnici üben einen tonisch-hemmenden Einfluss auf die Darmbewegungen aus. Ihre Reizung wirkt auf Längs- und Ringmuskeln

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/110

hemmend, diese Hemmung ist unabhängig von der vasoconstriktorischen Wirkung der Splanchnici. Die Vagusnerven enthalten 2 Arten von Fasern, hemmende und beschleunigende; die Hemmungfasern haben eine kurze, die Beschleunigungfasern eine lange Latenzperiode. Die Wirkung des Vagus auf den Darm ist also eine zwiefache: anfänglich Hemmung, dann Beschleunigung. Diese Wirkung wird durch Atropin nicht verändert, aber sofort aufgehoben durch kleine Dosen von Nicotin. Eine tonische Wirkung auf den Dünndarm kommt dem Vagus nicht zu. Teichmann (Berlin).

235. **Ueber den Einfluss der Galle auf die peristaltischen Bewegungen des Dünndarmes**; von C. Eckhard. (Centr.-Bl. f. Physiol. XIII. 3. 1899.)

Bei Beobachtung des Darmes in Kochsalzlösung konnte E. einen erregenden Einfluss der Galle auf die Darmperistaltik nicht nachweisen. Ebenso konnte ein Einfluss auf die Erregbarkeit der Darmmuskulatur nicht festgestellt werden.

V. Lehmann (Berlin).

236. **Kommen der Galle fäulnisswidrige und antibakterielle Eigenschaften zu?** von Dr. Max Mosse. (Ztschr. f. klin. Med. XXXVI. 5 u. 6. p. 527. 1899.)

Aus seinen Versuchen am lebenden Thiere, sowie im Reagenzglas, bez. Brutschrank kommt M. zu dem Ergebnisse: „dass die Galle die Bildung der bei bakterieller Zersetzung des Eiweisses und des Zuckers entstehenden Produkte *nicht* hintan hält, sondern im Gegentheile fördert, dass sie dagegen die Entwickelung der Bakterien selbst zeitlich zu hemmen im Stande ist". Dippe.

237. **Zu den Grundlagen der Entfettungsmethoden;** von Dr. Georg Rosenfeld in Breslau. (Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 30. 1899.)

Dass aus Eiweiss Fett gebildet wird, ist in hohem Grade unwahrscheinlich. Bei der „fettigen Degeneration" handelt es sich um ein Verarmen der Zellen an Eiweiss oder Glykogen und um Einwandern fertig gebildeten Fettes in die kranke Zelle. Kohlehydrate und Fette bilden im Körper Fett, aber mit Unterschied. R. stellt die Bedeutung unserer 3 Hauptnährstoffe in folgenden Sätzen zusammen: „Der depositäre Charakter des Fettes tritt überall in der Leichtigkeit hervor, mit der es in die Depots des Körpers abgeschoben wird. Es ist dazu als der schwerst verbrennliche der drei Nahrungsgrundstoffe prädisponirt und auch deswegen, weil es in der Form, in der es eingeführt wird, zugleich als Depotsubstanz benutzt wird, ohne eine Umformung wesentlicher Art zu erleiden. Das Eiweiss wird auch als solches aufgespeichert, ohne die Umwandlung in Fett zu erfahren, es ist also im Liebig'schen Sinne plastische Substanz, zugleich ist es in so hervorragendem Sinne respiratorisches Material, da es nur an leichter Verbrennlichkeit mit den Kohlenhydraten verglichen werden kann. Die Kohlenhydrate haben als dauernde Sparform, also als Form, in der sie dauernd aufgespart werden, nur das Fett, sind aber mehr geeignet oxydirt, als aufgespeichert zu werden. Für den menschlichen Organismus folgt daraus das Gleiche, wie für den thierischen, dass betreffs der Zwecke der Stärkung und Entfettung der Fettansatz am leichtesten und entgegengesetzt den Ebstein'schen Anschauungen, aus Fettnahrung und viel schwerer aus Kohlenhydraten entsteht". Dippe.

238. **Ueber den Fettgehalt der Drüsen im Hungerzustand und über seine Bedeutung;** von R. Nikolaides. (Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 518. 1899.)

Im Hungerzustande sind Fettgranula fast ausschliesslich in den drüsigen Organen zu finden, während arbeitende Organe (Muskulatur und Nervensystem) keine Granula enthalten. Dieses Fett ist nach N. in den Zellen selbst aus Eiweiss entstanden. Einen besonderen Beweis für die Fettbildung aus Eiweiss sieht N. darin, dass in der Glandula submaxillaris des hungernden Hundes die Gianuzzi'schen Zellen voll von Granulis sind, diese Zellen gelten aber als „Eiweisszellen".

Ueber die Bedeutung des Fettes der Drüsenzellen beim Hunger spricht sich N. folgendermaassen aus: „Im Zellenstaate opfern einige Zellen, welche geringe oder keine Bedeutung haben, ihren Körper dem Wohle der Zellen, welche für den ganzen Organismus arbeiten. Im Zellenstaate des zusammengesetzten Organismus zerstören während des Hungers die Drüsenzellen, welche geringe oder keine Funktion haben, ihren Körper, indem sie ihr Eiweiss in Fett verwandeln, welches nachträglich aus den Drüsen, wie das Fett aus dem Panniculus adiposus, in die Organe wandert, welche dessen bedürfen und welche für das Leben des ganzen Organismus arbeiten. So haben wir das Beispiel des Opfers einiger Mitglieder des Staates für die Existenz des Gesammtorganismus."

W. Straub (Leipzig).

239. **Ueber Phloridzindiabetes Schwangerer, Kreissender und Neugeborener und dessen Beziehungen zur Frage der Harnsekretion des Foetus**; von Dr. L. Schaller. (Arch. f. Gynäkol. LVII. 3. p. 566. 1899.)

Wie v. Mering nachgewiesen hat, erregt das Phloridzin einen echten Diabetes, der sich insofern scharf von dem sonst bei Mensch und Thier beobachteten Diabetes unterscheidet, als bei ihm der Blutzuckergehalt nicht vermehrt, sondern vermindert ist. Die Thatsache, dass bei dem Phloridzindiabetes die Nieren den alleinigen Entstehungort der Zuckerproduktion darstellen, verwendete Sch. auf eine Anregung Prof. Fehling's hin zur Lösung der Frage nach der fötalen Urinsekretion. Füttert

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/111

man Schwangere oder Kreissende mit Phloridzin, so wird dieses in den Blutkreislauf der Mutter, sowie des Foetus übergehen, und es muss alsdann der Gehalt des Fruchtwassers an Zucker innerhalb gewisser Grenzen den direkten Maassstab für die Nierensekretion des Foetus abgeben. Funktionirt dagegen die fötale Niere nicht, oder nur in der allerletzten Zeit der Schwangerschaft, so wird auch der Nachweis von Zucker im Fruchtwasser nicht oder nur in geringen Mengen gelingen.

Die von Sch. vorgenommenen Versuche und Untersuchungen führten ihn zu dem Schlusse, dass eine regelmässige Sekretion und periodische Exkretion des fötalen Urins in das Fruchtwasser hinein während der Schwangerschaft, selbst in der allerletzten Zeit, vollkommen ausgeschlossen ist. Die Nierensekretion des Foetus beginnt normaler Weise meistens schon intra partum unter dem Einflusse der durch die Wehenthätigkeit gesetzten Störungen des Placentakreislaufes; in der allergrössten Mehrzahl der Fälle kommt es jedoch während der Geburt nicht zur Entleerung der kindlichen Harnblase in das Fruchtwasser hinein. Nur in ganz seltenen Fällen wird die Frucht, höchstwahrscheinlich durch Störungen im fötalen Kreislaufe, die durch die verschiedensten Vorkommnisse bedingt sein mögen, dazu veranlasst, ausnahmeweise und gelegentlich schon kurz vor und während der Geburt Harn in die Eiblase hinein zu entleeren. Demgemäss besteht das Fruchtwasser der Kreissenden fast ausschliesslich nicht aus vom Foetus gelieferten Urin, sondern aus Transsudat aus den mütterlichen Gefässen. Die Niere des Neugeborenen funktionirt langsamer als die des Erwachsenen, eine regelrechte Thätigkeit kommt erst post partum zu Stande. Brosin (Dresden).

III. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

240. **Ueber die sogenannte baktericide Eigenschaft des Blutserums und über ihre Beziehungen zu Assimilationsvorgängen und zu osmotischen Störungen**; von Dr. K. Walz. Tübingen (Habilitationsschrift). Braunschweig 1899. H. Bruhn.

Die von v. Baumgarten veranlassten Untersuchungen W.'s richten sich gegen die Alexintheorie Buchner's, deren Begründung durch v. Baumgarten und seine Schüler immer für unzulänglich erklärt worden war, weil die Erscheinungen der baktericiden Fähigkeiten des Blutserum inconstant und mehrdeutig seien. W. verfolgt auf Grund zahlreicher, vorwiegend mit Milzbrand-, Typhus- und Colibacillus ausgeführter Experimente alle die Momente, die das Absterben der in ein Blutserum übertragenen Bakterien, soweit es sich durch das Plattenverfahren erweisen lässt, veranlassen können, und weist vor Allem darauf hin, dass ganz gleiche Ergebnisse wie mit Blutserum auch mit einer grossen Anzahl von Nährsubstraten indifferenter Art, Salzlösungen, Stroh- und Heuinfusen, filtrirten Eiweiss-, Pepsin- und ähnlichen Lösungen u. s. w. erzielt werden können; von einer Giftwirkung konnte in diesen Versuchen nicht die Rede sein und so erhebt sich die Frage, ob die theoretisch angenommene Gift-(Alexin-)Wirkung des Blutserum nicht etwa auf dieselben chemisch-physikalischen Vorgänge einerseits und besondere biologische Zustände der übergeimpften Bakterien andererseits zurückgeführt werden muss, wie sie bei den Experimenten W.'s allein in Frage kommen. Betreffs der letzteren hebt W. hervor, dass ältere Bakterienindividuen der Uebertragung in neue differente Nährmedien leichter erliegen müssen als jüngere, deren Anpassungkräfte noch stärker sind; weiterhin ist die Empfindlichkeit der einzelnen Bakterienarten gegen bestimmte Stoffe und deren Concentrationgrad so fein, dass sie zur Erklärung zahlreicher Phänomene vollkommen ausreicht. Es handelt sich dabei nicht einfach um eine Schädigung im Sinne einer Giftwirkung, sondern zum Theil um Hungerzustände, die die Neubildung von Individuen zurückhalten, ferner um Veränderungen des Zellenprotoplasma durch osmotische Processe, wie sie im Bilde der eventuell zum Zellentode fortschreitenden Plasmolyse an Pflanzen- und Thierzellen durch die Untersuchungen Hamburger's, de Vries', Fischer's u. A. bekannt geworden sind, oder auch um Agglutinationvorgänge und Aehnliches. Indem W. den Einzelheiten dieser Frage theils auf induktivem, theils auf experimentellem Wege nachgeht, beleuchtet er erfolgreich die Schwierigkeiten, die aus der Complicirtheit der Nährmaterialien und des ganzen methodischen Verfahrens bei dem Nachweise der „baktericiden" Kraft der untersuchten Stoffe entstehen. Es ist unzweifelhaft als ein Fortschritt zu bezeichnen, dass den feinsten biologischen Vorgängen des Bakterienlebens hier so gründlich Rechnung getragen und auf ihre sorgfältige Berücksichtigung bei den Bakterienculturen hingewiesen wird. Schon aus diesem Grunde ist die Arbeit, deren einzelne Versuchsresultate wiederzugeben wir uns versagen müssen, sehr lesenswerth. Ihr wesentliches Resultat ist die Bestätigung der v. Baumgarten'schen Behauptung, dass die Annahme eiweissartiger specifischer baktericider Stoffe im Blutserum verschiedener Thiere bisher nicht zwingend bewiesen sei, dass aber Grund genug vorliege, um die natürliche Immunität der einzelnen Thiere gegen bestimmte Bakterien auf das Vorhandensein geringfügiger chemischer Differenzen der Blutsera in Bezug auf Salzgehalt und ähnliches zurückzuführen, die das Blut der betreffenden Thiere zwar nicht zu einem *giftigen*, aber zu einem *ungeeigneten* Nährboden für die Bakterien machen und hierdurch die „baktericide" Fähigkeit gewissermaassen vor-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/112

täuschen, während das Verschwinden der Bakterien aus dem Blute thatsächlich nur einem physiologischen Absterben in Folge Mangels geeigneten Nährmateriales u. s. w. entspricht.

Beneke (Braunschweig).

241. **The nature of the action of antitoxins**; by Louis Cobbett. (Journ. of Pathol. and Bacteriol. VI. 2. p. 193. 1899.)

C. kommt zu dem Resultate, dass die Wirkung der Antitoxine im Organismus auf eine direkte Bindung der zugehörigen Toxine zurückzuführen ist; er verwirft die Buchner-Roux'sche Erklärung und schliesst sich mehr der Behring'schen an; allerdings soll die Wirkung nicht einer einfachen Absättigung wie etwa zwischen Alkali und Säure gleichkommen, vielmehr ihr chemisches Analogon (wie schon Ehrlich bemerkte) in dem ungleich langsamer verlaufenden Process des Entstehens von Doppeltverbindungen haben. Wenn es anderen Experimentatoren gelungen ist, Mischungen von Toxin und Antitoxin durch gewisse Versuchsbedingungen zu trennen, so hat das seinen Grund in der noch nicht vollständig erfolgten Vereinigung der beiden Substanzen. Der Erfolg wird um so geringer, je länger man die beiden vorher aufeinander wirken liess. Für die Annahme einer direkten Bindung spricht auch sehr die Thatsache, dass es möglich ist, Toxin mit Antitoxin auf 1% Fehler zu titriren. Auch kann angenommen werden, dass zwischen vielfachen Dosen von Toxin und Antitoxin das Gesetz der Multiplen gilt; zur Vernichtung einer 1000fachen tödtlichen Dosis Toxin ist nahezu 100mal mehr Antitoxin nöthig als zur Paralysirung der Wirkung der 10fach-tödtlichen Dosis.

W. Straub (Leipzig).

242. **Zur Phagocytose**; von Prof. Ernst Almquist. (Ztschr. f. Hyg. XXXI. 3. p. 507. 1899.)

Aus den Versuchen geht hervor, dass die abgestorbenen, wie die lebendigen polynucleären Leukocyten grosse Fähigkeit besitzen, Bakterien in ihr Protoplasma aufzunehmen. Es muss angenommen werden, dass diese Körper bei Berührung die grösste Attraktion aufeinander ausüben.

H. Beschorner (Dresden).

243. **The conditions which influence the duration of passive immunity**; by F. Ransom. (Journ. of Pathol. and Bacteriol. VI. 2. p. 180. 1899.)

R. untersuchte während $4^1/_2$ Monaten den Tetanusimmunitätverlust an einer hochimmunisirten Stute und an deren neugeborenem Füllen, gleichzeitig auch die durch die Milchproduktion erlittenen Antitoxinverluste. Das Verhältniss der antitoxischen Werthe von Stutenserum, Füllenserum: Stutenmilch war im Zeitpunkte der Geburt 40:8:1; nach etwa 4 Monaten (die Toxinbehandlung der Stute war selbstverständlich ausgesetzt) 300:30:1. Die Curven des Absinkens der Antitoxinwerthe gehen namentlich in den letzten Monaten nahezu parallel. Eine erneute Toxinbehandlung der Stute lässt die Antitoxinwerthe von Stutenserum und Milch rasch wieder steigen, doch ist der Antitoxinverlust durch die Milch für den Antitoxingehalt des Blutes bedeutungslos. Experimentell erzeugtes Fieber scheint das Absinken des Antitoxingehaltes wesentlich zu beschleunigen. Die Immunität verschwindet gleichfalls rascher, wenn antitoxisches Serum einer anderen Thierart zur passiven Immunisirung verwandt wurde. Die Retentionfähigkeit für Antitoxin von nicht verwandter Art ist je nach der Thierart sehr verschieden. Ziegen behalten Pferdeantitoxin sehr lange, Kuhantitoxin verschwindet bei Kaninchen sehr rasch. Es ist also sehr wohl möglich, dass eine Thierart gefunden wird, deren Diphtherie-antitoxisches Serum am Menschen eine länger dauernde Immunität erzeugt, als das jetzt verwandte Pferde-Diphtherie-Serum.

W. Straub (Leipzig).

244. **Ueber das Wachsthum von Mikroorganismen auf Speicheldrüsen-Mucin-Nährböden**; von Dr. Georg Mayer in Würzburg. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 21—23. 1899.)

Die Resultate sind kurz zusammengefasst: Das Fleisch jüngerer, gut genährter Thiere eignet sich (wie übrigens schon bekannt) besser für das Mikrobenwachsthum, das des Kalbes wiederum mehr, als das anderer Thiere. Die Entwickelung auf Speicheldrüsen ist besser, als die auf Muskelfleisch, zugleich wird ein charakteristisches Wachsthum begünstigt. Das aus Galle bereitete Mucin besitzt gegenüber Mikroben mässig entwickelungshemmende Eigenschaften.

H. Beschorner (Dresden).

245. **Differentialdiagnostische Untersuchungen mit gefärbten Nährböden**; von Dr. L. J. Rothberger in Wien. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 1. p. 15. 1899.)

R. wies an einer Reihe von einander nahestehenden Spaltpilzen nach, wie vortheilhaft es für das Auseinanderhalten sich ähnelnder Spaltpilze ist, sich gefärbter Nährböden unter Benutzung der von ihm geprüften Farbstoffe zu bedienen.

Radestock (Blasewitz).

246. **Eine automatische Messpipette für keimfreie Flüssigkeiten**; von Dr. F. Kern in Budapest. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 2 u. 3. p. 75. 1899.)

K. verbesserte die bisher üblichen Pipetten durch Anbringung eines *Dreiwegehahns* am unteren Ende zur Erleichterung der Füllung und eines *Schwimmventils* am oberen Ende zum selbstthätigen Verschlusse nach erfolgter Füllung, Einrichtungen, die manchen Handgriff und eine 3. Hand ersparen.

Uebrigens ähnelt diese Messvorrichtung der 1894 von Kuprianow beschriebenen.

Radestock (Blasewitz).

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/113

247. **Ueber einige Modifikationen der „aseptischen, leicht zu sterilisirenden patentirten Glasspritze“**; von Dr. S. Glücksmann in Zürich. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 1. p. 18. 1899.)

Gl. verbesserte die von den Firmen *Hanhart u. Ziegler* in Zürich und *Luer* in Paris beziehbaren ganz aus Glas hergestellten Spritzen, die sich vorzüglich zur Einspritzung giftiger Spaltpilzsaaten eignen, dadurch, dass er am Cylinder eine *Rinne* anbringen liess, die die neben dem eingeschliffenen Glasstempel hervorquellenden Tropfen aufnimmt und so die Hände des Forschers vor gefährlicher Verunreinigung schützt; ferner liess Gl. mit dem Cylinder eine dünne *Pipette* verschmelzen, so dass die *genaue* Abmessung kleinerer Mengen (z. B. 0.01 ccm) bei der Einspritzung *leichter* zu bewerkstelligen ist.

Radestock (Blasewitz).

248. **Ueber Fadenbildung.** *Ein Beitrag zur Lehre von der Agglutination;* von Dr. R. Kraus. (Wien. klin. Wchnschr. XII. 29. 1899.)

Die Ergebnisse der Untersuchungen sind: 1) Fadenbildung ist eine Erscheinung, die bei gewissen Mikroorganismen unter Einfluss eines agglutinirenden Serum auftritt. 2) Der Fadenbildung voraus geht stets die Agglutination. 3) Die Fadenbildung ist keine so constante Erscheinung, wie die Agglutination (Coli). 4) Im Allgemeinen gelten die für die praktische Verwerthung der Agglutination aufgestellten Gesetze auch für die Fadenbildung mit Ausnahme des Bacterium coli.

H. Beschorner (Dresden).

249. **Beiträge zur Kenntniss der durch anaërobe Spaltpilze erzeugten Infektionerkrankungen der Thiere und des Menschen, sowie zur Begründung einer genauen bakteriologischen und pathologisch-anatomischen Differentialdiagnose dieser Processe**; von Dr. E. v. Hibler. Vorläufige Mittheilung. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 15—19. 1899.)

Eine Aufklärung der durch anaërobe Spaltpilze hervorgerufenen Infektionerkrankungen von Thieren und Menschen, die in der Leiche den pathologisch-anatomischen Befund eines mehr oder minder ausgebreiteten Unterhautzellengewebe- und Muskelödems ohne oder mit Blutungen, Emphysem, Eiterung oder Gangrän bieten, ist einmal aus den äusseren Gründen bisher nicht erfolgt, weil solche Processe überhaupt selten beim Menschen vorkommen, weiterhin aber auf besondere innere Schwierigkeiten (Isolirung und Cultur der Bakterien u. s. w.) zurückzuführen. Die bisher in der Literatur niedergelegten Kenntnisse sind unzureichend und widersprechen sich sogar bisweilen; auf festerer Grundlage beruhen eigentlich nur unsere Kenntnisse und die Diagnose des malignen Oedems und des Rauschbrandes. Die inneren Schwierigkeiten lernte H. bei seinen sich über 4 Jahre erstreckenden Untersuchungen zur Feststellung des Erregers der Gasgangrän, den er als einen obligaten anaëroben Spaltpilz nachwies, kennen.

Die ausserordentlich interessanten Untersuchungen und Ergebnisse, sowie eine ausführliche Beschreibung seiner Methodik der Isolirung und Reinzüchtung legt H. in vorliegender Abhandlung nieder. Am Ende seiner werthvollen Mittheilungen, die auf Untersuchung von 15 verschiedenen pathogenen und nicht pathogenen Anaëroben in 27 Culturen beruhen und wegen deren Ergebnissen im Einzelnen auf das Original verwiesen werden muss, vergleicht v. H. die Merkmale der bisher in der Literatur bekannt gewordenen Pseudoödembacillen und anderer pathogener Anaëroben mit den von ihm selbst beschriebenen Arten und giebt eine sachlich entsprechende Gruppirung der Oedem- und Emphysemzustände erregenden Anaëroben.

H. Beschorner (Dresden).

250. **Untersuchungen über säurefeste Bakterien**; von Alfr. Petterson in Upsala. (Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 26. 1899.)

Es giebt zur Zeit 7 Organismen, die tinktorell ein ähnliches Verhalten gegen das Entfärben mit Säure zeigen wie der Tuberkelbacillus und die diesem morphologisch und biologisch ziemlich ähnlich sind. Um zu wissen, ob alle diese Organismen verschiedenen Arten angehören oder ob einige unter ihnen identisch seien, wurden 5 von diesen Organismen einer vergleichenden Untersuchung unterworfen, und zwar Butterbacillus Rabinowitsch, Butterbacillus Petri, Grasbacillus II Moëller, Timotheebacillus Moëller, Mistbacillus Moëller, Bacillus der Blindschleichentuberkulose. Die Untersuchungen machten es wahrscheinlich, dass nur 3 von Natur säurefeste Arten vorliegen, nämlich 1) Timotheebacillen, identisch mit Mistbacillen. 2) Petri-Bacillen, identisch mit Moëller's Grasbutter II. 3) Rabinowitsch. Meerschweinchen zeigten gegen diese Organismen bei intraperitonäaler Injektion von Reinculturen keine grosse Empfindlichkeit. Alle Formen haben überdies die Eigenthümlichkeit, Knötchenbildung hervorzurufen. Mehrere Eigenthümlichkeiten, die allen den genannten Mikroorganismen eigenthümlich sind, machen es wahrscheinlich, dass es sich um Arten handelt, die zu den Pilzen gehören und von denen nur eine parasitische Form bakterienähnlich erscheint.

H. Beschorner (Dresden).

251. **Ueber die Kapselbacillen**; von Dr. L. W. Strong in Göttingen. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 2 u. 3. p. 49. 1899.)

Str. fand, dass sich die Kapselspaltpilze in 2 Gruppen trennen lassen. Bei der 1. Gruppe, zu der u. A. der Friedländer'sche Spaltpilz gehört, waren die jungen Aussaaten farblos, die *Kapseln* leicht *färbbar;* bei der 2. Gruppe, zu der u. A. der Kruse'sche Kapselpilz gehört, waren die Aussaaten von Anfang an weisslich, die Kapseln schwerer färbbar und undeutlich. Ferner war die *Gasbildung* bei älteren Aussaaten der 1. Gruppe

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/114

schwankend, am reichsten bei Zusatz von Rohrzucker, bei der 2. Gruppe dagegen reichlich und beständig bei Zusatz aller 3 Zuckerarten. Während endlich die 1. Gruppe keine Milchgerinnung und in Milchzuckerfleischbrühe keine *Säurebildung* bewirkte, zeigte sich bei der 2. Gruppe schnelle Milchgerinnung und gleiche Säurebildung in allen 3 Arten von Milchzuckerfleischbrühe. *1. Gruppe:* Bac. pneumoniae Friedländer, Bac. ozaenae, Bac. sputigenus crassus, Bac. Wright und Mallory und vielleicht rhinoscleromae. *2. Gruppe:* Bac. aërogenes, Pfeiffer und Kruse.

Radestock (Blasewitz).

252. **Ueber die Widerstandsfähigkeit des Diplococcus lanceolatus gegen Austrocknung in den Sputa**; von Dr. Donato Ottolenghi in Turin. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 4. p. 120. 1899.)

Um die Widerstandsfähigkeit des Erregers der Lungenentzündung gegen Austrocknung zu prüfen, breitete O. drei Proben von Auswurf, der von den Kranken am 4. oder 5. Tage der Lungenentzündung ausgehustet worden war, auf Leinwand aus und liess sie dann bei 15—20° C. im Tageslichte trocknen. Beim ersten Auswurfe erlosch die Ansteckungsfähigkeit 36 Tage nach seiner Ausbreitung, während Züchtungsversuche noch bis zum 60. Tage mit Erfolg fortgesetzt wurden. Beim zweiten Auswurfe erhielten sich Züchtungs- und Ansteckungsfähigkeit bis zum 70. Tage. Beim dritten Auswurfe erhielt sich die Ansteckungsfähigkeit 65, die Züchtungsfähigkeit anscheinend 83 Tage lang.

Hieraus ersah O., dass der Erreger der Lungenentzündung im getrockneten Auswurfe seine Ansteckungsfähigkeit *länger als 70 Tage* bewahrt und noch züchtungsfähig ist, wenn seine Ansteckungsfähigkeit schon erloschen ist.

Radestock (Blasewitz).

253. **Ueber Noma und ihren Erreger**; von Dr. Perthes. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 111. 1899.)

P. konnte in 2 Fällen von *Noma* histologische und bakteriologische Untersuchungen anstellen. Die bei beiden Beobachtungen vollkommen übereinstimmenden Ergebnisse gestatten folgende Schlüsse: Die *Noma* ist eine Mykose, die zu Stande kommt auf dem Boden einer besonderen, durch Infektionkrankheiten, Masern, Typhus, schlechte Ernährung und kindliches Alter geschaffenen Anlage. Sie wird hervorgerufen durch einen Keim, der in seiner botanischen Stellung etwa die Mitte hält zwischen den Bacillen und den höher organisirten Fadenpilzen. Dieser Mikroorganismus verdient eingeordnet zu werden in die Gruppe der *Streptothrichen,* jene Gruppe, als deren bekanntester Repräsentant der Aktinomyces zu nennen ist. Diese *Streptothrix der Noma* bildet nun in dem erkrankenden Gewebe Fäden von oft beträchtlicher Länge und Mächtigkeit. Aus diesen entstehen (nicht selten unter Bildung von Verzweigungen) feinere Fadenbildungen, die durch Aneinanderlegung und Verflechtung ein Mycel entstehen lassen, das an der Grenze zwischen lebendem Gewebe und nekrotischem Gebiete eine solche Dichtigkeit hat, dass man fast sagen kann, das Gewebe werde ersetzt durch ein Fasergestrüpp. Die feinsten Endausläufer haben Spirillenform. Sie dringen in das noch lebende Gewebe vor, umspinnen die Zellen und verursachen ihren Tod.

Für die *Therapie* ergiebt sich hieraus Folgendes: Wenn es sich wirklich um ein hineinwucherndes Fasergestrüpp handelt, dann muss es möglich sein, dieses lokal wuchernde Pilzmycel durch *Kauterisation* zu zerstören, wie dies auch in dem 2. Falle P.'s ausgezeichnet gelang.

P. Wagner (Leipzig).

254. **Zur Bakteriologie der Gangrän;** von Dr. Rath in Strassburg. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 20. 1899.)

In einem Falle von Gangrän der Penishaut wurde der Bacillus lactis aërogenes gefunden, der bisher in gangränösen Herden noch nicht beobachtet wurde. Er ist entgegen der Flügge'schen Ansicht nicht mit dem Bact. pyogenes der Franzosen zu identificiren. H: Beschorner (Dresden).

255. **Bakteriologischer Befund bei Stomatitis und Tonsillitis ulcerosa**; von Dr. H. Salomon in Kiel. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 19. 1899.)

In 3 Fällen von Tonsillitis ulcerosa mit besonders charakteristischem klinischen Befunde (flaches, einseitig auf der Tonsille oder dem Gaumen lokalisirtes Geschwür) wurden zum Theile ausschliesslich, zum Theile in Verbindung mit anderen Bakterien (besonders dem Spirillum sputigenum) Stäbchen und Spirillen gefunden, die aus einem langen, an den Enden zugespitzten, oft etwas gebogenen, sich häufig nur lückenhaft färbenden Bacillus bestanden. Während zuerst Bernheim bei geschwüriger Stomatitis und Tonsillitis ulcerosa diesen Bacillus als meist „in geradezu verblüffender Menge" vorhanden beschrieb, konnte er nur selten und spärlich in ca. 30 Fällen von Stomatitis mercurialis, bei Plaques muqueuses, Angina lacunaris, Stomacace nachgewiesen werden. S. legt dem Befunde deshalb eine viel gegeringere Bedeutung bei, als es Bernheim that, wenn ihm auch eine gewisse diagnostische Wichtigkeit nicht abgesprochen werden kann.

H. Beschorner (Dresden).

256. **Ueber das constante Vorkommen langer Streptokokken auf gesunden Tonsillen und ihre Bedeutung für die Aetiologie der Anginen**; von Dr. Paul Hilbert. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXI. 3. p. 381. 1899.)

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/115

H. fand bei 50 wegen verschiedener Krankheiten behandelten Personen und bei 50 gesunden Schulkindern als regelmässigen Bewohner der Mandeln den Streptococcus longus (Ketten von über 10 Gliedern). Aus den Untersuchungen folgt, dass die von normalen und von entzündeten Tonsillen gezüchteten Streptokokken weder in der Beschaffenheit der Culturen, noch bezüglich ihrer Virulenz Unterschiede aufweisen, die eine Trennung in verschiedene Arten rechtfertigen. Dies zwingt zu dem Schlusse, dass sie zu derselben Gattung gehören, dass sie identisch sind. Dass andere Infektionserreger sich ebenfalls so häufig auf den Tonsillen Gesunder vorfinden, ist nicht ohne Weiteres anzunehmen, wenigstens trifft es nicht zu bei dem Diphtheriebacillus, den H. *kein* Mal bei 50 gesunden Kindern, die sämmtlich lange und zum Theile recht virulente Streptokokken auf ihren normalen Tonsillen beherbergten, nachweisen konnte. Dass den Streptokokken eine ätiologische Bedeutung für die infektiösen Mandelentzündungen zukommt, ist durch nichts bewiesen, ja es ist nach den vorliegenden Untersuchungen sehr unwahrscheinlich. Das Gleiche scheint auch für die Staphylokokken, Pneumokokken und die anderen hierfür in Anspruch genommenen Bakterien zu gelten. Wenn diese Mikroorganismen eine Rolle bei den Anginen spielen, so wird diese immer nur sekundärer Natur sein. Die Eintheilung der Streptokokken in Longi und Breves und die dafür angegebenen Merkmale können nach H. noch nicht als endgültig angesehen werden.

H. Beschorner (Dresden).

257. **Aetiologie und Therapie der Streptokokken-Infektionen**; von Dr. W. v. Lingelsheim. (Beitr. z. experim. Therapie, herausgeg. von Prof. E. Behring. Heft 1. Berlin u. Wien 1899. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. 48 S.)

In der menschlichen Pathologie spielt hauptsächlich der Streptococcus longus eine Rolle. Unter dieser Bezeichnung fasst v. L. eine Gruppe von Streptokokkenformen zusammen, deren wichtigste Kriterien u. s. w. genau beschrieben werden unter Hinweis darauf, dass, da sich dieser Streptococcus longus durch die Thierpassage in eine kurzwachsende Diplokokkenform verwandeln kann, man auch jede kurze Kette daraufhin prüfen müsse, ob es sich nicht um eine abgeschwächte Form des Streptococcus longus handele.

Nachdem Behring in den Culturflüssigkeiten von Tetanus-, Diphtherie- und anderen Bakterien hochgiftige Substanzen und deren Antikörper entdeckt hatte, musste man sich unter Anderem die Frage vorlegen, ob auch vom Streptococcus longus solche giftige Körper gebildet würden. Die auf Entscheidung dieser Frage gerichteten Versuche v. L.'s waren im Allgemeinen negativ, wenn sich auch bisweilen eine derartige Giftbildung nachweisen liess, dagegen zeigten entsprechende Versuche mit abgetödteten Streptokokkenleibern, dass die Giftwirkungen der Streptokokken an das Leben der Bakterienzelle bis zu einem gewissen Grade gebunden sind. Auch bei den im letzten Stadium einer Streptokokkeninfektion auftretenden hämatolytischen Veränderungen erscheint die Anwesenheit der lebenden Bakterienzellen unerlässlich. Die Intensität der krankhaften Wirkungen, also die *Virulenz* der Streptokokken, kann durch die Thierpassage gesteigert werden. Da aber verschiedene Thiere der Passage verschiedenen Widerstand entgegensetzen, so gelangt man zu dem Begriffe der *specifischen Virulenz*, die gerade beim Streptococcus von hoher Bedeutung ist. Durch Annahme dieser specifischen Virulenz lässt sich die Erscheinung, dass ein menschenvirulenter Streptococcus sehr wenig thierpathogen sein kann und umgekehrt, begreiflich machen.

Nach Besprechung der krankmachenden Kräfte des Streptococcus longus wendet sich v. L. zu der Schilderung der experimentellen Untersuchungen, zur Therapie der Streptokokkeninfektionen, insbesondere des Erysipels, und stellt zunächst fest, dass die antiseptischen Mittel nach Behring's Untersuchungen nur einen sehr geringen Werth haben, der thierischen Zelle gegenüber aber eine hohe Giftigkeit besitzen. Die Untersuchungen v. L.'s stützen diese von Behring gefundene Thatsache. Dem Blute kommt, wenn auch die in ihm enthaltenen Alexine die Streptokokken nur wenig beeinflussen und auch die Wirkung der Leukocyten nicht zu hoch geschätzt werden darf, für die Heilung eine gewisse Bedeutung zu, insbesondere ist der Blutgehalt der Organe keineswegs für die Heilung gleichgiltig. Während Stauungshyperämie durchaus ungünstig auf Streptokokkenerkrankungen wirkt, hat die aktive Hyperämie einen entschieden günstigen Einfluss, der sich auf Begünstigung der Resorptionverhältnisse, Verbesserung der Ernährungsbedingungen, die der Zelle eine schnellere Regeneration ermöglichen, mit der wiederum die Bildung der Antikörper in Verbindung steht, zurückführen lässt.

Von grösstem Interesse sind die Versuche, die sich auf die Immunität gegen die Infektionen mit dem Streptococcus longus beziehen. Beim Streptococcus longus liegen die Verhältnisse nicht so einfach wie beim Diphtherie- und Tetanusbacillus, dennoch kann eine gewisse Immunität nicht geleugnet werden. Auch nach Ueberstehung eines Erysipels entsteht eine Immunität, nur ist sie von ausserordentlich kurzer Dauer. Am Menschen vorgenommene Versuche, die sich als therapeutische Maassnahmen rechtfertigen liessen, ergaben unbefriedigende Resultate. Klarer und beweisender waren die Immunisirungsversuche bei verschiedenen Thierarten. Durch Injektionversuche, die z. Th. durch die von Behring ausgeführte Immunisirung beeinflusst waren, konnte nicht mehr als eine „Grundimmunität" erreicht werden, da-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/116

gegen gelangte v. L. zu beträchtlichen Immunitätgraden bei intraperitonäaler Applikation abgetödteter Streptokokkenleiber. Der Prüfung des Immunitätgrades bei Injektion lebender Culturen haften noch zu grosse Ungenauigkeiten an, um die erzielten Resultate verwenden zu können. War dem Thiere eine Grundimmunität beigebracht, so ergab sich, dass das Thier auf die Injektion einer tödtlichen Dosis genau so reagirte, wie ein nicht immunisirtes auf eine unvirulente Cultur, d. h. die eingebrachten Streptokokken wurden schnell resorbirt und verschwanden im Blute. Ging man über die tödtliche Dosis hinaus, so kam es zu leukocytenreichen Exsudaten, die Streptokokken waren meist nach 6—8 Stunden in Leukocyten eingeschlossen; war das Thier aber der Dosis nicht gewachsen, so ging die Leukocytose zurück unter der ständigen Vermehrung der Streptokokken. Die Wirkung des Immunserum unterschied sich sonst nicht wesentlich von der eines schwachen Antisepticum. Wie diese ihre Wirksamkeit der Fähigkeit verdanken, mit dem Bakterienprotoplasma Verbindungen einzugehen, so dürfte auch die Wirkung der im Streptokokkenimmunserum enthaltenen Stoffe in gleicher Weise ihre Erklärung finden. Man hätte dann in diesen baktericiden Körpern eigentlich Antitoxine vor sich, die aber nicht wie die Antitoxine der Diphtherie oder des Tetanus an freie lösliche Gifte herangehen, sondern an gewisse, mit dem Bakterienprotoplasma verbundene Giftcomponenten. Ob sich noch andere, für die Immunität wichtige Substanzen im Serum der immunisirten Thiere vorfinden, ist mit Sicherheit nicht zu unterscheiden.

Bei allen den genannten Versuchen ist es aber von grosser Wichtigkeit, zu bedenken, dass bei den bisher erreichten Immunitäten ein bestimmtes Serum nur gegen bestimmte Vertreter des Streptococcus longus eine Wirksamkeit entfaltet. Für die Verwerthung des Serum am Menschen muss man sich weiter klar machen, dass die bisherigen Sera mit thierpathogenen Streptokokken hergestellt sind, die nach allen neueren Erfahrungen wahrscheinlich kaum menschenpathogen sind. Demgemäss sprechen die praktischen Resultate bisher nicht sehr für die serumtherapeutische Behandlung der Streptokokken-Infektionen.

H. Beschorner (Dresden).

258. **Die Wirkung der Streptokokken und ihrer Toxine auf verschiedene Organe des Körpers.** Arbeiten aus dem patholog. Institute zu Helsingfors (Finland); herausgegeben von Prof. E. A. Homén. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXV. 1. 1899.)

Wie aus dem Vorworte hervorgeht, lag es in der Absicht H.'s, die Wirkungen pathogener Bakterien auf das Nervensystem experimentell zu studiren. Die Versuche sollten das Nervensystem (durch Einspritzungen in die Nerven oder das Rückenmark) direkt angreifen, um so die Ausbreitungsweise und Wirkung der Bakterien genau verfolgen zu können. Für die angewendeten Methoden eigneten sich besonders der Streptococcus und seine Toxine. Im Anschlusse an die so gewonnenen Resultate wurden dann vergleichende Untersuchungen an anderen Organen des Körpers ausgeführt.

1) *Die Wirkung der Streptokokken und ihrer Toxine auf peripherische Nerven, Spinalganglien und das Rückenmark;* von Prof. E. A. Homén und Dr. Taav. Laitinen.

Die für Kaninchen stark pathogen gewordenen Streptokokken breiten sich central- und peripheriewärts hauptsächlich längs der Lymphwege und der grossen serösen Räume des Nervensystems aus, indem sie schon bald nach der Einspritzung das Epineurium verlassen und sich auf die Lymphwege der Nervenbündel beschränken. Während die Bakterien nach der Peripherie zu sich relativ diffus ausbreiten, sammeln sie sich im centralen Theile des Nerven und steigen mehr längs der hinteren, als längs der vorderen Wurzeln zum Rückenmarke auf, breiten sich dann schnell über die intermeningealen Räume des ganzen Rückenmarkes aus, dringen auch in die entsprechenden Räume des Gehirnes ein und gelangen bald längs des Septum posterius in das Rückenmark. In die Blutbahn scheinen die Bakterien in grösserer Menge erst in den letzten Stunden vor dem Tode zu gelangen, wobei auch meistens ein starkes Sinken der Temperatur stattfindet.

Die Veränderungen sind im Allgemeinen, sowohl nach Bakterien-, als besonders nach Toxineinspritzung, im Anfange mehr degenerativer Natur und es schliessen sich dann entzündliche und sklerotische, bisweilen auch rein destruktive Processe an; zuweilen ist auch der Process von Anfang an mehr exsudativer Natur.

Die beschriebenen Untersuchungen bilden gewissermaassen eine Stütze für die Ansicht, dass manche Rückenmarkskrankheiten, sowohl solche mehr degenerativer, als solche entzündlicher Art, infektiöser oder toxischer Natur sind. Besonders geben sie eine anatomische Grundlage für die Theorie der ascendirenden Neuritis.

2) *Die Wirkung der Streptokokken und ihrer Toxine auf die Leber;* von Max Björkstén.

Die Einführung des Giftes in den Organismus führt zu allgemeiner Intoxikation. Die Injektion von Streptokokkentoxin direkt in die Leber übt eine hauptsächlich degenerative Wirkung auf die Gewebe aus, besonders bei Einspritzung in den Ductus choledochus. Die Veränderungen beginnen in nächster Nähe der Injektionstelle (d. h. in der Nähe des Hilus) und nehmen nach der Peripherie zu ab. Das Endresultat des Processes kann eine vollständige Cirrhose sein. Bei Injektion unter die Haut, in den N. ischiadicus oder in die Venen

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/117

können in der Leber kleinere degenerative oder nekrotische Herde entstehen.

3) *Die Wirkung der Streptokokken und ihrer Toxine auf die Lungen;* von J. Silfvast.

Die Lungen von Kaninchen sind gegen die Einwirkung lebender Streptokokken relativ widerstandsfähig, mögen die Streptokokken in die Trachea eingespritzt oder durch Inhalation in die Lungen eingeführt werden.

Die Widerstandskraft wächst bei indirekten Angriffen (hypodermatische, intravenöse Injektion) und wird geschwächt, wenn noch ein anderes, die Widerstandskraft des Thieres, vor Allem der Lungen, herabsetzendes Moment mitwirkt. Spritzt man eine möglichst virulente Streptokokkenbouilloncultur in die Trachea, so findet man schon nach 15 Minuten viele Alveolenepithelzellen und vereinzelte Leukocyten mit Streptokokken vollgepfropft, und nur wenige extracelluläre Kokken. Dieses Bild verändert sich in den ersten 4 Stunden nur wenig, nach dieser Zeit sieht man die Streptokokken allmählich mehr extracellulär, die Ketten werden kräftiger und färben sich regelmässiger, nach dem 2. Tage macht sich mehr und mehr Degeneration geltend. Werden in die Trachea in ihrer Virulenz stark abgeschwächte Streptokokken injicirt, so ist das Bild nach 4 Stunden ungefähr das oben beschriebene, nach dieser Zeit degeneriren die intracellulär verbleibenden Kokken rasch. Die durch Inhalation hervorgerufenen Veränderungen zeichnen sich durch ihre Tendenz zu einer diffusen Bindegewebeumwandlung mit reichlichen Blutungen und kleinzelliger Infiltration aus. In den Bronchialdrüsen finden sich die kräftigsten Streptokokken in den Sinus, die am stärksten alterirten in den Follikeln. Schon nach 15 Minuten findet man auch reichlich Streptokokken in den peribronchialen und perivaskulären Lymphräumen; in den Lymphdrüsen lassen sie sich schon nach 15 Minuten und noch nach 35 Tagen nachweisen. Das Schicksal der meisten Streptokokken ist ihr Untergang im Alveolenexsudat; wie gross die Rolle ist, die die Phagocytose dabei spielt, bleibt unentschieden. Eine bedeutende Zahl von Kokken wird jedoch auch durch die Lymphwege weggeführt.

4) *Ueber die Einwirkung der Streptokokken und ihrer Toxine auf den Herzmuskel;* von T. W. Tallqvist.

Injektion von Streptokokken direkt in die Herzwand führt oft zu Abscessbildungen in der Muskulatur, in anderen Fällen nimmt der Process einen weniger stürmischen Verlauf. Die Folgen der Bakterienwirkung sind rundzellige Infiltration, Gefässhyperämie, Bildung von Fibroblasten, Blutungen. Daneben werden einfache parenchymatöse Veränderungen beobachtet. Im weiteren Verlaufe kann es zu einer relativen Heilung unter Bildung von Bindegewebeschwielen kommen. Bei intravenöser Injektion, sowie bei Einspritzung von Bouillonculturen, subcutan und intraperitonäal, konnten im Allgemeinen dieselben Verhältnisse nachgewiesen werden. Abscessbildung im Herzmuskel konnte jedoch niemals festgestellt werden. Injektionen von Streptokokkentoxin in die Ohrvene hatten bisweilen keine Veränderung des Herzens zur Folge, bisweilen fanden sich Veränderungen hauptsächlich parenchymatöser Natur.

5) *Experimentelle Untersuchungen über die Ausscheidung der Streptokokken durch die Nieren;* von Axel v. Bonsdorff. (Vorläufige Mittheilung.)

Die durch Streptokokken hervorgerufenen Nierenveränderungen sind, wenn man von den Fällen herdförmiger Erkrankung absieht, ziemlich gering. In den ersten Stunden nach der Streptokokkeninfektion, wenigstens wenn die Virulenz die bei den Versuchen angewendete nicht überschreitet, findet eine Ausscheidung von Bakterien nicht statt. Dieser Umstand spricht dafür, dass für den Durchgang der Streptokokken gewisse Veränderungen der Nieren erforderlich sind.

6) *Experimentelle Untersuchungen über peritonäale Infektion mit Streptococcus;* von Axel Wallgren.

Virulente Streptokokken bis zu einem gewissen Minimum von Virulenz in die Peritonäalhöhle von Kaninchen injicirt, können auch in ziemlich kleinen Dosen tödtliche Peritonäalinfektion verursachen. Streptokokken unter einem gewissen Minimum von Virulenz können in der Peritonäalhöhle des Kaninchens nicht zur Entwickelung gelangen. Der Schutz der Peritonäalhöhle liegt namentlich in ihrer grossen Resorptionfähigkeit, in der Thätigkeit der in ihr enthaltenen und zu ihr hinströmenden Leukocyten und möglicherweise auch in der Funktion der Endothelzellen des Peritonaeum. Der Phagocytose kommt in den verschiedenen Stadien der Infektion eine verschiedene Rolle zu, bei Streptokokkeninfektion von herabgesetzter Virulenz scheint die Phagocytose ohne Unterbrechung zu dauern, so lange es Streptokokken in der Peritonäalhöhle giebt. Die Streptokokken können auf die Leukocyten zerstörend einwirken. So lange Streptokokken in der Peritonäalhöhle nachzuweisen sind, sowie während der unmittelbar darauf folgenden Zeit (1—2 Tage) gehört die Mehrzahl der Zellen den polymorphkernigen und polynucleären Leukocyten an; danach stellt sich für einige Zeit eine Leukocytose ein, die im Gegensatze zu der vorigen mononucleär ist.

Den einzelnen Abhandlungen sind 10 farbige Tafeln beigegeben. H. Beschorner (Dresden).

259. **Beitrag zur Lehre von den Staphylokokken der Lymphe**; von Dr. Vanselow in Stettin u. Dr. Czaplewski in Köln a. Rh. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 4. p. 141. 1899.)

V. und Cz. wiesen nach, dass in jeder frischen thierischen Pockenlymphe traubige Spaltpilze zu

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/118

finden sind, dass diese aber sich keineswegs mit dem goldfarbigen oder weissen traubigen Eiterungerreger decken, sondern einer neuen Kokkenart angehören, die sie als „Staphylococcus quadrigeminus Czaplewski“ bezeichnen. Diese Kokken erzeugten *nicht unbedingt* an Ort und Stelle der Impfung oder weiter entfernt *Eiterungen*, wenngleich sie unter besonderen Umständen solche hervorzurufen im Stande waren; sie sind *nicht* ohne Weiteres zu den *harmlosen* Pilzen zu zählen.

Manches schien V. und Cz. darauf hinzudeuten, dass der Vorgang der Pockenimpfung mit dem nach Czaplewski benannten Spaltpilze in Beziehungen steht.

Das endgiltige Urtheil hierüber bleibt jedoch weiteren Untersuchungen vorbehalten.

Radestock (Blasewitz).

260. **A description of a new pathogenic microbe of sewage: bacillus pyogenes cloacinus**; by E. Klein. (Brit. med. Journ. July 8. 1899.)

Der Bacillus Kl.'s wurde gewonnen aus dem eiterigen Exsudat der Bauchhöhle eines Meerschweinchens, das 48 Stunden nach der subcutanen Injektion vom Sediment einer Kloakenflüssigkeit starb. Unbeweglicher, kettenbildender Bacillus von 0.6—1.25 μ Länge und 0.4 μ Dicke. Wächst am besten in alkalischer Nährbouillon; Gelatine wird nicht verflüssigt, keine Gasentwickelung in Traubenzuckergelatine. Subcutane Injektion tödtet Meerschweinchen in 3—4 Tagen, Injektion in die Bauchhöhle in 24 Stunden unter Erscheinungen der Septikämie, ebenso bei Mäusen; bei Kaninchen ist der Bacillus wirkungslos. Der Bacillus zeigt in seinen Wachsthumserscheinungen Aehnlichkeiten mit dem Bacillus der Schweineseuche von Loeffler und Schuh, doch unterscheiden sich die beiden Arten in ihrer Wirkung auf Nager, weshalb Kl. seinem Bacillus als einer selbständigen Art den Namen: Bacillus pyogenes cloacinus giebt.

W. Straub (Leipzig).

261. **Ueber die Aktinomycesgruppe (Aktinomyceten) und die ihr verwandten Bakterien**; von Prof. E. Levy. Aus dem hyg. Institute der Universität Strassburg i. E. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 1. 1899.)

Zusammenfassender Bericht über die Arbeiten L.'s und seiner Schüler über die Morphologie und Aetiologie der Strahlenpilze und der ihnen nahestehenden Mikroorganismen. L. glaubt, dass man auf Grund der vorliegenden Untersuchungen die bisher in einer getrennten Gattung zusammengefassten Spaltpilze (Tuberkelbacillen, Lustgarten's Bacillus, Smegmabacillus, die Erreger der Lepra, des Rotzes, der Diphtherie u. A. m.) trotz gewisser Abweichungen in enge verwandtschaftliche Beziehungen zur Aktinomycesgruppe bringen müsse. H. Beschorner (Dresden).

262. **Zur Morphologie der Aktinomyces**; von Dr. Hayo Bruns. Aus dem Institute für Hyg. u. Bakteriol. der Universität Strassburg i. E. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. XXV. 1. 1899.)

Bei der Untersuchung eines Falles von Aktinomykose der Bauchdecken wurde eine Strahlenpilzart gezüchtet, die bei intravenöser, intraperitonäaler und subcutaner Injektion bei Meerschweinchen, Kaninchen, Mäusen keine Aktinomykose hervorbrachte und auch bei direkter Einbringung in Leber, Milz, Hoden wirkungslos blieb. Er hält den Strahlenpilz für identisch mit dem Berestnew'schen Pseudoaktinomycespilz, erklärt aber die Bezeichnung Pseudoaktinomykose beim Vorhandensein von Körnchen, die strahlenartige Faden und Keulen bergen, nicht für richtig.

H. Beschorner (Dresden).

263. **The definition, terminology and classification of tumours**; by Charles Powell White. (Journ. of Pathol. and Bacteriol. VI. 2. p. 220. 1899.)

Als Definition des Begriffes Tumor, die allen Anforderungen genügt, schlägt Wh. folgende vor: Ein Tumor ist eine Masse von Zellen, Geweben oder Organen, die zwar auch im normalen Organismus vorhanden sind, als Tumoren jedoch eine atypische Anordnung haben; sie wachsen auf Kosten des Organismus, ohne eine für diesen nützliche Funktion zu besitzen.

Zur Benennung der Tumoren sind die Elemente maassgebend, die für das Wachsthum charakteristisch sind. Classifikation: a) Organ-Tumoren (Teratome, Dermoide und Schleimhautcysten); b) Gewebe-Tumoren; c) Zellen-Tumoren (Sarkom und Carcinom). W. Straub (Leipzig).

264. **A preliminary note on the experimental production of cancer**; by H. Lambert Lack. (Journ. of Pathol. and Bacteriol. VI. 2. p. 154. 1899.)

In Narkose wurde an einem Kaninchen ein Ovarium frei präparirt, von einer Schnittfläche milchiger Saft (freie Epithelien) abgestrichen und in innige Berührung mit dem Peritonaeum gebracht. Das Versuchsthier blieb fast 1 Jahr lang normal, wurde dann rasch kachektisch und nach 2 Monaten getödtet. Die Sektion ergab viele Tumoren in Mesenterium, Pleura, Mediastinum, Leber, Uterus; normal waren Milz, Nieren und Darm. Die mikroskopische Untersuchung zeigte Alveolarräume mit ein- bis mehrfacher Umsäumung von Cylinderepithelzellen. Im Allgemeinen boten die Tumoren das Bild des Cylinderepithelkrebses mit dem speciellen Charakter des Ovarialcarcinoms. Carcinom soll sonst bei Kaninchen noch nicht beobachtet worden sein. Deshalb bringt L. die Tumoren in ursächlichen Zusammenhang mit dem experimentellen Eingriffe und zieht daraus folgende allgemeine Schlüsse: 1) Das Krebsepithel ist identisch mit normalem

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/119

Epithel des Körpers. Die Krebsepithelien stammen ab von prä-existirenden Epithelien, sie behalten die charakteristischen Eigenschaften der Elternzellen bei, und zwar sowohl im primären Tumor, wie in dessen Metastasen. 2) Es besteht ein Zusammenhang zwischen Krebs und Lymphapparat. Die Krebsalveolen sind in ihren Anfängen einfache Lymphräume in direktem Zusammenhange mit dem Lymphgefässsystem, in die eine normale, aus ihrem Verbande losgerissene Epithelzelle einwandert. 3) Das beobachtete Carcinom war infektiös und die Epithelien selbst waren das inficirende Agens. W. Straub (Leipzig).

265. **Vorläufige Notiz über gewisse vom Krebs isolirte Organismen und deren pathogene Wirkung in Thieren**; von H. G. Plimmer in London. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 23. 1899.)

Bei 1278 Carcinomen wurden die Zelleneinschlüsse, die sich häufig fanden, dagegen nur selten zahlreich waren, untersucht, ihre Beziehung zu Ursache und Verlauf der Krankheit aufgesucht und festgestellt, dass sie den von Metschnikoff, Ruffer u. A. (auch von Pl.) als Parasiten angesehenen und beschriebenen ähnlich sind. Die Schlussfolgerungen dieser Beobachtungen sind folgende: 1) Dass es gewisse Krebse giebt, die sehr selten vorkommen und in denen Zelleneinschlüsse in sehr grosser Zahl vorhanden sind von der Art, die Ruffer, Plimmer u. A. als parasitische Protozoën beschrieben haben. Nach dem seltenen Vorkommen dieser Fälle und ihrem verhältnissmässig akuten Verlaufe ist man versucht zu glauben, dass sie nicht denselben Ursprung wie gewöhnlicher Krebs haben, aber es giebt in der That nicht mehr Unterschiede zwischen ihnen und dem gewöhnlichen Krebse, als wie zwischen akutem und chronischem Tuberkel. 2) Dass durch den Gebrauch von passenden Mitteln diese Zelleneinschlüsse ausserhalb des Körpers isolirt und cultivirt werden können. 3) Dass diese Culturen, wenn sie in gewisse Thiere eingespritzt werden, den Tod mit Produktion von Geschwülsten hervorrufen können, die bis jetzt, mit einer Ausnahme, von endothelialem Ursprunge sind, und dass reine Culturen von diesen Wucherungen gemacht werden können, die, in passende Thiere eingespritzt, ähnliche Geschwülste hervorbringen können.

H. Beschorner (Dresden).

266. **Zur Kenntniss des sogenannten Endothelkrebses der Pleura und der Mucormykosen im menschlichen Respirationsapparate**; von Dr. M. Podack. Aus der med. Klinik zu Königsberg. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIII. 1 u. 2. p. 1. 1899.)

P. fand in 2 Fällen, in denen schon intra vitam die Wahrscheinlichkeitdiagnose auf primären Endothelkrebs gemacht wurde, bei der Sektion und mikroskopischen Untersuchung, dass es sich in der That um sogen. primäre Endothelkrebse handelte. P. giebt eine eingehende histologische Beschreibung des makro- und mikroskopischen Befundes des primären Geschwulstknotens und seiner Metastasen und schliesst sich der Ansicht der Autoren an, die den primären Endothelkrebs für eine echte Geschwulst halten; weiterhin tritt P. für den Namen Endothelkrebs ein und stellt einige wichtige Punkte für die Differentialdiagnose zusammen. Im 2. Falle fand sich eine Mucorart, die mit dem von Lichtheim zuerst beschriebenen Mucor corymbifer identisch ist und das Lungengewebe mit einem ausgedehnten Schimmelpilznetze durchzog.

H. Beschorner (Dresden).

267. **Zur Kenntniss des Endothelioms im Anschluss an ein Endothelioma lymphaticum ovarii**; von Max Herz in München. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 4. p. 458. 1899.)

Wenn H. auch auf Grund seiner Untersuchungen der Ansicht Pick's, dass die Endotheliome Carcinome sind, Berechtigung zuspricht, so muss man seiner Ansicht nach die endgültige Entscheidung der Frage nach der Zugehörigkeit der Endotheliome der Zukunft überlassen, da bei den einander widersprechenden Befundangaben die Sachlage noch nicht genügend geklärt erscheint.

Das Einzige, was nach H. die Diagnose Endothelioma sicher stellt, ist der Nachweis der zugespitzten, kleinen Zellenstreifen im Bindegewebe, die absolut keine Endothelauskleidung zeigen. „Nur bei den vereinzelt liegenden, rosenkranz- oder bandartigen, sich nach beiden Enden zu verjüngenden Zellenreihen muss das absolute Fehlen von Endothelzellen constatirt werden. Est dann ist der autochthone Ursprung entschieden und die Benennung Endotheliom gerechtfertigt.“ Diese Anfangstadien sind zumeist in der Peripherie der Geschwulst gelegen.

Bei dem Endothelioma intravasculare sind nach H. Bilder erforderlich, die den Uebergang des normalen Blutgefässendothels in gewuchertes zeigen, oder Blutgefässe, deren Auskleidung völlig in Wucherung übergegangen ist.

H. giebt zum Schlusse die anatomische Beschreibung eines mannskopfgrossen, von einem 14jähr. Mädchen stammenden Endothelioma lymphat. ovarii. Die charakteristischen Befunde waren zunächst die kleinen, nach beiden Seiten sich verjüngenden, der Endotheleinkleidung baaren Zellenbänder im Bindegewebe des Stroma; dann war das Bindegewebe bald nesterartig durchsetzt, bald aber völlig verschwunden vor den andrängenden Parenchymzellen, die mit zunehmender Ausbreitung eine grössere Neigung zu Zerfall haben. Ausserdem erwähnt H. noch die scharfe, strenge Scheidung des Parenchyms und Stroma und das Fehlen jeder Intercellularsubstanz.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/120

268. **Ueber die Lymphgefässe und die regionären Lymphdrüsen des Magens in Rücksicht auf die Verbreitung des Magencarcinoms**; von Dr. A. Most. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 175. 1899.)

M. hat den *Lymphgefässapparat des Magens mit Rücksicht auf die Verbreitungwege des Carcinoms* mittels der Gerota'schen Injektionmethode an 22 Leichen untersucht. Es ergab sich, dass der Magen ein gewissermaassen in sich abgeschlossenes Lymphgebiet darstellt, dessen Abflusskanäle alle an den entsprechenden Blutgefässen liegen und dessen letzter Sammelpunkt in den Drüsen über dem Pankreas zu suchen ist. Für die Praxis ergiebt sich aus diesen Lymphgefässuntersuchungen die Nothwendigkeit einer möglichst ausgedehnten Resektion der Magenwandung nach der kleinen Curvatur hin, ja, wenn angänglich, eine möglichst vollständige Wegnahme derselben. Sind jedoch die Drüsen auf dem Pankreas bereits stärker geschwollen und in höherem Grade sicher krebsig infiltrirt, dann dürfte eine Radikalheilung durch die Operation, selbst wenn sonst die Bedingungen der Exstirpation günstig liegen sollten, schwerlich gelingen, denn dann sind auch schon die retroperitonäalen, an den grossen Bauchgefässen gelegenen Drüsen inficirt, die dem Messer des Chirurgen wohl nur schwer und unvollkommen zugänglich sind. P. Wagner (Leipzig).

269. **Zur Verbreitung und Prognose des Peniscarcinoms**; von Dr. H. Küttner. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 181. 1899.)

K. hat mittels der Gerota'schen Injektionmethode Untersuchungen über die *Lymphgefässe* und *Lymphdrüsen des Penis* angestellt und dabei gefunden, dass viele Lymphbahnen des Penis bestehen, die die Inguinaldrüsen umgehen und direkt in Lymphknoten einmünden, die im Innern des Beckens gelegen sind, und zwar zum Theil in bedeutender Entfernung von ihrem Ursprunggebiete. Da die Lymphbahnen der Vorhaut mit denen der Eichel, und diese wieder mit denen der Harnröhre zusammenhängen, so besteht bei jedem Peniscarcinom, von welchem Theile des Organs es auch ausgegangen sein mag, die Möglichkeit, dass eine der beschriebenen Bahnen benutzt wird.

Die *praktische Bedeutung* dieser Befunde ist für die *operative Therapie* ziemlich gering. Wir werden uns nach wie vor darauf beschränken müssen, ausser der Amputation des Penis eine gründliche Ausräumung sämmtlicher inguinalen und subinguinalen Drüsen auf beiden Seiten vorzunehmen. Leicht erreichbare Beckendrüsen sind um so eher mit zu exstirpiren, als sie die erste Station des Carcinoms in den Lymphdrüsen darstellen können und nicht schon der Ausdruck einer weit vorgeschrittenen Drüseninfektion zu sein brauchen.

Die *Prognose des Peniscarcinoms* ist im Allgemeinen eine der günstigsten; von 58 Operirten der Bruns'chen Klinik sind 59, 5% 3—29 Jahre geheilt geblieben. P. Wagner (Leipzig).

270. **Ueber die Beziehungen der Pigmentmäler zur Neurofibromatose**; von Dr. Soldan. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 261. 1899.)

Unter *Neurofibromatose* dürfte jene bindegewebige Wucherung der Nervenscheiden des peripherischen Nervensystems zu verstehen sein, die bald zur Entstehung der sog. falschen Neurome und des Rankenneuroms, bald zur Bildung der multiplen Fibrome und der Lappenelephantiasis der Haut führt.

Auf Veranlassung von v. Bergmann hat S. genaue histologische Untersuchungen über die *Neurofibromatose* angestellt und kommt dabei zu folgenden Schlüssen:

1) Die Pigmentmäler sind in der Mehrzahl der Fälle die ersten dem Auge erkennbaren Merkmale eines fibromatösen Processes des Bindegewebes der Hautnerven. 2) Die Pigmentation ist wahrscheinlich eine Folge der Fibromatose des Nervenbindegewebes. 3) Die von Unna u. A. beschriebenen Naevuszellennester und -Stränge sind weder Epitheliome, noch Lymphangiofibrome, vielmehr Neurofibrome. 4) Aus dem fibromatösen Processe der Pigmentmäler entwickeln sich die als weiche Warzen, weiche Fibrome und Lappenelephantiasis beschriebenen Hautgeschwülste. 5) Der fibromatöse Process bleibt nicht nur auf die Nerven der Haut beschränkt, sondern kann sich an beliebigen Stellen des peripherischen Nervensystems äussern und so auch zur Bildung der sogen. falschen Neurome und zum Rankenneurom führen. 6) Die Formenverschiedenheit der Neurofibromatose ist durch Lokalisation, anatomische Verhältnisse und Wachsthumsenergie der Geschwulstelemente bedingt. Demnach hätten wir zu unterscheiden: A. *Neurofibrome der grösseren Nervenstämme, soweit sie noch ein deutliches Perineurium besitzen.* Dazu gehören: a) *falsche Neurome* (*Fibroneurome*), charakterisirt durch herdweise Wucherung an einzelnen Punkten der Nerven; b) *Rankenneurome* (plexiforme Neurome, Neuroma cirsoideum, Fibroma cylindricum), die Wucherung ergreift grössere Strecken der Nerven verhältnissmässig gleichmässig. B. *Neurofibrome der Nervenausbreitungen nach Verlust des Perineurium:* a) Zellennester und -Stränge der Naevi pigmentosi, Verrucae carneae oder molles, Fibromata mollusca, charakterisirt durch circumscripte Wucherungen in der Haut; b) Elephantiasis congenita neuromatodes, Pachydermatocele, Lappenelephantiasis; diffuse Wucherung im Bereiche des Ausbreitungbezirkes eines oder mehrerer grösserer Nervenstämme in der Haut.
P. Wagner (Leipzig).

271. **Ueber die nach und während der v. Esmarch'schen künstlichen Blutleere eintretenden Gefässveränderungen und ihre physiologische Erklärung**; von Prof. A. Bier. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 31. 1899.)

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/121

B. weist von Neuem darauf hin, wie falsch die Anschauung ist, dass die sogen. reaktive Hyperämie nach künstlicher Blutleere durch Lähmung der Nerven hervorgerufen werde. Sie hat überhaupt mit den Nerven nichts zu thun, sondern es ist eine äusseren Körpertheilen eigenthümliche, automatisch wirkende Begabung, dass in ihren Gefässen bei einer Behinderung des Blutstromes eine Herabsetzung des Widerstandes eintritt, die die Hyperämie hervorruft. Diese reaktive Hyperämie nach künstlicher Blutleere entsteht durchaus nicht nur in Folge von Erweiterung der Arterien, sondern auch der Capillaren. Am stärksten zeigt sich diese Herabsetzung der Widerstände, wenn der Blutstrom vorübergehend ganz unterbrochen und dann wieder freigegeben wird. Diese Widerstandsherabsetzung ist keine Lähmung der Gefässe im gewöhnlichen Sinne; denn gegen stark verbrauchtes venöses Blut tritt sie nicht ein. Im Gegentheil, dieses reizt sogar Arterien und Capillaren zu Zusammenziehungen, die das verbrauchte Blut in die Venen befördern. P. Wagner (Leipzig).

272. **Experimentelle Untersuchungen über Phosphornekrose**; von Dr. L. v. Stubenrauch. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 144. 1899.)

v. St. hat bei Meerschweinchen, Kaninchen und Hunden Versuche angestellt über die *Wirkung der Phosphordämpfe auf unverletzte und verletzte Knochen.* Auf Grund dieser Versuche, deren Einzelheiten noch später ausführlich mitgetheilt werden sollen, kommt er zu folgenden Schlüssen: *Phosphordämpfe üben bei Meerschweinchen, Kaninchen und Hunden keinen specifischen reizenden Einfluss auf das blossliegende Periost aus.*

Ein der Phosphornekrose des Menschen analoges Krankheitbild lässt sich bei den zu Versuchszwecken geeigneten Thieren nicht erzeugen.

Die Phosphornekrose ist nach dem heutigen Stande unseres Wissens als eine specifische Krankheit des Menschen aufzufassen.

v. St. vertritt zum Schlusse die neueren Anschauungen Kocher's und Riedel's, dass die chronische Phosphorintoxikation *allein* die Nekrose nicht bedinge, sondern nur im Vereine mit Infektion zur Nekrose des Knochens führe, dass somit die Phosphorintoxikation nur die Disposition zur Nekrose liefere. Die Disposition selbst sucht v. St. in einer vielleicht auf Gefässveränderungen beruhenden besonderen Neigung zur Thrombose der Markgefässe des Kiefers, wofür eine von v. St. mitgetheilte Beobachtung sowohl, wie auch die Thatsache, dass anämische Individuen (Frauen nach grösseren Blutverlusten) besonders leicht der Kieferkrankheit zum Opfer fallen, spricht.

P. Wagner (Leipzig).

273. **Ueber eine eigenartige Form der nekrotisirenden Hepatitis**; von H. Curschmann. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 564. 1899.)

Auf Grund von 3 genau beobachteten und sowohl klinisch, als auch anatomisch eingehend beschriebenen Fällen kommt C. zu folgendem Ergebnisse:

Es giebt eine Form von nekrotisirender, meist vom Centrum der Leberläppchen (Umgebung der Centralvene) ausgehender Hepatitis, die in Folge ihrer Intensität und gleichmässigen Verbreitung über die ganze Leber, diese in so ausgedehnter Weise funktionsuntüchtig macht, dass ohne septische Erscheinungen, vorwiegend unter den Zeichen des fortschreitenden Marasmus als Ausdruck eines deletären Ausfalles „der inneren Lebersekretion“ der Tod eintritt.

Solche Processe schliessen sich an Verlegung der grossen Gallenwege, wohl am häufigsten durch Gallensteine an. Die Verlegungen sind dabei durchaus nicht dauernde. Sie können im Gegentheil vorübergehend und lange vor dem Tode schon gehoben sein, so dass es zu keiner Zeit der Krankheit zu sehr starkem Ikterus zu kommen braucht. Offenbar begünstigt dieser unvollkommene Abschluss sogar die wesentlichste Hülfschädigung: das Eindringen pathogener Mikroorganismen in die Gallenwege. Ob auch anderartig bedingte Verlegung (durch Geschwülste u. dgl. m.) die fraglichen Leberveränderungen machen können, ist noch nicht erwiesen, aber wahrscheinlich.

Dass Gallenstauung bei Entstehung der Leberzellennekrose eine wesentliche Rolle spielt, beweisen neben der Beobachtung des Beginnes und des Fortschreitens der mikroskopischen Veränderungen an den Leberläppchen die nie fehlende Erweiterung der Gallenwege bis in ihre feinsten interlobulären Verzweigungen, sowie die regelmässig zu Stande kommende und fast nur auf sie beschränkte starke Bindegewebewucherung in der Umgebung der letzteren.

In dem einen der beiden anatomisch genau beschriebenen Fälle erschien das ganze Leberparenchym durchsetzt von unzähligen rundlichen Herden von Hirsekorn- bis Stecknadelkopf- bis Pfefferkorngrösse. Nur vereinzelt fanden sich etwas umfangreichere Herde, deren grösster das Volumen einer Erbse, selbst Bohne erreichte. Die kleineren hirsekorn- bis stecknadelkopfgrossen Herde und die dazwischen liegenden grossen waren in annähernd gleicher Zahl und gleichmässiger Vertheilung über die gesammte Lebersubstanz vertreten. Mikroskopisch zeigten sich die in der Mitte der Leberläppchen um die quer oder schief angeschnittene, nicht erweiterte Centralvene herum liegenden Leberzellen deutlich contourirt, fahl, zum Theil etwas gequollen, körnig getrübt bei fehlenden Kernen. Die der Vene zunächst liegenden Zellen enthielten zahlreiche gelbliche Körner. In der Umgebung dieser veränderten Läppchen fanden sich die feinsten Gallengänge mehr oder weniger zum Theil bedeutend erweitert, durchweg leer, von einer breiten Zone meist kleinzellig infiltrirten Bindegewebes umgeben. Diese Bindegewebewucherung betraf keineswegs gleichmässig die Umgebung der Läppchen, hielt sich vielmehr nur an die Gallencapillaren, von deren Adventitia sie ihren Ausgang nahm.

In dem 2. Falle erschien die Lebersubstanz nach allen Richtungen im rechten eben so wie im linken Lappen fast gleichmässig durchsetzt mit zahllosen kleinsten gerade noch sichtbaren bis schrotkorn-, höchstens erbsen-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/122

grossen rundlichen Herden, aus deren Mitte an vielen Stellen eine dunkelgelbbraune breiige Masse sich herausdrücken oder mit dem Messer hervorheben liess. An den grösseren Herden war nach Entleerung ihres Inhaltes schon mit blossem Auge eine unregelmässige fetzige Beschaffenheit der Wand festzustellen. In sich geschlossen zeigten sie nirgends Verbindung mit den Gallengängen. An einzelnen Stellen der Leber traten einige grössere bis haselnussgrosse, durch gelbrothe Farbe ausgezeichnete Herde über die Oberfläche hervor. Nach Entleerung ihres Inhaltes zeigten sie sich unregelmässig buchtig, ein Hinweis auf ihre Entstehung durch Zusammenfliessen kleiner Herde.

Auch hier erwiesen sich bei der mikroskopischen Untersuchung in der Mitte der kleinen Herde die Leberzellen als schollig entartet, braunroth oder dunkelbernsteingelb, zum Theil noch an ihre frühere Form erinnernd, zum Theil zerfallen und zu unregelmässigen Klumpen und Schollen zusammengeflossen. Alle erweiterten und gewucherten Gallengänge waren von einer ausserordentlich starken Bindegewebewucherung umgeben, die in der Umgebung der frischen Herde mehr in kleinzelliger Form, um die älteren herum mehr fibrillär wellig war.

Die nekrotisirenden Processe lassen sich ihrer Stärke und Verbreitung nach nicht durch Gallenstauung allein erklären. Augenscheinlich spielen dabei meist vom Darme aus in die Gallenwege eindringende pathogene Mikroorganismen, vor Allem wohl Bacterium coli, eine wesentliche unterstützende Rolle. Sie brauchen dabei durchaus keine eitererregende Wirkung zu haben. Ihre Toxinwirkung scheint sich vielmehr zuweilen darauf zu beschränken, die durch die Gallenstauung in ihrer Ernährung labil gewordenen Leberzellen dem definitiven Absterben entgegenzuführen.

Aufrecht (Magdeburg).

274. **Die Theorie der Gehirn- und Rückenmarks-Erschütterung**; von Prof. Tilmann. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 1. p. 236. 1899.)

T. hat seine Untersuchungen über die *Theorie der Gehirn- und Rückenmarkserschütterung* fortgesetzt und theilt folgende Ergebnisse mit: 1) Die Hirnerschütterung kommt am häufigsten bei unverletztem Schädel vor und ist am meisten ausgesprochen, wenn beim Falle aus grosser Höhe oder auch zu ebener Erde der Kopf auf harten Boden aufschlägt. 2) Bei Gewalteinwirkungen auf den liegenden oder unterstützten Schädel, sowie beim Auffallen von Gegenständen auf den Kopf ist Gehirnerschütterung selten. 3) Bei einem Trauma, das den freischwebenden Schädel trifft, tritt Gehirnerschütterung fast stets ein, wenn die Gewalt dem Schädel mitgetheilt wird, sie kann aber fehlen, wenn der Schädel zerbrochen ist und selbst ausgedehnte Theile des Hirns zerstört sind.

Die *Commotio cerebri* ist *bedingt* durch eine Zerrung des Zusammenhanges der grauen und weissen Substanz des Gehirns, die in der Mehrzahl der Fälle mit capillären Apoplexien verbunden ist. Diese Schädigung beruht auf dem in Folge ihres verschiedenen specifischen Gewichts verschiedenen Beharrungsvermögen des Blutes, der grauen und der weissen Substanz. In Folge dieser Verschiedenheit des Beharrungsvermögens behalten die schwereren Theile, das Blut und die weisse Substanz eine ihnen mitgetheilte Bewegung bei plötzlicher Hemmung länger bei als die graue Substanz und brauchen andererseits längere Zeit, ehe sie durch eine Kraft aus ihrer Ruhelage gebracht werden. Die Folge ist eine Zerrung des Zusammenhangs, bez. eine Störung des Gleichgewichts der grauen und der weissen Substanz, sowie eine Zerreissung der feinsten Capillaren in Folge des Andrängens des Blutes gegen ihre Wandung. Diese Schädigung ist für die Commotio cerebri charakteristisch und fehlt in keinem Falle, in dem die angegebenen Bedingungen zutreffen.

Die anatomische Erklärung der *Commotio spinalis* ist ohne Weiteres durch die Anwendung der für die Commotio cerebri angenommenen Theorie gegeben. P. Wagner (Leipzig).

275. **Beitrag zur Lehre von der akuten Poliomyelitis**; von Bülow-Hansen u. Francis Harbitz in Christiania. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXV. 3. p. 517. 1899.)

Während die Kliniker die Poliomyelitis anterior acuta, ähnlich anderen Rückenmarkskrankheiten, deren infektiöser Charakter sicher ist, wegen ihrer Symptome und ihres akuten Beginnes als eine Infektionkrankheit aufzufassen geneigt sind, herrscht unter den pathologischen Anatomen noch Uneinigkeit über die Frage, ob der Poliomyelitis anterior acuta ein primär parenchymatöser Process oder ein wesentlich interstitieller, an die Gefässe geknüpfter Process zu Grunde liegt, wenn auch die meisten neueren Untersuchungsresultate dahin gehen, dass die Degenerationphänomene sekundäre Processe darstellen.

Bei einer kleinen Epidemie (3 Geschwister, von denen 2 im akuten Stadium starben) konnten die pathologisch-anatomischen Verhältnisse genau studirt werden. Im Wesentlichen ergab die Untersuchung, dass die akute Poliomyelitis ant. eine Entzündung ist, die ihren Ausgang im Blute und in den Blutgefässen hat und die zu sekundärer Degeneration der Ganglienzellen führt. Die Vermuthung, dass es sich um eine Infektionkrankheit handle, wurde durch die Sektionbefunde auch insofern gestützt, als sich parenchymatöse Veränderungen im Myokardium, in der Leber, den Nieren, *Milzschwellung* und zugleich Enteritis nachweisen liessen. Ueber das eventuelle Virus und seine Eintrittspforte lässt sich mit Sicherheit noch keine Behauptung aufstellen, doch sind die Vff. der Meinung, dass man letztere am ehesten im Darmkanale zu suchen habe. Die bakteriologischen Untersuchungen blieben in beiden Fällen erfolglos und da bisher nur wenige und nicht eindeutige Untersuchungen derart vorliegen, so kann man sichere Schlussfolgerungen nicht machen. Vieles spricht aber dafür, dass das infektiöse Agens der akuten Poliomyelitis ant. von verschiedener Art ist und dass diese Krankheit auch durch eine

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/123

Intoxikation (vielleicht vom Darmkanale aus) bedingt sein kann. H. Beschorner (Dresden).

276. **Plötzlicher Tod durch einen freien Hirn-Cysticercus**; von Pförringer in Halle. (Fortschr. d. Med. XVI. 11. 1898.)

Bei einem 17jähr. Lehrlinge traten, nachdem er kurz vorher über Kopfschmerzen geklagt hatte, plötzlich epileptiforme Anfälle ein und der Kr. starb. Bei der *Sektion* fanden sich die Gyri abgeplattet, die Sulci verstrichen. Die Ventrikel waren dilatirt und enthielten in ziemlicher Menge eine leicht blutige Flüssigkeit. Vor dem Aquaeductus Sylvii befand sich eine kirschengrosse gelbe Cysticercusblase, die zu einem Stiele ausgezogen war, der das Lumen des Aquaeductus ausfüllte und noch in den 4. Ventrikel hineinragte. Ein Bandwurmkopf war nicht nachzuweisen. Die plötzlich auftretenden schweren Erscheinungen finden, da in Folge der Einklemmung der Blase der Abfluss des Liquor cerebrospinalis behindert war, durch den Hirndruck ihre Erklärung. Mikroskopische Schnitte ergaben eine starke Wucherung der Glia, in deren Innerem cystische, mit niedrigem Epithel ausgekleidete Hohlräume lagen. Entstehung und Erklärung letzterer werden genau besprochen.

Forstmann (Dresden).

277. **Experimentelle Untersuchungen über Nervenzellenveränderungen nach Säureintoxikation und Inanition**; von Dr. Erich Müller und Dr. Manicatide. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLVIII. 1. p. 377. 1898.)

Vff. versuchten die von ihnen bei magendarmkranken Säuglingen gefundenen Veränderungen der Nervenzellen experimentell am Thiere zu erzeugen. Sie vergifteten zu diesem Zwecke Kaninchen mit verschiedenen Säuren (mit Rücksicht auf die Czerny'sche Theorie), liessen Meerschweinchen und Katzen an Inanition zu Grunde gehen und untersuchten das Rückenmark der Thiere nach der Methode von Nissl. Es fand sich, dass nur die mit Buttersäure und α-Oxybuttersäure getödteten Thiere, sowie namentlich die verhungerten Meerschweinchen Zellenveränderungen darboten, die mit denjenigen der Säuglinge zu vergleichen sind. Bei den verhungerten Katzen waren keine Veränderungen zu bemerken. Es sind daher die Befunde am Menschen durch die ausgeführten Versuche nicht hinreichend aufgeklärt.

Brückner (Dresden).

278. **Untersuchungen über den Ammoniakgehalt des Blutes bei der experimentellen Säurevergiftung**; von Dr. Konrad Gregor. (Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. X. 1. p. 24. 1899.)

Die Thierversuche, die G. an Hunden bei gemischter Kost anstellte, ergaben, dass der Ammoniakgehalt des kreisenden Schlagaderblutes durch eine Säurevergiftung (HCl) *nicht erhöht* wurde. Die von G. gefundenen Ammoniakwerthe stimmten mit den von Salaskin gemachten Bestimmungen gut überein. Radestock (Blasewitz).

279. **Ueber die Kalk- und Magnesiaausscheidung beim Diabetes mellitus und ihre Beziehung zur Ausscheidung abnormer Säuren (Acidose)**; von Dietrich Gerhardt und Wilhelm Schlesinger. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLII. 1. p. 83. 1899.)

Auf die Thatsache gestützt, dass nach Zufuhr von Natrium bicarbonicum beim normalen Menschen ein Absinken der Ausfuhrwerthe von Ammoniak erscheint, untersuchten G. u. Sch. am Diabetiker und am normalen Menschen die Kalk- und Magnesiumausscheidung mit und ohne Zufuhr von Natrium bicarbonicum. Die Versuchsperson (in 2 Fällen ein Diabetiker, dessen Zuckerausscheidung durch Fleisch-Fettdiät auf eine geringe Menge reducirt war, im Controlversuche eine normale Person mit Diabetikerkost) bekam in drei Perioden 4 Tage lang 20.0 Natr. bicarb., das in einer darauffolgenden 8tägigen Periode wegblieb, um in der 4tägigen Nachperiode wieder gereicht zu werden. Die Normalperson und der Diabetiker im ersten Versuche befanden sich im ungefähren Stickstoffgleichgewicht. Für den Diabetiker ergab sich eine absolute Steigerung der täglichen Kalkausfuhr an den Alkalitagen fast auf das Doppelte der Vorperiode, während die Ausscheidung der Nachperiode auf die Werthe der Vorperiode zurücksank; dazu laufen parallel die Werthe der Ammoniakausscheidung. An der normalen Person ergab der Versuch ein bedeutendes Zurückstehen der absoluten Kalkwerthe gegenüber denen des Diabetikers (0.126 CaO gegenüber 0.494 CaO des Diabetikers an den ersten Versuchstagen). Die Ammoniakzahlen des Diabetikers waren denen des Normalen gleichfalls um das Mehrfache überlegen. Die Natr.-bicarb.-Entziehung bewirkte bei der Normalperson eine mit der Kalk- und Ammoniakausscheidung des Diabetikers parallel gehende Steigerung an den Versuchstagen, die jedoch die absoluten Werthe der Ausscheidung des Diabetikers nicht erreichte. Die durch die reine Fleisch-Fettdiät auch an der normalen Person erzeugte Acidose (die Person hatte neben den bedeutenden Ammoniakmengen auch Aceton, Acetessigsäure und β-Oxybuttersäure im Harne) konnte durch die Natr.-bicarb.-Gaben unterdrückt werden. Gesammt-Stickstoff- und Kalkausscheidung verliefen nicht parallel. Beim Diabetiker hatte die Entziehung des Natr. bicarb. deutliche Steigerung der Gesammtstickstoffmenge zur Folge; da bisher N-Gleichgewicht bestand, wurde also durch die Alkaligabe der vermehrte Eiweisszerfall hintangehalten. Mit der Steigerung des Eiweisszerfalls ging gleichzeitig eine Steigerung der Zuckerausscheidung vor sich.

Während der ersten und dritten Periode war bei der Normalperson mehr, während der Natr.-bicarb.-Periode weniger Kalk ausgeschieden worden, als der Norm entspricht, in Uebereinstimmung damit war das Verhältniss $N:P_2O_5$ im 1. Falle zu eng ($N:P_2O_5 = 7:1$), im andern zu weit (9.4:1), der Normalwerth bei Fleischnahrung liegt mit 8.1 in der Mitte zwischen beiden.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/124

Beim Diabetiker waren diese Verhältnisse entsprechend den quantitativen Verschiebungen weniger prägnant. Der hauptsächliche Ort der Kalkausscheidung ist normaler Weise die Darmschleimhaut. Nur etwa 10—30% des eingeführten Kalkes gehen mit dem Harne ab. Kalkanalysen des Kothes ergaben nun für den Diabetiker umgekehrt im Harne die maximale Ausfuhr von 67% des eingeführten Kalkes an den Tagen, wo kein Natr. bicarb. gegeben wurde, an den Tagen der 1. und 3. Periode erschienen immerhin noch 41%. G. u. Sch. vermuthen, dass die Gegenwart organischer Säuren im Blute, die mit Kalk leicht lösliche Verbindung eingehen, und gleichzeitiger Alkalimangel die Kalkausscheidung in den Dickdarm beeinträchtigen und so zur Steigerung der Kalkausfuhr im Harne führen.

Aus der Bestimmung des eingeführten Kalkes lässt sich ein tägliches Kalkdeficit von mindestens 0.4 g berechnen, zu dessen Deckung die Knochensubstanz eingerissen worden sein muss.

Während in der Norm die Kalkmenge des Harns etwa die Hälfte der gleichzeitig ausgeschiedenen Magnesiamenge darstellt, scheidet der Diabetiker 2—3mal so viel Kalk als Magnesia aus. Da an den alkalifreien Tagen beim Diabetiker procentisch und absolut weniger Magnesia als Kalk ausgeschieden wird, nehmen G. u. Sch. eine Retention der durch den Knochenzerfall frei gewordenen Magnesia im Organismus an.

Die Beobachtung, dass durch reine Fleisch-Fettdiät auch bei gesundem Körper Aceton, Acetessigsäure und β-Oxybuttersäure im Harne auftreten, konnten G. u. Sch. auch durch Selbstversuche qualitativ bestätigen.

W. Straub (Leipzig).

IV. Pharmakologie und Toxikologie.

280. **Die Wirkung des Weingeistes auf die Athmung des Menschen**; von Dr. H. Wendelstadt. (Arch. f. Physiol. LXXVI. 5 u. 6. p. 223. 1899.)

W. lässt die Versuchspersonen vor und nach Genuss verschiedener Mengen von Alkohol und verschiedener alkoholischer Getränke durch eine genaue Gasuhr 10 Minuten lang ausathmen. Alle 30 Sekunden eine Ablesung, daraus wird die Mittelzahl bestimmt (Methode angegeben von Geppert: Arch. f. experim. Pathol. XXII. 1886). Resultate: Mässige Gaben Weingeist steigerten die Athmung in den meisten Fällen bei dem nicht ermüdeten Menschen, wenn auch oft nur in geringem Grade; sie steigerten die Athmung in allen Fällen und oft bedeutend bei dem ermüdeten Menschen. Die Wirkung war am deutlichsten, wenn der Alkohol in Form eines bouquetreichen Weines aufgenommen wurde. Da Fieber und Schwächezustände der Ermüdung sehr ähnlich sind, rechtfertigt das Experiment die therapeutische Verwendung des Weines. W. Straub (Leipzig).

281. **Mittheilungen zur Athmungslehre.** *I. Versuche zur Kenntniss der Wirkung des Diacetylmorphin (Heroin);* von M. Lewandowsky. (Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 560. 1899.)

L. unternahm eine experimentelle Nachprüfung der Dreser'schen Versuche (Arch. f. Physiol. LXXII. p. 485. 1898). Seine Ergebnisse modificiren die Dreser'schen Folgerungen in einigen Punkten. L. konnte Dr.'s Angaben über Vertiefung der Inspiration nach Heroin nicht bestätigen, fand vielmehr eine Verlängerung der exspiratorischen Pause; die Athemgrösse, also die in der Zeiteinheit aufgenommene Luftmenge, sinkt nach Heroin, was auch Dr. angiebt. Die Erregbarkeit des Athemcentrum gegenüber dem Kohlensäurereiz soll bedeutend gesunken sein, deshalb hält L. das Heroin für ein specifisches Narkoticum für den Athemapparat. W. Straub (Leipzig).

282. **Ileus und Atropin**; von Dr. Batsch. (Grossenhain 1899. 8. 23 S.)

B. verwirft die Opium-Behandlung des Ileus, die die Gefahr der Verwachsung von Darmschlingen mit sich bringe, empfiehlt dagegen besonders beim sog. dynamischen Ileus Atropininjektionen in mehrfacher Maximaldosis, die durch Reizung der motorischen Fasern im Splanchnicus zum Wiederauftreten der Peristaltik und damit zur Kothentleerung führen sollen. Mittheilung von casuistischen Belegen. W. Straub (Leipzig).

283. **Zur Behandlung des asthmatischen Anfalles**; von Prof. Franz Riegel. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 41. 1899.)

Von der Annahme ausgehend, dass das Bronchialasthma eine „Neurose" ist, „die auf der Bahn des Vagus verläuft", hat R. im Anfalle $^1/_2$—1 mg Atropin unter die Haut gespritzt und davon gute Erfolge gesehen. Es bildet diese Art der Darreichung gewissermaassen eine Ergänzung zu der alten Empfehlung des Atropins als Antiasthmaticum von Trousseau (vgl. C. v. Noorden, Jahrbb. CCLXI. p. 14). Dippe.

284. **Experimentelles und Klinisches über Scopolamin (Hyoscin)**; von Franz Windscheid. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. 3. p. 277. 1899.)

W. hat das Scopolaminum hydrobromatum (Merck) mit befriedigendem, wenn auch nicht gleichmässigem Erfolge bei Paralysis agitans und bei Hyperhidrosis, vor Allem bei Nachtschweissen der Phthisiker, angewendet. In ersterem Falle wurde das Mittel subcutan in der Dosis von 1—3 Decimilligramm 3—5mal wöchentlich, in letz-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/125

terem Falle zu 2, unter Umständen auch 4 Decimilligramm in Pillenform verordnet.

Aufrecht (Magdeburg).

285. **Ein Beitrag zur Behandlung der Malaria mit Methylenblau**; von Ollwig. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXI. 2. p. 317. 1899.)

O. berichtet über 8 Malariakranke, die im Berliner Institut für Infektionskrankheiten mit Methylenblau behandelt wurden. Anfangs wurde Merck'sches Methylenblau, später Neu-Methylenblau gegeben, theils in Kapseln, theils in Pillen, in Tagesdosen von 1 g. Im Allgemeinen wurde das Mittel gut vertragen, die anfangs auftretenden Harnbeschwerden wurden durch reichliches Einnehmen von geriebener Muscatnuss beseitigt. Am besten bewährte sich die Darreichung in der fieberfreien Zeit, wobei oft die ganze Tagesdosis innerhalb einiger Stunden gegeben wurde. Die Temperatur ging bald nach dem Beginne der Methylenblaukur herunter, während die Parasiten langsamer aus dem Blute schwanden. In der Verhütung von Recidiven ist das Methylenblau dem Chinin nicht gleichwerthig; bei 2 Kranken stellten sich schon während der Kur Rückfälle ein. Es ist aber nach dem Chinin das beste Antimalaricum und empfiehlt sich für Fälle, in denen wegen der Disposition zu Schwarzwasserfieber das Chinin verboten ist.

Woltemas (Diepholz).

286. **Ueber die Ausscheidung des Methylenblau durch die Nieren**; von Dr. Friedrich Müller in Freiburg i. B. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIII. 1 u. 2. p. 130. 1899.)

M.'s Arbeit enthält im ersten Theile chemische Untersuchungen über das Methylenblau und den Methylenblauharn. Von den klinisch bemerkenswerthen Thatsachen ist hervorzuheben, dass bei gesunden Nieren die Ausscheidung des per os gegenommenen Methylenblaues nach 20 Minuten beginnt, nach $1^3/_4$ Stunden am grössten ist und dann abnimmt. Die Dauer der Ausscheidung beträgt annähernd 100 Stunden. Bei chronischer parenchymatöser Nephritis ist die Ausscheidung beschleunigt, bei chronischer interstitieller Nephritis verlangsamt. Eine einfache Erklärung dieser Erscheinung giebt es zur Zeit noch nicht, doch glaubt M., dass die genaueste Untersuchung möglichst vieler einschlägiger Fälle die Diagnostik der Nierenkrankheiten wesentlich fördern könne.

H. Beschorner (Dresden).

287. **Beitrag zur Kenntniss der Stypticinwirkung**; von Dr. Edmund Falk in Berlin. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 4. p. 484. 1899.)

Das Stypticin regt den Uterus nicht zu Zusammenziehungen an, es bewirkt auch nicht wie das Hydrastinin eine Verengerung der Gefässe, es wirkt nur als Narkoticum und ist in demselben Sinne blutstillend wie Opium, Hyoscyamus, Belladonna unter gewissen Umständen auch. Dementsprechend hilft es nur bei schmerzhaften Blutungen, denen keine groben anatomischen Veränderungen zu Grunde liegen und dementsprechend wirkt es rein symptomatisch so lange es angewandt wird, eine Heilwirkung auf irgend welche Erkrankungen des Uterus und seiner Anhänge hat es nicht.

Dippe.

288. **Arsen und Thyreoideapräparate**; von C. A. Ewald in Berlin. (Ther. d. Gegenw. N. F. I. 9. 1899.)

Dass die Thyreoideapräparate bei Myxödem, bei der Cachexia strumipriva und bei der „idiopathischen" Struma helfen, ist nicht mehr zu bestreiten. Zweifelhaft liegen die Verhältnisse bei der Fettleibigkeit und bei der Psoriasis. E., der hier neben Misserfolgen doch auch ganz auffallend günstige Wirkungen gesehen hat, meint, es könnte sich in diesen letzteren Fällen vielleicht um ein besonderes Daniederliegen der Schilddrüsenthätigkeit gehandelt haben. Man wird im einzelnen Falle suchen müssen festzustellen, ob eine „Hypothyreoidie" vorliegt, ist das der Fall, dann haben die Schilddrüsenpräparate gute Aussichten.

Die Gefährlichkeit der Schilddrüsenpräparate scheint E. bei einiger Vorsicht nicht allzu gross. Durch die Mittheilung von Mabille in Reims angeregt, hat er einige Male neben dem Jodothyrin Arsenik gegeben und hat entschieden auch den Eindruck gewonnen, dass man damit den bekannten unangenehmen Erscheinungen vorbeugen kann.

Dippe.

289. **Pharmakotherapeutische Bestrebungen bei Herzkrankheiten**; von E. Stadelmann. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LXV. 1 u. 2. p. 129. 1899.)

St. hat mehrere Stoffe als Heilmittel bei Herzkranken geprüft, von denen man weiss, dass sie das Herz beeinflussen und die zum Theil auch bereits als Herzheilmittel empfohlen worden sind: *Erythrophleïn, Atropin, Nicotin, Pilocarpin, Hyoscin, Physostigmin.* Leider sind seine Ergebnisse sehr ungünstige. Alle diese Mittel sind unzuverlässig und gefährlich, irgend eine stärkere Einwirkung auf das menschliche Herz haben sie erst bei Dosen, die die unangenehmsten und bedenklichsten Nebenerscheinungen hervorrufen. St. warnt selbst vor weiteren Versuchen mit diesen als Herzmittel unbrauchbaren Stoffen.

Dippe.

290. **Zur Bromoformbehandlung des Keuchhustens**; von Dr. E. Feer in Basel. (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte XXIX. 19. 1899.)

F. ist sehr vom Bromoform eingenommen und meint, dass die Misserfolge wohl meist in zu ängstlicher Darreichung ihre Ursache gehabt haben möchten. Er räth, 3—4mal täglich a + 2—4 Tropfen reines Bromoform zu geben, wobei a das Lebensjahr bedeutet. Bei Kindern von 6—12 Monaten

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/126

beginnt er mit 3mal täglich 2—3 Tropfen, bei noch jüngeren Kindern mit 3mal täglich 1—2 Tropfen. „Ueber 50 Tropfen am Tage liess ich auch grosse Kinder nie nehmen, Erwachsene dagegen bis zu 70—80 Tropfen.“ Das Bromoform muss in dunkelem Tropfglase verschrieben und bei dem Austropfen der Stöpsel nur um Haarbreite geöffnet werden. Die Flasche ist nach dem jedesmaligen Gebrauche gut zu verwahren.

Unangenehme Wirkungen hat F. nie gesehen — sobald die Kinder schläfrig werden, geht man mit der Dosis zurück —, wohl aber auffallende Erfolge, namentlich besserte sich oft das Allgemeinbefinden ganz ausserordentlich schnell.

Dippe.

291. **Ist Chloroform ein Bandwurmmittel?** von Otto Leichtenstern in Köln. (Ther. d. Gegenw. N. F. I. 9. 1899.)

L. beantwortet diese verschiedentlich bejahte Frage entschieden mit *nein!* Gegen Taenia vaginata hilft das Chloroform nichts, gegen Taenia solium hilft es wohl, muss aber in grossen Mengen mindestens zu 4 g gegeben werden und erzeugt dann gelegentlich sehr bedenkliche Erscheinungen: Schwindel, Kopfweh, Schlafsucht, Schwächezustände u. s. w. Dippe.

292. **Die Glycerinbehandlung der Nephrolithiasis**; von Dr. August Herrmann. (Verhandl. d. XVII. Congr. f. innere Med. Wiesbaden 1899. J. F. Bergmann. p. 519.)

H. hat das Glycerin bereits früher bei Nephrolithiasis empfohlen und wiederholt diese Empfehlung auf Grund andauernd guter Erfolge. Er beginnt mit Gaben von 40—60 g und steigt, wenn nöthig, bis etwa 130 g. Man löst das Glycerin in der gleichen Menge Wasser und setzt etwas Tinct. cort. aurant. zu; die ganze Portion muss auf einmal genommen werden. Zu befürchten sind Durchfälle, Kopfschmerzen, Mattigkeit.

Die Wirkung des Glycerin ist eine physikalische, es wird zu einem guten Theil durch die Nieren unverändert ausgeschieden, glättet die Schleimhaut der Harnwege, ölt sie gewissermaassen ein und befördert und erleichtert damit den Abgang nicht zu grosser Conkremente. Dippe.

293. **Die Behandlung des Schweissfusses**; von Dr. Richard Adler in Prag. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 40. 1899. Therap. Beilage.)

Falls keinerlei Macerationerscheinungen, weder Röthe, noch Wundsein, bestehen, empfiehlt A. am meisten die Einpinselung der Sohle mit einer 40proc. Formalinlösung. (Man hüte sich und den Kranken vor den reizenden Formalindämpfen.) Ist die Haut zwischen den Zehen zu empfindlich, so bestreue man sie täglich mit Tannoform, das sich auch am besten zur Behandlung etwaiger Macerationerscheinungen eignet. Dippe.

294. **Zur Anwendung des Naftalan**; von Dr. Friedeberg in Magdeburg. (Centr.-Bl. f. innere Med. XX. 31. 1899.)

Fr. stimmt der Empfehlung des Naftalan „bei den in das Gebiet des Ekzems fallenden Hautkrankheiten“ unbedingt zu; bei Akne nützt es nichts, bei Psoriasis und Ulcus cruris nicht allzu viel. Bei Gelenkrheumatismus ist es nach Fr. nicht viel werth, eher schon bei Pleuritis; auffallend günstig wirkte es in 3 Fällen von Epididymitis. Dippe.

295. **Ueber die Wirkung des Protargols bei Erkrankungen und Verletzungen der Haut**; von Dr. Floret in Elberfeld. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 40. 1899. Therap. Beilage.)

Fl. hat das Protargol in 5—10proc. Salbe bei zahlreichen verschiedenen Verletzungen der Haut mit bestem Erfolge angewandt. Stets, namentlich auch nach Verbrennungen verschiedenen Grades, überhäutete sich die Wunde ohne alle unangenehmen Erscheinungen auffallend schnell und bildete sich eine gute feste Narbe. Ebenso Gutes sah Fl. bei Beingeschwüren, bei manchen chronischen Ekzemen und in einem Falle von Scrophuloderma. Bei Lupus nützte das Mittel nichts. Dippe.

296. **Studie zur inneren Anwendung des Protargols;** von Dr. J. Ruhemann in Berlin. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 40. 1899. Therap. Beilage.)

Die bekannte Thatsache, dass das Protargol in wässeriger Lösung weder durch Eiweiss, noch durch Chlornatrium, weder durch verdünnte Salzsäure, noch durch Natronlauge gefällt wird, seine reizlose Wirkung lassen es als zur inneren Anwendung ganz besonders geeignet erscheinen. Man wird es in der Hauptsache überall da geben, wo man bisher den Höllenstein anwandte. R. hat es bei geschwürigen Processen in Magen und Darm (einschliesslich des Krebses), sowie bei Durchfällen unbekannter Natur erprobt und durchaus bewährt gefunden. Man giebt es zu 0.1 in Pillen, 3mal täglich vor dem Essen 2 Pillen. R. hat das Protargol auch gegen einige innere Erkrankungen gonorrhoischen Ursprunges und in einem Falle von Tabes gegeben. In dem letzteren Falle, in dem das Protargol entschieden zu helfen schien, trat nach dem Einnehmen von mehr als 100 g eine deutliche Argyrosis auf, ein Zeichen dafür, dass es im Körper wenigstens theilweise zu einer Spaltung des Silbereiweiss kommt. Dippe.

297. **Protargol, ein neues Silberpräparat**; von Dr. Emmert in Bern. (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte XXIX. 19. 1899.)

Nach langer Anwendung des Protargol, namentlich bei den verschiedensten *Augenleiden,* ist E. ein grosser Verehrer dieses Mittels geworden. Er wendet es vielfach etwas anders und in stärkeren Concentrationen an, als es bisher üblich war.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/127

Bei akuter katarrhalischer Conjunctivitis bewährte sich am besten das feste Aufbinden von mit 5—20proc. Protargol-Vaseline dick bestrichenen, mehrfach zusammengelegten Leinwand- oder Baumwollenläppchen. Bei subakuten und chronischen Katarrhen kann man ähnlich vorgehen. In 5 Fällen von Blennorrhoea neonatorum wirkte das Protargol, in 3proc. Lösung eingeträufelt und als 5proc. Salbe aufgestrichen, ganz vortrefflich. Es hat hier dadurch, dass es sehr frühzeitig angewendet werden kann und kräftig in die Tiefe wirkt, entschiedene Vorzüge vor dem Höllenstein; auch als Prophylacticum könnte es in 5—10proc. Lösung diesen gut ersetzen. Bei Phlyktänen, bei Frühjahrskatarrhen, bei dem Heukatarrh, bei ekzematöser Keratitis, bei mykotischen Hornhauterkrankungen, bei Blepharitis, bei Dakryocystoblennorrhöe — stets leisteten 5—20proc. Salben vortreffliche Dienste. Auch bei Erysipel, bei Verbrennungen, bei luetischen Erkrankungen und bei Coryza hat E. gute Erfolge gehabt. Dippe.

298. **Ueber die Anwendung des Protargols in der Augenheilkunde;** von Dr. E. Praun in Darmstadt. (Centr.-Bl. f. Augenhkde. XXIII. p. 129. 170. Mai, Juni 1899.)

Pr. hat seit $1^1/_2$ Jahren das Protargol (meist 5—10proc.) in der Form von Umschlägen, Einträufelungen, Salben und zur Durchspülung der Thränenwege benutzt und empfiehlt dieses Mittel gerade da, wo bisher das Argentum nitricum regelmässig angewendet wurde, als diesem letzteren in vieler Hinsicht weit überlegen. Hat doch seine Anwendung schon vor Allem den grossen Nutzen voraus, dass es nicht wie das Argent. nitr. in vielen Fällen anstatt zu nützen nur schadet. Der Ref. freut sich sehr, dass wieder einmal ein Praktiker es ausspricht, dass die von v. Gräfe eingeführte und seitdem ex cathedra überall als unentbehrlich eingeschärfte Anwendung des Argent. nitr. für die allgemeine Praxis, also ausserhalb der Klinik, gar nicht leicht ausführbar ist und darum sehr oft verderblich sein muss. Pr. führt die einzelnen behandelten Krankheiten des Auges und die Anwendung des Protargols in verschiedenen Receptformen näher an. Lamhofer (Leipzig).

299. **Ueber die Verwendung des Protargol an Stelle des Argentum nitricum bei der Credé'schen Einträufelung;** von Dr. F. Engelmann in Bonn. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXIII. 30. 1899.)

E. wandte bei seinen Versuchen 20proc. Lösung an und verfügt über 100 Fälle ohne Auswahl.

Bei 27% der Neugeborenen fand sich gar keine Sekretion, bei 52% war die Sekretion am 2. Tage erloschen und nur bei 24% dauerte die Sekretion länger als 1 Tag (bei nur 4% bis zum 4. Tage). Bei diesen Früchten war eine erhöhte Disposition vorhanden (Frühgeburten, protrahirte Zangengeburten). Nie wurde Sekundärkatarrh beobachtet.

Da das Protargol auch noch andere, mehr nebensächliche Annehmlichkeiten vor dem Argentum nitricum voraus hat, so ist seine Anwendung nur zu empfehlen. Glaeser (Danzig).

300. **Ueber Argyrose;** von Dr. M. Menzel in Wien. (Wien. klin. Wchnschr. XII. 20. p. 544. 1899.)

In der Klinik von v. Schrötter wurde ein Mann $9^1/_2$ Jahre lang wegen chronischer Pharyngitis und Laryngitis lokal mit 5—10proc. Lösung von Arg. nitricum gepinselt. Es bildete sich, ohne dass der Mann je innerlich Arg. nitr. genommen hatte, ausser starker lokaler auch eine allgemeine graue Verfärbung der Haut, besonders der von der Kleidung unbedeckten Stellen, Gesicht und Hände. Blieb der Kr. länger als 2 bis 3 Wochen aus der Behandlung, so traten bei ihm ähnlich wie bei Morphinisten nervöse Abstinenzerscheinungen auf; er behauptete sogar, dass ihn dann Fieber befalle!

Die stärkere Bräunung an Gesicht und Händen erklärt M. als Folge des Einflusses der Sonne und der Reduktion des in den Geweben abgelagerten Chlorsilbers und Serumalbuminates. Eine allmähliche Abblassung beim Aufhören neuer Einverleibung von Arg. nitr. ist möglich.

Lamhofer (Leipzig).

301. **Asterol als Antisepticum im Vergleich zum Sublimat;** von M. Vertun. (Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 20. 1899.)

Steinmann hat das *Asterol* (paraphenolsulfosaures Quecksilber-Ammonium-Tartrat) als ein nahezu ideales Antisepticum empfohlen, das vor dem Sublimat die wesentlichen Vorzüge hat, dass es Eiweisslösungen nicht fällt und die Instrumente nicht angreift.

V. hat das *Asterol* nachgeprüft und gefunden, dass man eine 7prom. Asterollösung anwenden muss, um eine der 1prom. Sublimatlösung entsprechende desinficirende Wirkung zu erzielen. Auch die angeblichen Vorzüge, Eiweiss aus seinen Lösungen nicht zu fällen und die Instrumente nicht anzugreifen, fand V. nicht bestätigt. Er schliesst: *Das Asterol besitzt keinen nennenswerthen Vorzug vor dem Sublimat.*

P. Wagner (Leipzig).

302. **Ueber die Xeroformbehandlung bei Hauterkrankungen der Kinder;** von Dr. Nikolaus Berend. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLVIII. 2 u. 3. p. 281. 1898.)

B. hat Xeroform an Stelle von Jodoform in über 200 Fällen bei Kindern angewendet und sich davon überzeugt, dass es ungiftig und sehr brauchbar ist. Nur wo es sich um Beförderung der Granulationenbildung handelt, vermag es das Jodoform nicht zu ersetzen. Es bewährte sich besonders bei nässenden Ekzemen, Intertrigo, Störung der Nabelheilung, Eczema impetiginosum, Rhinitis scrophulosa, Eczema narium, Otitis externa eczematosa und Otitis media purulenta chronica. Die Anwendung geschieht am besten nach sorgfältiger Reinigung der erkrankten Partien in Form von Streupulver (dünne Schicht!) oder 5proc. Salbe.

Brückner (Dresden).

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/128

303. **1) Versuche über das Eindringen gelöster Substanzen durch Diffusion in die vordere Augenkammer nach Injektion unter die Bindehaut**; von Dr. C. Addario in Catania. (Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 2. p. 362. 1899.)

2) Ueber den Nachweis von Quecksilberchlorid im Humor aqueus nach Injektion unter die Bindehaut; von Dr. Addario. (Ebenda p. 375.)

1) Die Untersuchungen von A., die in der Universität-Augenklinik in Heidelberg unternommen wurden, lieferten an Kaninchen folgendes Ergebniss: Unter die Bindehaut eingespritzte Kalisalze (Ferrocyankalium und Jodkalium) gehen durch Diffusion in das Kammerwasser über, nach Verlauf einer Zeit, die von 5—10 Minuten schwankt. Das Maximum des Procentgehaltes im Kammerwasser wird nach 1 Stunde erreicht. Der eingespritzte Stoff lässt sich im Kammerwasser noch 2—3 Stunden nach der Einspritzung nachweisen. Die in die vordere Kammer übergehende Menge des Salzes nimmt mit der Stärke des Gehaltes der eingespritzten Flüssigkeit ab. Ein Gehalt an dem injicirten Stoffe lässt sich noch bei Anwendung einer Ferrocyankaliumlösung von 1:300 und einer Jodkaliumlösung von 1:500 nachweisen; bei Lösungen von 1:1000 lässt sich durch chemische Einwirkung kein Gehalt des Kammerwassers an den eingespritzten Stoffen mehr erkennen. Die unter die Bindehaut des vorderen Abschnittes, 3—4 mm vom Limbus corneae gemachten Einspritzungen ergeben mit nur unerheblichen Schwankungen die gleiche Diffusion in die vordere Kammer wie die am Aequator gemachten.

2) Nach Sublimat-Einspritzungen war der Procentgehalt des Quecksilberchlorids im Kammerwasser, falls überhaupt Spuren davon noch nachzuweisen waren, sicher geringer als 1:100000. Da nun die unter die Bindehaut gespritzten Stoffe überhaupt nur kurze Zeit im Kammerwasser nachzuweisen sind, so ist der etwa anzunehmende antiseptische Werth gleich Null. A. meint, dass es nunmehr Sache der Klinik sei, den therapeutischen Werth der subconjunctivalen Sublimat-Injektionen festzustellen. Nach den Berichten in der letzten Zeit über diesen Gegenstand stimmt auch die klinische Erfahrung über den Werth dieser Einspritzungen bereits mit den Befunden von A. überein.

Lamhofer (Leipzig).

304. **Die Nitronaphthalin-Trübung der Hornhaut — eine Gewerbekrankheit**; von Dr. Victor Hanke. (Wien. klin. Wchnschr. XII. 27. 1899.)

Bei 2 Arbeitern, die in einer Nitronaphthalin-Fabrik beschäftigt waren, wurden in der Augenklinik von Prof. Fuchs ganz eigenartige, nicht entzündliche Veränderungen der Hornhaut gefunden. In beiden Hornhäuten war eine querovale, centrale, nicht scharf begrenzte Trübung, die bei Lupenvergrösserung sich als zusammengesetzt aus kleinsten, dicht gelagerten Bläschen in einem gleichmässig graugrünlichen Grunde zeigte. Recht frühzeitig merkten die Leute eine besonders bei Tage auffallende Abnahme ihres Sehvermögens.

Nur sehr langsam (ca. 2 Jahre) hellte sich die Trübung bei dem zuerst beobachteten Kranken auf und wurde die stark verminderte Sehschärfe wieder normal. Jedenfalls sind die bei der Fabrikation sich entwickelnden Dämpfe als die schädigende Ursache anzusehen. Lamhofer (Leipzig).

305. **Die Pathologie der experimentellen Chinin-Amblyopie**; von Dr. Ward A. Holden in New York. (Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 2. p. 139. 1899.)

H. berichtet über die Untersuchung der Augen, sowie des Gehirns und des Rückenmarks von 9 Hunden, die mit Chinin vergiftet und 2 Stunden bis 7 Wochen nach der ersten Injektion getödtet wurden oder an dem Gifte starben. Es wurde Chinin bimuriat. carbamid. in die tiefen Schichten des Hypogastrium injicirt. Die zur Vergiftung nöthige Dosis ist im Durchschnitt etwas mehr als 0.07 g Chinin auf je 1 kg Körpergewicht. Kurz nach der Injektion wurden die Pupillen weit, die Hornhaut unempfindlich, das Thier erbrach, taumelte und wurde nach einer halben Stunde ganz blind und taub. In diesem Zustande waren die Papillen deutlich blass und die Netzhautgefässe fast bis zur Obliteration contrahirt. Wird die Injektion nicht wiederholt, so kann sich das Thier wieder vollständig erholen.

Pathologische Untersuchung: Trotz der Verengerung der Arterien waren alle Gefässe der Retina und des N. opticus histologisch unverändert. Die Folge der Arterienveränderung waren eine stark eiweisshaltige seröse Ausschwitzung in die Nervenfaserschicht (Oedem der Netzhaut beim Menschen) und Degeneration der Ganglienzellen nebst ihren Achsencylinder-Fortsätzen, aus denen die centripetalen Nervenfasern herstammen (Folge der direkten toxischen Wirkung des chininisirten Blutes oder der Verminderung der Nahrungzufuhr durch die Gefäss-Contraktion). Degeneration der Fasermarkscheiden des Sehnerven ohne sichtliche Vermehrung der Neuroglia oder Bindegewebewucherungen wurde aufwärts bis zum Tractus opticus und zu den Endigungen der Fasern im äusseren Corpus geniculatum, sowie zum Pulvinar thalami optici hin verfolgt. Entartete Ganglienzellen waren weder in den äusseren Corp. geniculata, noch in den Corp. quadrig. vorhanden. Therapie: Starke Schädigung der Netzhaut durch Chinin-Injektion kann nur sofort durch Natr. nitric., nicht aber nach 1 oder 2 Tagen wieder aufgehoben werden.

Lamhofer (Leipzig).

306. **Versuche und Beobachtungen an Fledermäusen**; von A. Koeninck. (Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 389. 1899.)

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/129

An winterschlafenden Fledermäusen zeigen Vergiftungen mit verschiedenen, in ihren Symptomen typischen Giften (Strychnin, Pikrotoxin, Muscarin, Pilocarpin, Coffein, Apomorphin) in Uebereinstimmung mit den im Allgemeinen bei diesem Zustand reducirten Lebensprocessen eine lediglich quantitative Verschiedenheit gegen die Norm, so zwar, dass die typische Wirkung des Giftes erst später und erst bei grösserer Dosis auftritt. Sehr beträchtlich sind diese quantitativen Verschiebungen beim Tetanotoxin. Bei erwachten und erwärmten Thieren ist das Tetanotoxin wieder von normaler Wirksamkeit. Die Kohlensäureproduktion im festen Winterschlaf ist ausserordentlich gering (ca. 8 mg CO_2 pro Thier in 24 Stunden), steigt aber beim Erwachen sofort rapid. Damit stimmt überein, dass die schlafenden Thiere Sauerstoffentziehung (erzielt durch Aufenthalt in luftdicht geschlossenem kleinen Gefäss oder in reiner Wasserstoffatmosphäre) sehr lange ertragen. In verdünnter Luft ($^1/_{40}$—$^1/_{80}$ des normalen Druckes) vermögen sie sich etwa eine Stunde am Leben zu erhalten. Auch gegen sauerstoffentziehende Gifte, wie Kohlenoxyd und Blausäure, sind die schlafenden Thiere resistenter. Die Kohlensäureproduktion in sauerstofffreier Atmosphäre ist gegen die Norm nicht vermindert, was auch für den Warmblüter die Pflüger'sche Ansicht bestätigt, dass die thierischen Verbrennungen innerhalb weiter Grenzen unabhängig vom Tertiärdruck des neutralen Sauerstoffes sind.

W. Straub (Leipzig).

V. Neuropathologie und Psychiatrie.

307. **a) Ueber die Bedeutung der Zehenreflexe**; von Dr. M. Cohn. (Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 13. 1899.)

b) Beobachtungen über Zehenreflexe; von Dr. L. Schüler. (Ebenda.)

a) Babinski hat angegeben, dass bei Reizung der Fusssohle Gesunde mit Beugung der Zehen, Kranke, die an Beschädigung der Pyramidenbahnen leiden, mit Streckung der Zehen antworten. Dabei muss aber der Fuss festgehalten werden.

Cohn fand bei Nervengesunden Beugung in 60%, Streckung (der grossen Zehe) in 20%, keinen Reflex in 10%, unbestimmte Bewegungen in 10%. Bei 2 Kr. mit amyotrophischer Lateralsklerose, bei 2 mit spastischer Spinalparalyse trat deutliche Streckung der Zehen ein. Bei 1 Kr. mit spastischer Spinalparalyse wurden die kleine Zehe gebeugt, die grosse gestreckt, bei einem 4. fehlte der Reflex. Bei Gehirnkranken trat meist deutliche Streckung ein, zuweilen fehlte der Reflex. Bei Tabeskranken trat kein Reflex ein. Bei Kindern mit Meningitis erfolgte energische Beugung. Eine Hysterische streckte die Zehen des gelähmten Beines, beugte die des nichtgelähmten.

Im Allgemeinen bestätigt also C. die Angaben Babinski's, doch schlägt er den diagnostischen Werth des Zehenphänomens nicht hoch an.

b) Schüler fand an nervengesunden Männern in 80% Beugung, in 8% Streckung der grossen Zehe, in 2% das letztere mit Beugung der kleinen Zehen, in 10% keinen Reflex. Bei Weibern und Kindern waren die Ergebnisse ähnlich, nur fehlte der Reflex bei 40% der Kinder (Säuglinge).

Bei einer Hysterischen, bei 4 Tabeskranken trat kein Reflex ein. In 1 Falle cerebraler Kinderlähmung trat Beugung ein. In 8 Fällen von Erkrankung der Pyramidenbahnen war Babinski's Phänomen sehr deutlich vorhanden: kräftige Streckung aller Zehen. Möbius.

308. **Ueber einen Fall von Tumor cerebri**; von Prof. H. Oppenheim. (Deutsche med. Wchnschr. XXIV. 10. 1898.)

O. bespricht einen schon in der Berl. klin. Wchnschr. (XXIV. 49. 1897) geschilderten Fall von Tumor cerebri, der durch eine Otitis purulenta complicirt gewesen war und eine cerebrale Complikation derselben vorgetäuscht hatte. O. hatte intra vitam den Tumor im Bereiche des linken Schläfenlappens lokalisirt; die *Sektion* bestätigte die Diagnose. Von besonderem Interesse an diesem Falle war ein Herdsymptom, nämlich eine amnestische Aphasie und Paraphasie, und der Umstand, dass diese Sprachstörung in weit stärkerer Ausbildung hervortrat, wenn sich der Kr. aufrichtete, und dass dann auch eine deutliche Worttaubheit zum Vorschein kam. Der Sitz des Tumor erklärte die Sprachstörung an sich vollkommen; er sass im vorderen Bereiche des linken unteren Scheitelläppchens, im Gyrus supramarginalis. Der Gyrus angularis wurde nicht mit betroffen, daher fehlte auch Alexie; jedoch ging die Geschwulst über die Fossa Sylvii hinweg bis in den hinteren Bereich der ersten Schläfenwindung. Die Zunahme der Aphasie beim Aufrichten des Pat. erklärt O. nicht durch Hirnanämie, sondern dadurch, dass der linke Schläfenlappen, dem der Tumor seiner Hauptmasse nach auflag, beim Erheben des Kopfes schwerer belastet, mehr comprimirt wurde, als in der Rückenlage.

A. Boettiger (Hamburg).

309. **Ein Fall von Hirntumor mit Geruchstäuschungen**; von Dr. W. Siebert. (Mon.-Schr. f. Psychiatrie u. Neurol. VI. 2. p. 81. 1899.)

Bei einem Kr. mit Tumor-Symptomen trat die Hallucination peinlichen Geruches anfallweise auf. Später nahm der Geruch ab. Die Diagnose vermuthete eine Erkrankung des rechten Gyrus hippocampi und in der That wurde nach dem Tode ein Gliom gefunden, das Uncus, G. hippocampi und G. occipitotempor. lat. durchsetzt hatte.

Es spricht also diese Beobachtung dafür, dass die Basis des Schläfenlappens das sogen. Geruchscentrum enthält. Möbius.

310. **Beitrag zur pathologischen Anatomie des Thalamus opticus bei der progressiven Paralyse**; von Ernst Schultze. (Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. IV. 4. p. 300. 1898.)

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/130

Die Lissauer'schen Befunde von Herden im Thalamus opticus bei progressiver Paralyse, die er mit vorhandenen Herdsymptomen in Beziehung brachte und als Produkte sekundärer Degeneration anzusehen geneigt war, haben bisher wenig Nachuntersuchungen hervorgerufen. Sch. bringt, nachdem er den heutigen Stand der Frage kurz skizzirt und auf Grund sonstiger Thatsachen erörtert hat, ob überhaupt im Thalamus sekundäre Veränderungen nach Rindenherden wahrscheinlich sind, die Ergebnisse der Untersuchung der Thalami in 8 Fällen von progressiver Paralyse (aus der Strassburger psychiatrischen Klinik), in denen die Kr. alle zahlreiche paralytische Anfälle gehabt hatten.

Der Befund war mit den zur Zeit der Untersuchung (1894) gebräuchlichen Methoden ein *negativer* (Marchi-Methode und Glia-Färbung wurden nicht verwendet). Im Uebrigen ergab sich dabei Gelegenheit zur Bestätigung der Schütz'schen Befunde von Faserschwund im centralen Höhlengrau. A. Hoche (Strassburg).

311. **Ueber den Markfaserschwund in der Grosshirnrinde bei Tabes und Paralyse**; von Ladislaus Epstein. (Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. IV. 4. p. 265. 1898.)

Als Beitrag zur Lösung der Fragen, in welchem Maasse bei der Paralyse die einzelnen Windungen vom Faserschwunde ergriffen werden und wie sich in Bezug auf die Rindenbefunde das Verhältniss von Tabes und Paralyse gestalte, bringt E. das Untersuchungresultat von 3 Fällen (1 Tabes, 2 Paralysen, von denen eine eine Taboparalyse), ohne sich zu verhehlen, dass aus einer so kleinen Reihe keine Schlüsse gezogen werden können. In der Rinde aller 3 Gehirne fand sich ein beträchtlicher Schwund der markhaltigen Fasern, stärker bei der Paralyse, als bei der Tabes, und bei jener auch gleichmässiger vertheilt, indem im Tabeshirn die hinteren Partien stärker betroffen waren.

Der Faserschwund war nicht auf die tangentiale Schicht beschränkt, sondern hatte auch die übrigen Rindenschichten und das Windungsmark ergriffen, zwischen dem Quantum des Faserausfalles in den oberflächlichsten und den tieferen Schichten bestand ein Parallelismus.

A. Hoche (Strassburg).

312. **Zur Lehre, insbesondere zur pathologischen Anatomie der nicht-eitrigen Encephalitis**; von Dr. M. Friedmann. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XIV. 1 u. 2. p. 93. 1898.)

Zunächst theilt Fr. einen Fall mit, in dem es nach einem schweren Sonnenstich zu dauernden Symptomen kam, die an die spastische Paraplegie des Kindesalters erinnern. Man darf daraus wohl schliessen, dass stürmische Cirkulationstörungen im Gehirn auch einmal zu Entzündungherden führen können. Eine weitere Ursache zur akuten Encephalitis ist die Embolie, auch wenn sie gutartig ist; die häufigste Ursache jedoch ist die Influenza, und zwar nicht nur für die schweren, tödtlich verlaufenden Fälle, sondern auch für die gutartigen. Es fragt sich nur, ob diese letzteren sich auch pathologisch-anatomisch von den schweren Fällen unterscheiden lassen. Fr. war in der Lage, einen derartigen Befund zu erheben.

Es handelte sich um eine 52jähr. Kr., die im Anschluss an Influenza apathisch wurde, dann eine leichte motorische Aphasie bekam, dann eine allmählich sich verschlimmernde rechtseitige Parese. Nach etwa 10 Tagen traten dazu Schlaflosigkeit, Unruhe, Kopfschmerz und nach 6 Wochen erfolgte im Koma der Tod. Die Autopsie ergab starkes Hirnödem, in der Marksubstanz des linken Stirnhirns eine wallnussgrosse Cyste, die nach dem Seitenventrikel durchgebrochen war; hieran schloss sich die entzündlich gelockerte weisse Marksubstanz. Die Membran der Cyste stellte ein bindegewebiges, schwammig-netzförmiges Gitterwerk dar, mit epitheloiden, zum Theil vielkernigen Zellen, sowie länglichen Zellen in den Knotenpunkten; ausserdem fanden sich Häufchen von Mikrokokken und Stäbchen. Die frische Entzündung stellte sich dar als eine sehr stürmische Proliferation der fixen Neurogliazellen und des perivaskulären Gewebes, bestehend aus dicht gedrängten Zellenhaufen mit zahllosen Mitosen, kleinen Blutungen, miliaren Aneurysmen und abgekapselten älteren Hämorrhagien.

Eines glaubt Fr. mit Sicherheit aus dem Befunde schliessen zu können, dass nämlich eine grundsätzliche Differenz der grosszelligen Entzündung in Analogie der Hayem'schen Encephalitis von der sogen. hämorrhagischen Encephalitis nicht existirt. Auch dass die gefundene Cyste nicht etwa Rest eines älteren Processes, sondern frisch entstanden ist, erscheint ihm zweifellos und wird auch durch Thierexperimente erwiesen. Besonders der zellig-retikuläre Bau der Wand ist für derartige Cysten charakteristisch.

Der Beginn dieser „irritativen Encephalitis" würde sich kennzeichnen durch starke Hyperämie mit erheblichen kleinen Blutungen, oft verbunden mit Austritt von Rundzellen; im Anschlusse daran kommt es zu Erweichungherden, an deren Rande die Nervensubstanz in heftige Entzündung geräth, die entweder zur Abkapselung mit Resorption des Inhaltes führt oder durch Weiterschreiten tödtlich endet.

Therapeutisch käme vor Allem in Betracht, der Hirnhyperämie entgegenzuarbeiten, eventuell Blutentziehungen, Aderlass. E. Hüfler (Chemnitz).

313. **Ein Beitrag zur Kenntniss der Aetiologie der multiplen Sklerose des Hirns und Rückenmarks**; von Carl Lotsch. (Prag. med. Wchnschr. XXIV. 16—21. 1899.)

L. hat 45 Fälle von multipler Sklerose (aus dem Materiale der med. Klinik von Prof. v. Jaksch) auf ihre Aetiologie hin geprüft, für die er *Traumen, Infektionkrankheiten* und *congenitale Disposition* in Anspruch nimmt; für erstere beiden bringt er von je 8 Fällen die Krankengeschichten bei.

Die Lektüre derselben und L.'s Argumentationen dazu bringen dem Leser wieder einmal zum Bewusstsein, dass der Aetiologie einer Krankheit, deren zeitliche Anfänge ganz uncontrolirbar sind

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/131

und in der Regel mehrere Jahre vor den Beginn manifester Symptome zurückdatiert werden müssen, mit Hülfe des „post hoc, ergo propter hoc“ nicht beizukommen ist. A. Hoche (Strassburg).

314. **Ueber eine typische Verlaufsform der multiplen Sklerose**; von Dr. D. Frank. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XIV. 1 u. 2. p. 167. 1898.)

Nach Oppenheim sind Opticusaffektionen im Beginne der multiplen Sklerose so häufig, dass eine derartige Verlaufsform geradezu als typisch bezeichnet werden kann. Fr. hat 9 derartige Fälle gesammelt. Daraus ergiebt sich, dass die Sehstörungen oft Jahre lang den anderen Symptomen vorausgehen, zeitweise sich auch bis zu einem gewissen Grade wieder bessern, so dass sie deshalb oft übersehen werden. Etwa 11—15% aller Fälle von multipler Sklerose beginnen mit Sehstörungen. Auch für die Differentialdiagnose ist dies wichtig. Die Sehstörung ist die auch sonst im Verlaufe der multiplen Sklerose mehrfach beschriebene. E. Hüfler (Chemnitz).

315. **Ein weiterer Beitrag zur Kenntniss der sogen. Pseudosklerose**; von Prof. A. Strümpell. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XIV. 5 u. 6. p. 348. 1899.)

Str. nimmt Bezug auf einen Kranken, dessen er schon in seiner früheren Arbeit „über die Westphal'sche Pseudosklerose“ Erwähnung gethan hat. Besonders charakteristisch erscheint die Form des Zitterns, das im Gegensatze zu dem bei Paralysis agitans viel heftiger ist, und besonders auch die grossen proximalen Gelenke befällt, so dass weite Zitterexkursionen, der Hände z. B., zu Stande kommen. Die eigentlichen coordinirten Bewegungen erscheinen lange Zeit als ungestört. Eigenthümlich ist auch die Starre des Gesichts und der Augen. Die psychischen Störungen erinnerten in mancher Hinsicht an Paralyse. Der Tod erfolgte auch im „apoplektischen Anfall“.

E. Hüfler (Chemnitz).

316. **Ueber epileptische und hysterische Krämpfe bei gelähmten und nicht gelähmten idiotischen Kindern**; von W. Koenig. (Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. IV. 4. p. 285. 1898.)

K. bringt aus dem grossen Dalldorfer Materiale einen werthvollen Beitrag zur Kenntniss der Anfälle im Kindesalter bei Hirnlähmungen und bei nicht gelähmten, aber idiotischen Kindern.

Eine Nebeneinanderstellung seiner eigenen Beobachtungergebnisse und der Meinungen anderer Autoren über correspondirende Punkte illustrirt sehr gut die zur Zeit bestehenden Divergenzen der Meinungen.

Es ist nicht möglich, hier eine ausführliche Reproduktion der zahlreichen Einzelresultate zu geben; Folgendes sei hervorgehoben:

Es fehlen, bei grossem Beobachtungmateriale, bei den kindlichen Epilepsien kaum irgend welche Variationen des Anfalles, welche bei gewöhnlichen Epileptikern vorkommen. Zwischen hemiplegischen und anderen Formen besteht bezüglich der Anfälle kein principieller Unterschied. Bei nicht gelähmten Kindern ist das Vorkommen einseitiger Krämpfe eine grosse Seltenheit.

Die Unterschiede zwischen den epileptischen Anfällen der cerebralen Kinderlähmungen und denen gewöhnlicher Epileptiker liegen mehr in der geringeren Häufigkeit, bez. geringeren Intensität des Vorkommens gewisser Symptome, vor Allem in dem Zurücktreten der psychischen Erscheinungen und der Seltenheit des brutalen Anfalles, und des in Folge dessen weniger häufigen Vorkommens von Zungenbiss und Verletzungen.

Status epilepticus kommt vor, wenn auch seltener, ebenso psychische Aequivalente und Absencen; die Annäherung der Anfälle an den Typus der Jackson'schen Epilepsie ist seltener, als man annehmen sollte. Hysterische Anfälle wurden unter Koenig's Fällen sowohl bei gelähmten, wie nicht gelähmten Kranken in beschränkter Anzahl constatirt. A. Hoche (Strassburg).

317. **Zur Brown-Séquard'schen Lähmung**; von H. Oppenheim. (Centr.-Bl. f. d. med. Wissensch. XXXVII. 12. 1899.)

O. weist in der vorliegenden, ganz kurz gefassten Mittheilung auf die verschiedene Aetiologie hin, die die Fälle von Halbseitenläsion aufweisen, je nachdem der Chirurg oder der innere Kliniker sie beobachtet; für letzteren überwiegen die Rückenmarkserkrankungen, besonders die Lues spinalis als Ursache bei weitem die traumatische Entstehung; allerdings sind die nicht traumatischen Fälle den Symptomen nach die weniger typischen, mehr verwaschenen. O. hat dabei Erscheinungen beobachtet, die bisher kaum beachtet worden sind, und die er als „Spasmodynia cruciata“ bezeichnet. Es handelte sich um Reizerscheinungen, die in dem einen Falle der Entwickelung des Brown-Séquard'schen Symptomencomplexes vorausgingen, in dem anderen sich im Verlaufe desselben, bez. nach Ablauf des Leidens, das ihn hervorgebracht hatte, einstellten. Diese Reizerscheinungen traten gleichzeitig auf motorischem und sensiblem Gebiete hervor und bestanden in tonischen Muskelspannungen auf der Seite des Krankheitherdes und Schmerzen in der gekreuzten Körperseite. So stellten sich bei einem Processe, der seinen Sitz im oberen Halsmarke der linken Seite hatte und eine spastische Parese der linken Glieder, eine Anästhesie der rechten hervorgebracht hatte, anfallsweise tonische Krämpfe im linken Arme und Beine, gleichzeitig heftige Schmerzen in den Gliedmaassen der rechten Körperseite ein. Meist gehörte dazu noch ein Schmerz, der sich im Bereiche der linken oberen Cervikalnerven ausbreitete.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/132

Nebenbei führt O., mehr als Rarität, den (durch die Autopsie nicht controlirten) Fall eines jungen Mädchens an, in dem sich, wahrscheinlich auf Grund verschiedener Herde bei disseminirter Sklerose spastische Parese des rechten Beines, Anästhesie des linken Beines, Parese des linken Armes und partielle Anästhesie vorwiegend am rechten Arme entwickelt hatten.

O. stellt eine ausführliche Bearbeitung dieser Fälle in Aussicht. A. Hoche (Strassburg).

318. **Untersuchungen über die Anatomie und Pathologie des untersten Rückenmarksabschnittes**; von Dr. Ludwig Robert Müller. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XIV. 1 u. 2. p. 1. 1898.)

M. geht zunächst auf die normale Anatomie und Physiologie des Conus medullaris ein. Makroskopisch lässt sich der Beginn desselben nicht bestimmen; der Name ist zunächst nur ein Ausdruck für die Form des untersten Rückenmarksabschnittes, der die unteren 3 Sacralsegmente und das Coccygealsegment beherbergt; man darf also nicht Conus und Sacralmark unterscheiden. Mehr als doppelt so viel hintere Wurzeln treten an den Conus heran, als vordere aus ihm entspringen; ganz unten hören die letzteren ganz auf. Die Fasern der Cauda equina verdecken im Wirbelkanale den Conus vollkommen; sie legen bis zum Austritte aus der Dura einen beträchtlichen Weg zurück: so verlässt der zweite Sacralnerv das Rückenmark in der Höhe des ersten Lendenwirbels, um die Dura erst im Kreuzbeine zu verlassen, durch das zweite Foramen sacrale, ein Höhenunterschied von 14 cm. Erst ausserhalb der Dura bilden die sensiblen Wurzeln ihr Ganglion, und erst dann vereinigen sie sich mit der vorderen Wurzel. Also sind die Fasern der Cauda equina Wurzelfasern, nicht peripherische Nerven; auch liegen die sensiblen Fasern in einem hinteren, die motorischen in einem vorderen Felde.

Innervirt werden die Vorder- und die Aussenseite des Beckens, sowie der Oberschenkel vom Plexus lumbalis, nur Penis und Scrotum aus dem Plexus sacralis, mit Ausnahme der Hoden selbst, die durch den N. spermaticus externus vom Lumbalplexus innervirt werden. Ebenso werden ausser einer handgrossen Zone um den Damm und Anus herum, die vom Sacralplexus versorgt wird, die hinteren und äusseren Theile des Gesässes vom Lumbalplexus innervirt. Die Schleimhautpartien des Beckens werden vom Sacralplexus versorgt. Der ganze Oberschenkel, ausgenommen einen schmalen hinteren Streifen, der vom Sacralplexus versorgt wird, wird innervirt vom Lumbalplexus aus; und umgekehrt der ganze Unterschenkel vom Plexus sacralis, ausser einem schmalen medialen Streifen. Da jedoch in jedem Plexus sich Nerven aus verschiedenen Wurzelgebieten vereinigen, so genügt die Kenntniss des Gebietes der peripherischen Nerven nicht zur Höhenbestimmung einer Rückenmarkserkrankung. M. giebt deshalb einen Ueberblick über die segmentäre Lokalisation der einzelnen Funktionen. Hervorzuheben ist hier, dass er das Centrum für die Erektion in das zweite, das für die Ejakulation in das dritte, das Blasencentrum in das vierte Sacralsegment verlegt.

Das mikroskopische Bild des Conus ändert sich vollkommen vom zweiten Sacralsegmente an: die graue Substanz ist übermässig entwickelt; die Substantia gelatinosa sehr vermehrt. Hervorzuheben ist nun eine neu auftretende Gruppe von Ganglienzellen an der Uebergangstelle vom Vorderhorn zum Hinterhorn, und an letzterem entlang; nach unten zu werden diese Zellen immer grösser, bis sie ganz unten allein noch übrig bleiben. In derselben Höhe, in der diese Zellen zuerst auftreten, verschwindet die hintere, graue Commissur; vom medialen Theile der Hinterstränge strahlen Faserbüschel ventralwärts, und verästeln sich in der Gegend der neuen Zellengruppe; weiter nach unten strahlen die gesammten Hinterstränge nach vorn zu aus. Die vorderen Wurzeln werden im Conus sehr spärlich; dagegen sind die hinteren Wurzeln stark entwickelt. Manchmal kann man direkt beobachten, wie Fasern der Hinterseitenstränge direkt in solche der hinteren Wurzeln übergehen. Vereinzelt fanden sich auch innerhalb der Dura kleine Spinalganglien, und in einzelnen Wurzelquerschnitten einzelne Spinalganglienzellen. Die Auflösung des Rückenmarks erfolgt von hinten her.

Hieran schliesst M. die genaue Mittheilung von 7 Krankengeschichten und die Besprechung des pathologisch-anatomischen Befundes, aus dem hier nur Einiges herausgehoben werden mag. So ergab es sich, dass die aufsteigende Degeneration der sensiblen Bahnen in den Hintersträngen in gleicher Weise stattfand, wenn die Schädigung die Cauda equina betroffen, oder wenn sie peripherisch von den Spinalganglien eingewirkt hatte. Stets liess sich mit der Marchi'schen Methode eine aufsteigende Degeneration in den vorderen, motorischen Wurzeln nachweisen, bis zu den grossen Vorderhornganglienzellen.

Des weiteren wurden 17 Fälle von Compressionmyelitis zur Untersuchung mit verwandt. Es fand sich nur dann im Conus Degeneration, und zwar speciell in den Hintersträngen, wenn die Querschnittsunterbrechung fast vollständig war. Bei Tabes verhielt sich die Hinterstrangdegeneration genau wie bei Caudaerkrankungen.

Ferner giebt M. noch eine ausführliche Darstellung der Differentialdiagnose, der zum Schlusse eine Uebersichttabelle der einzelnen differentialdiagnostisch wichtigen Symptome angefügt ist, sowie endlich ein Literaturverzeichniss.

E. Hüfler (Chemnitz).

319. **Rückenmarksuntersuchungen in Fällen von perniciöser Anämie, von Sepsis und von Senium, nebst Bemerkungen über Marchi-**

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/133

Veränderungen bei akut verlaufenden Rückenmarksprocessen; von Dr. M. Nonne. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XIV. 3 u. 4. p. 192. 1899.)

Da die Auffassung der Rückenmarksveränderungen bei Anämie noch manches Unklare aufweist, da die Einen sie ihren Ausgang von den Gefässen nehmen lassen, die Anderen darin eine systematische Erkrankung sehen, versucht N. nochmals am reichen Materiale des Eppendorfer Krankenhauses, unter Herbeiziehung auch anderer Krankheiten, der Frage näher zu treten.

Zunächst handelt es sich um 12 Fälle von Anämie, einmal perniciöser Anämie und dann progressiver Anämie, zum Theil herbeigeführt direkt durch Verblutung. Die erste Kategorie ergab verschiedene Resultate, theils ganz negativen Befund, theils Veränderungen ganz im Beginne, theils charakteristische Degenerationen. Bei Blutverlust allein fanden sich überhaupt keine spinalen Veränderungen. In einem Falle sekundärer Anämie in Folge von chronischer Nephritis fanden sich die für die perniciöse Anämie charakteristischen Rückenmarksveränderungen. Klinische Symptome waren sehr spärlich vorhanden, etwa Parästhesien, Fehlen der Patellarreflexe. Man darf klinische Symptome nur mit grosser Vorsicht mit den Befunden nach Marchi in Beziehung bringen, da die durch diese Methode nachgewiesenen Veränderungen nur auf eine trophische, nicht aber auch auf eine funktionelle Alteration hinweisen. So fanden sich in 3 Fällen von Miliartuberkulose ausgedehnte Marchi-Degenerationen in der weissen Substanz, obwohl nervöse Ausfallserscheinungen nicht vorhanden gewesen waren.

Bei perniciöser Anämie scheint also die Ernährung des Rückenmarkes in allen seinen Theilen, besonders aber in der weissen Substanz, zu leiden. Die graue Substanz war entschieden weniger betheiligt. Jedenfalls scheint es nicht, als ob die primäre Erkrankung in der grauen Substanz liegt, wie Rothmann annimmt. Die zeitweise sich findenden Blutungen sind als Begleiterscheinungen aufzufassen. Was die Betheiligung der Gefässe anlangt, so fanden sich in den negativen, und in den Frühfällen keine Veränderungen, dagegen stets in den fortgeschrittenen, und zwar war stets ein lokales Verhältniss der Herde zu den erkrankten Gefässen nachweisbar. Wenn man, wie allgemein, ein Toxin als Ursache annimmt, so ist doch dessen Transport durch die Gefässe das Wahrscheinlichste. Wenn diese Annahme richtig ist, so müssten in Fällen von ulceröser Endokarditis und sonstiger Sepsis eventuell analoge Veränderungen sich finden; dafür standen 9 Fälle zur Untersuchung. In der That fanden sich hier, von den Gefässen ausgehend „myelitische Herde“, die in Art und Lokalisation denen bei lethaler Anämie glichen; ebenso waren die Marchi-Veränderungen genau entsprechend lokalisirt.

Weiterhin standen 10 Fälle von Senium zur Verfügung, Leute im Alter von 78—86 J., alle mit der Diagnose Marasmus senilis, Arteriosklerose. Symptome von Seiten des Nervensystems hatten nicht bestanden. Es fand sich hier in allen Fällen eine erhebliche Gliawucherung mit Verdickung und Verengerung der Blutgefässe; in den weniger fortgeschrittenen Fällen war eine Gruppirung der Herde um die Gefässe herum unverkennbar. Da in einem Falle von ganz ausserordentlich starker Arteriosklerose die Veränderung im Rückenmarke nicht besonders ausgeprägt war, scheinen die arteriosklerotischen Veränderungen an sich hierbei nicht in Betracht zu kommen. Was hier in chronischer Weise auftritt, kommt bei den Anämien akut zu Stande, und zwar handelt es sich um eine subakute Erweichung, die sich herleitet von einer die Cirkulation in den Gefässen störenden Schädlichkeit. E. Hüfler (Chemnitz).

320. **Zur Lehre von der amyotrophischen Lateralsklerose**; von J. Pal. (Jahrb. d. Wien. Krankenanst. VI. B. p. 1. 1899.)

45jähr. Mann; mit 28 Jahren luetische Infektion; Beginn mit Schwäche in den Beinen, später auch in den Armen; langsames Fortschreiten. Später Atrophie an Schultermuskeln, Oberarm und Interosseis; keine sensiblen Erscheinungen; an den Beinen grosse Schwäche und Atrophie, sowie Oedeme, Spitzfussstellung, keine Contrakturen; Gang: paretisch-stampfend.

Die *Sehnenreflexe fehlten;* Plantarreflex vorhanden; Sensibilität intakt.

Während der Beobachtung nahm die Atrophie an den Beinen zu: es entwickelte sich fast vollständige Paraplegie ohne Contrakturen. Patellarreflexe gegen Schluss doch noch spurenweise auslösbar. Die Arme blieben relativ besser; Beweglichkeit der Finger erhalten bis zum Ende. Dauernd fibrilläre Zuckungen, starkes Sinken der elektrischen Erregbarkeit. Tod: $2^3/_4$ Jahre nach Beginn unter den Erscheinungen der Zwerchfellslähmung.

Mikroskopisch: Peripherische Nerven, soweit untersucht, normal, ausser Cruralis und Medianus; vordere Wurzeln stark degenerirt.

Im Rückenmarke: Sklerose der Pyramidenseitenstrang- und Vorderstrangbahn, ausgebreiteter Zellenschwund in den Vorderhörnern, namentlich im Hals- und Lendentheile; an Weigert-Präparaten (Hämatoxylin) Hinterstränge im Ganzen dunkler, als die anderen Stränge. An Marchi-Präparaten in allen Strängen Schollen, am wenigsten noch in den Hintersträngen.

In *klinischer* Beziehung glaubt P. nicht an einen ursächlichen Zusammenhang der spinalen Erkrankung und der luetischen Infektion.

Das Oedem der Beine hält er für ein durch spinale vasomotorische Einflüsse bedingtes, möglicherweise in Abhängigkeit von der besonders ausgedehnten Degeneration der grauen Substanz; dieselbe anatomische Besonderheit erklärt die schlaffe Lähmung und das Fehlen der Sehnenreflexe; der Fall wird dadurch zu einem weiteren Beweise für die nur bedingte Giltigkeit des üblichen Schema der amyotrophischen Lateralsklerose. Von besonderem Interesse sind die Degenerationserscheinungen in den Rückenmarkssträngen ausserhalb der eigentlichen motorischen Bahnen.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/134

[Analoge Befunde hat Ref. beschrieben: Neurol. Centr.-Bl. XVI. 6. p. 242. 1897.]

A. Hoche (Strassburg).

321. **Periphere Neuritis mit gesteigerten Sehnenreflexen**; von Dr. S. Werner. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 35. 1899.)

Bei einer wahrscheinlich alkoholischen multiplen Neuritis fand der Vf. beträchtliche Steigerung der Sehnenreflexe, ja deutliches Fussphänomen. Als die Kranke durch Hirnblutung gestorben war, konnte die Entartung der Nerven anatomisch nachgewiesen werden, während die Untersuchung des Rückenmarkes negativ war. Möbius.

322. **Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie der multiplen Neuritis**; von Adolf v. Strümpell. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 146. 1899.)

v. Str. schildert auf Grund der anatomischen Untersuchung in mehreren Fällen von Polyneuritis die Veränderungen der Nerven, bei denen theils die Markscheide zerfallen, theils Markscheide und Achsencylinder in eine mehr gleichmässige Masse verschmolzen waren. In auffallendem Gegensatze hierzu fanden sich an den nach Nissl's Methode untersuchten Ganglienzellen des Rückenmarkes keine erheblichen Veränderungen. Die Muskelfasern hatten mit wenigen Ausnahmen ihre Querstreifung vollkommen beibehalten. Demnach kann auch die galvanische Entartungreaktion, die in diesen Fällen im Leben nachweisbar war, nicht auf eine Entartung der Muskelfasern zurückgeführt werden. Es ist wahrscheinlich, dass die fehlende faradische Erregbarkeit und die galvanische Zuckungträgheit einfach die elektrische Reaktion des „entnervten" Muskels darstellen.

Aufrecht (Magdeburg).

323. **Ueber hereditären Tremor**; von Graupner. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 466. 1899.)

Diese Form von Tremor, die, der Frequenz der Zitterbewegungen nach, demselben Typus entspricht wie er bei multipler Sklerose und Paralysis agitans beobachtet wird, hat Gr. bei 3 von 6 Geschwistern (2 Brüdern und 1 Schwester) und der Tochter eines dieser Brüder beobachtet. Bei den Geschwistern ist das Leiden erst in reiferen Jahren, bei der Tochter in frühester Kindheit aufgetreten. Der Intentiontremor betrifft in allen Fällen die Arme und meist diese am stärksten. Nur in einem Falle ist die Kiefer- und Zungenmuskulatur vorwiegend Sitz des Tremor. Die Muskeln des Rumpfes sind in einem Falle schwach, im anderen etwas stärker befallen. Aufrecht (Magdeburg).

324. **Ein Fall von hysterischem Fieber**; von H. Dippe. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 212. 1899.)

Eine 43 Jahre alte Frau, die von Kindheit an hysterische Erscheinungen gezeigt hatte und, nachdem sie als junges Mädchen mit dem Hinterkopfe gegen eine Thürklinke gefallen war, sofort einen hysterischen Anfall bekam, der sich mit Bewusstlosigkeit und Erregungzuständen fast bei jeder Menstruation wiederholte, bekam im Jahre 1880 nach einer schweren Entbindung ein Unterleibsleiden, das erst 1894 nach einer Auskratzung der Gebärmutter vollständig gehoben war.

Ende November 1896 erlitt sie einen heftigen Stoss mit einer Thür gegen den Unterleib, und zwar wie sie meinte, gegen eine von ihrer Entbindung herrührende empfindliche Stelle rechts. Hieran schlossen sich heftige Schmerzen, Fieber und allmählich ein schwerer hysterischer Zustand, der mit Bewusstlosigkeit, Krämpfen, Umsichschlagen, Seufzen, Stöhnen, angstvollem Schreien mehrere Stunden dauerte. Bis auf eine geringe Remission im Januar 1897 hielt der Zustand unter Erschöpfung der Kräfte bis zum 10. Februar an (die Temperatur betrug 24 Stunden vorher 42°). An dem genannten Tage wurde die Laparotomie ausgeführt; aber sämmtliche Organe des Abdomen erwiesen sich als gesund. Der freiliegende, einige Kothbröckel enthaltende Wurmfortsatz und beide normalen Ovarien wurden entfernt. Die Heilung ging glatt von Statten. Das Fieber war mit dem Tage der Operation verschwunden, ebenso die Schmerzen und die hysterischen Anfälle. Nach vollständiger Erholung innerhalb 3 Wochen konnte die Pat., welcher gesagt war, der gesuchte Eiterherd habe sich gefunden und sei entfernt worden, nachdem sie über 3 Monate in recht elendem Zustande zu Bette gelegen hatte, gesund entlassen werden.

Aufrecht (Magdeburg).

325. **Zur Casuistik der chronischen ankylosirenden Entzündung der Wirbelsäule und der Hüftgelenke (Strümpell), Spondylose rhizomélique (P. Marie)**; von Dr. Mutterer. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XIV. 1 u. 2. p. 144. 1898.)

Nachdem von v. Strümpell zuerst auf die Gelenkerkrankung der Wirbelsäule aufmerksam gemacht worden ist, hat ausser Anderen Marie sie eingehend beschrieben, als Zusammentreffen einer vollkommenen Verwachsung der Wirbelsäule mit einer mehr oder weniger ausgesprochenen Ankylose der Gelenke der Gliederwurzeln unter Freibleiben der kleinen Gliedergelenke. Die Ankylose war in seinen Fällen ausser in der Wirbelsäule nur in den Hüften ausgeprägt, im Schultergürtel nur angedeutet. M. ist ebenfalls in der Lage, einen hierhergehörigen Fall zu beschreiben.

Ein zur Zeit der Beobachtung 58jähr. Schmied erkrankte 8 Jahre vorher mit Kreuzschmerzen, die etwa 4 Jahre lang anhielten. Dann begann die Steifigkeit im Rückgrat, Reissen in den Beinen und Behinderung im Gehen; die Steifigkeit der Wirbelsäule schritt von unten nach aufwärts; zuletzt wurde, unter grossen Schmerzen, der Nacken steif.

Die Wirbelsäule war vollkommen starr; der Kopf nach vorn und rechts geneigt; die Weichtheile des Halses erschienen derber als normal, die langen Rückenmuskeln dagegen schlaff. Die Schultergelenke waren in der Bewegung beeinträchtigt; die Hüftgelenke zeigten eine vollkommene Ankylose in mässig gebeugter Stellung. Die Glutäalmuskeln waren stark atrophisch, in geringerem Grade die Unterschenkelmuskeln. Abgesehen von zeitweise auftretenden Schmerzen war die Sensibilität nicht beträchtlich gestört. E. Hüfler (Chemnitz).

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/135

VI. Innere Medicin.

326. **Die Bedeutung und Behandlung der Krisen bei akuten Krankheiten**; von O. Rosenbach. (Berl. Klinik Heft 134. 1899.)

Die geistreichen Auseinandersetzungen R.'s in einem Referate wiedergeben zu wollen, wäre verlorene Liebesmüh. Wo sich Satz auf Satz logisch folgerichtig aufbaut, da ist kein einzelner herauszugreifen; das Ganze will gelesen sein. Mit Recht betont der Autor die Individualität des Kranken in ihrer Bedeutung für das Entstehen und die Grösse des Krankheitbildes gegenüber den Krankheiterregern. Ob aber nicht bei den logischen Prämissen eine zu geringe Schätzung der allgemeinen Bedeutung der Krankheiterreger und eine zu grosse Skepsis gegenüber den auf eine Verminderung ihrer schädlichen Wirkung hinzielenden Bestrebungen die Richtung der Krankheitcomponenten verschiebt, muss Ref. dahingestellt sein lassen, so sehr er unter Anderem mit R. darin übereinstimmt, dass das Bestreben, jedes Fieber ohne weitere Kritik durch antifebrile Mittel unterdrücken zu wollen, unwissenschaftlich genannt werden muss. Aufrecht (Magdeburg).

327. **Ueber den therapeutischen Werth der Salzwasser-Infusionen bei akuten Krankheiten**; von Hermann Lenhartz. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 189. 1899.)

L. hat den Heilwerth der Salzwasser-Infusionen vornehmlich geprüft bei bedrohlichen Kreislaufstörungen im Verlaufe akuter Infektionkrankheiten und ferner bei solchen Erkrankungen, bei denen nicht nur jegliche Nahrungzufuhr durch die Art der Störung zeitweise verboten oder nur in unvollkommenem Grade zulässig, sondern auch die Beseitigung toxischer Stoffe aus dem Körper dringend anzustreben ist. Bei Typhuskranken mit schweren Allgemeinerscheinungen, Kräfteverfall und Pulsschwäche, bei Kinderdiarrhöen und Brechdurchfällen, bei Dysenterie, ferner bei verschiedenen schweren Erkrankungen der Unterleibshöhle, bei denen die Ernährung oft für eine Reihe von Tagen so gut wie ganz aufgehoben werden muss, während die stetige Aufnahme von schweren Giftkörpern nicht nur die Gefahr der Autointoxikation herbeiführt und steigert, sondern thatsächlich den tödtlichen Ausgang in nicht wenigen Fällen veranlasst, wie bei Ileus und mehreren Fällen von consekutiver Peritonitis, entsprach die Vornahme den gehegten Erwartungen.

Zur Anwendung kam hauptsächlich eine physiologische Kochsalzlösung, die subcutan eingeführt wurde. Die Infusionmenge richtete sich nach dem Alter der Kranken und betrug bei zarten Kindern 100—200 ccm, bei Erwachsenen 500—1000 ccm in einer Sitzung. In einzelnen Fällen wurde die Injektion 2mal täglich 8—14 Tage lang durchgeführt. Die auf 40° erhitzte sterile Flüssigkeit wurde von den trocken sterilisirten Glasbehältern und aus $^1/_2$—$1^1/_2$ m Höhe zugelassen.

Bei sehr entkräfteten Kranken, bei denen schwere Veränderungen des Herzfleisches wahrscheinlich sind, ist es rathsam, mit kleineren, öfter wiederholten Infusionen vorzugehen.

Besondere üble Nebenwirkungen, Glykosurie, Hämoglobinurie sind nicht beobachtet worden.

Aufrecht (Magdeburg).

328. **Ueber einen Fall von Bronchitis fibrinosa chronica mit besonderer Rücksichtnahme auf das mikroskopische Sputumbild**; von Rud. Schmidt. (Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. X. p. 425. 1899.)

Die 57 Jahre alte, sehr fettleibige Pat. hatte sich vor 17 Jahren jähem Temperaturwechsel mit Einathmung heissen Rauches beim Ringtheaterbrande in Wien ausgesetzt. Sie bekam darauf heftigen Husten mit schleimigem Auswurfe und Herzklopfen. Die Hustenanfälle waren so heftig, dass dabei Nasenbluten eintrat. Sie war damals einige Zeit bettlägerig. Erst im Verlaufe von 3 Jahren verloren sich allmählich die Erscheinungen von Seiten des Respirationapparates.

Vor 8 Jahren bezog die Kr. eine feuchte, kalte Wohnung. Hier stellte sich zunächst längere Zeit hindurch ein unregelmässiges, aber täglich auftretendes Fieber ein und im Anschlusse hieran Husten mit Auswurf baumförmig verzweigter Gerinnsel. Unmittelbar vor dem Aushusten hatte die Kr. eine eigenthümliche Empfindung bald in den oberen, bald in den unteren Partien der rechten Lunge. Auf der rechten Seite vermochte sie nicht zu liegen, weil es sonst auf der Lunge „zu kochen anfing". Die Expektoration der Gerinnsel ging ohne Schwierigkeit vor sich, durch einfaches Räuspern. Vor einem halben Jahre waren einige kleine eckige Steine von etwa Erbsengrösse mit dem Harne abgegangen. Seit längerer Zeit ist ein Ekzem am Dorsum manus und an der Ellenbogenbeuge vorhanden. Die Nahrung besteht hauptsächlich aus Fleisch. Potus und Lues werden negirt.

Rechts hinten unterhalb des Angulus scapulae besteht Dämpfung, „gemischtes" Athmen mit stark bronchialem Beiklang, kleinblasiges, theilweise klingendes Rasseln, Aegophonie, leichte Erhöhung des Stimmfremitus.

In letzter Zeit hat sich nach 3monat. Landaufenthalte der Zustand bedeutend gebessert.

Die mikroskopische Untersuchung des Auswurfes ergab „entsprechend den feinen Aestchen der Gerinnsel: rothe Blutkörperchen in mässiger Zahl in cylinderförmiger Anordnung, mit der Breitseite aufliegend, nicht rund, sondern viereckig, vielfach fast ganz farblos, confluirend mit verwaschenen Grenzen". Diese zum Theil in homogene Massen umgewandelten bisher im Sputum noch nicht hinlänglich gewürdigten hyalinen Blutcylinder spricht Schm. als mikroskopischen Ausdruck von Capillarthrombosen [!?] an. Ferner fanden sich Herzfehlerzellen als Zeichen brauner Lungeninduration und an den Endverzweigungen der Gerinnsel grosse runde, mit Fetttropfen angefüllte dunkel aussehende Zellen, wie sie Buhl als charakteristisch für die Desquamativpneumonie beschrieben hat. Zwischen diesen organischen Gebilden zeigte sich ein mattglänzender, oft rasenförmig, hier und da in Keulenform angeordneter Detritus, in dem Cholestearinlager vorhanden waren, und neben diesen Schichtkörper und Schläuche, die auf Grund ihrer Löslichkeit durch Aether, Chloroform und Schwefelkohlen-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/136

stoff in Analogie zu den von Fürbringer und Posner als lecithinhaltig erkannten Prostataschichtkörpern als Corpora lecithinoidea angesprochen werden müssen.

Aufrecht (Magdeburg).

329. **Ueber die Natur und Behandlung der Pneumokokkenempyeme**; von Oswald Vierordt. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIV. p. 217. 1899.)

Für das kindliche, wahrscheinlich [sicherlich. Ref.] auch für das spätere Alter ist es als Regel anzusehen, dass in Betreff der Behandlung zwischen metapneumonischen, bez. pneumokokkischen und anderen Empyemen („die tuberkulösen bleiben überhaupt bei Seite") kein Unterschied zu machen sei: sie sollen so rasch und so vollständig wie möglich entleert werden, mögen sie gross oder klein sein.

Aufrecht (Magdeburg).

330. **Ueber Chylothorax**; von Prof. E. Hahn. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 25. 1899.)

Es handelt sich um einen durch Ueberfahren verunglückten Kutscher, der nach ungefähr 4wöchiger Krankenhausbehandlung starb. In dieser Zeit wurden durch Punktion 29650 ccm Chylus entleert. Die *Sektion* ergab Verletzung und Callusbildung am 9. und 10. Brustwirbel und Ruptur des Ductus thoracicus an dieser Stelle.

Die Zusammenstellung der bisher bekannt gewordenen 8 Fälle beweist, dass Chylothorax traumaticus durch die geschützte Lage des Ductus thoracicus eine seltene Erkrankung ist.

H. Beschorner (Dresden).

331. **Untersuchungen über den Keimgehalt normaler Bronchiallymphdrüsen**; von Dr. Joh. Kälble. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 19. 1899.)

K. weist mit allen Hülfsmitteln der histologischen und bakteriologischen Diagnostik nach, dass Krankheiterreger bei vollkommen gesunden Individuen in die Lunge gelangen und von hier, ohne Schädigungen zurückzulassen, sich auf dem Wege durch die Lymphgefässe in den Bronchialdrüsen ablagern können. Insbesondere fand er, dass in den makroskopisch und mikroskopisch gesunden Bronchialdrüsen von ganz tuberkulosefreien Menschen, die an akuten Krankheiten oder durch Unglücksfälle gestorben waren, sich in 8% virulente Tuberkelbacillen vorfanden. Es genügt daher nach K.'s Ansicht die Anwesenheit eines Krankheiterregers allein noch nicht, um die Bronchialdrüsen krank zu machen, sondern es müssen noch sekundäre Schädlichkeiten mitwirken. Gehen die Infektionkeime durch das natürliche Filter der Bronchialdrüsen, so können sie entweder in der Blutbahn zu Grunde gehen oder an irgend einem Locus minoris resistentiae ihre pathologische Wirkung entfalten. Hierin sieht K. einen wichtigen Fingerzeig für die Pathogenese solcher Infektionkrankheiten, deren Eingangspforte aufzufinden bisher nicht gelungen ist.

H. Beschorner (Dresden).

332. **Die Diazoreaktion des Harns**; von Dr. P. Clemens. Aus der med. Universitätklinik zu Freiburg i. B. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIII. 1 u. 2. p. 74. 1899.)

Der 1. Theil der Arbeit C.'s wird von sehr genauen chemischen Untersuchungen über die Diazoverbindungen und die Bedingungen, unter denen ihre Reaktionen auftreten, eingenommen. Aus dem klinischen (2.) Theile ist hervorzuheben, dass die Reaktion sich niemals im normalen Harne findet, dass sie überhaupt fast nur bei Infektionkrankheiten vorkommt, während sie von nicht infektiösen Krankheiten bisher nur bei Herzkrankheiten, Thrombosen und gewissen Tumoren beobachtet wurde. Bei Abdominaltyphus ist sie eines der häufigsten Symptome; ihr positiver Ausfall lässt fieberhafte Gastrokatarrhe mit Sicherheit ausschliessen, gestattet aber keine Abgrenzung gegen tuberkulöse Processe (insbesondere Miliartuberkulose) und gegen Sepsis, Flecktyphus, Masern (hier ist der positive Ausfall nach abgelaufenem Exantheme bei Crouperscheinungen besonders wichtig zur Differentialdiagnose gegenüber Diphtherie), Scarlatina, bei denen Diazoreaktion ebenfalls ziemlich häufig ist. Bei Urticaria und Arzneiexanthemen kommt die Reaktion nie vor. Ueber das Auftreten der Diazoreaktion bei tuberkulösen Processen sind die Meinungen verschieden; prognostisch ist ihr Auftreten entschieden ungünstig; besonders häufig ist sie jedenfalls bei Miliartuberkulose, ziemlich häufig kommt sie vor bei Peritonäaltuberkulose und *tuberkulöser* Meningitis. Chlorose, Anämie, Diabetes, Arthritis urica geben niemals Diazoreaktion des Harns, häufig dagegen perniciöse Anämie und Leukämie.

C. spricht die Vermuthung aus, dass der fragliche Stoff nicht lokal irgendwo gebildet werde, sondern dass er ein abnormes und relativ specifisches Zerfallsprodukt des Körpereiweisses sei, dass dann, meist im ganzen Körper gebildet, dem Blute zugeführt und, bei sonst intakten Nieren, leicht und relativ concentrirt ausgeschieden wird.

H. Beschorner (Dresden).

333. **1) Das Verhalten der Harnsäure im thierischen Organismus**; von Prof. W. His jun. in Leipzig. (Verhandl. d. XVII. Congr. f. innere Medicin. Wiesbaden 1899. J. F. Bergmann. p. 315.)

2) Die Ausscheidung von Harnsäure im Urin der Gichtkranken, mit besonderer Berücksichtigung der Anfallszeiten und bestimmter Behandlungsmethoden. In Verbindung mit Dr. Cohnheim, Dr. Freudweiler, Dr. Respinger und Dr. H. His; von Prof. W. His jun. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LXV. 1 u. 2. p. 156. 1899.)

„Mit der Gicht geht es uns wie mit so vielen anderen Stoffwechselkrankheiten, deren Wesen man einst glaubte erkannt zu haben; es ist ein Haupt-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/137

verdienst der Arbeiten des letzten Jahrzehntes, dass sie mit den alten Scheinwahrheiten aufgeräumt haben; nun ist Tabula rasa, und wir müssen zunächst langsam und mühselig ein neues Thatsachenmaterial schaffen, aus denen sich neue Vorstellungen über die Natur und Ursachen dieser Krankheiten ableiten lassen".

In seiner ersten Mittheilung berichtet H. über die Erscheinungen, die sich bei *Thieren* nach der *Einspritzung einer Aufschwemmung von saurem harnsauren Natron* einstellen. Die Erscheinungen sind denen der Gicht sehr ähnlich, oder lassen sich doch mit diesen in Uebereinstimmung bringen. Charakteristisch für diese Einspritzungen ist, dass sie eine schnell eintretende, lebhafte und lang andauernde Zellenzuwanderung bewirken, und dass sie eine starke Nekrose hervorrufen, die ganz beträchtlich über die Grenzen des erzeugten Krystallherdes hinaus geht. Diese letztere Thatsache macht die Annahme Ebstein's, die Nekrose wäre das Erste, der Harnsäureniederschlag das Zweite, hinfällig.

Einspritzungen unter die Haut erzeugen Gebilde, die den bekannten Tophi durchaus entsprechen, wenn man letztere auch meist erst in älteren, vorgerückten Stadien zur Untersuchung bekommt. Einspritzungen in die Gelenke lassen sich in ihren Folgen mit denen des Gichtanfalles nicht ohne Weiteres vergleichen, da bei ihnen die Harnsäure nicht in den Knorpel gelangt, trotzdem sind aber die reaktiven Erscheinungen in beiden Fällen einander sehr ähnlich.

Bei der Aufsaugung der Harnsäureherde spielt neben der Harnsäurelösung zweifellos die Phagocytose eine grosse Rolle. Was aus der von Zellen aufgenommenen Harnsäure wird, vermag H. noch nicht sicher zu sagen.

In der zweiten Arbeit berichtet H. über das Ergebniss *zahlreicher Harnuntersuchungen an Gichtkranken* unter den verschiedensten Umständen.

Es zeigte sich dabei, dass die mittlere tägliche Harnsäureausscheidung bei Gichtkranken sich in nichts von der bei Gesunden unterscheidet, dass sie auch dieselben grossen unerklärten Schwankungen zeigt, wie die der Gesunden, was zu grosser Vorsicht bei der Verwerthung tageweise durchgeführter Bestimmungen mahnt. Zum akuten Gichtanfalle zeigt die Harnsäureausscheidung ganz bestimmte Beziehungen; sie sinkt 1—3 Tage vor dem Anfalle und während des Anfalles ganz beträchtlich ab, um danach zu steigen, wobei der Höhepunkt auf den 1. bis 5. Tag fällt. Die mittlere tägliche Harnausscheidung der Gichtkranken in den Anfalls- und in den Ruheperioden zeigt keine charakteristischen Unterschiede. Von den bekannten „Heilmitteln" beeinflussen Natron bicarbonicum, Fachinger Wasser, Fachinger Salz (Sandow) und die Citronenkur die Harnsäureausscheidung nicht nachweislich, Lithion carbonicum setzt sie etwas herab.

Die Vorgänge bei dem akuten Gichtanfalle stellt man sich nach H. zur Zeit am besten so vor: „Aus bisher unbekannten Gründen wird im Knorpel u. s. w. Urat abgelagert, das dem im Körper cirkulirenden Vorrath von Harnsäure oder deren Vorstufen entstammt. Dies prägt sich in einer Verminderung der Harnsäureausfuhr aus, die dem Anfalle um 1—3 Tage vorausgeht. Die abgelagerten Urate werden, nachdem sie Entzündung erregt, durch Lösung und Phagocytose zum grösseren oder geringeren Theile wieder in Cirkulation gesetzt und mit dem Harn ausgeschieden. Das Maximum der „Harnsäurefluth" fällt auf den 1. bis 3. Tag nach Beginn des akuten Anfalls." Dippe.

334. **Zwei Beiträge zur Lehre von der Acetonurie**; von Dr. Hugo Lüthje. (Centr.-Bl. f. innere Med. XX. 38. 1899.)

Woher stammt das Aceton bei der Acetonurie? Man hat es als Ausdruck einer Säurevergiftung angesehen. Dann müsste die starke Säurebildung, die nach Strychninkrämpfen, oder nach epileptischen Anfällen auftritt, zur Acetonurie führen, das ist aber trotz einiger gegentheiligen Angaben nach L.'s Untersuchungen nicht der Fall. Er konnte weder bei Hunden nach schwerer Strychninvergiftung, noch bei zahlreichen Epileptikern nach schweren Anfällen Aceton regelmässig oder in erheblicher Menge im Harne nachweisen. Vielleicht stammt das Aceton aus dem Darme? Auch diese Annahme glaubt L. zurückweisen zu müssen. Er konnte in einem Falle feststellen, dass die Acetonausscheidung durch Calomeldarreichung in keiner Weise beeinflusst wurde, und meint, dass die geringen Mengen von Aceton, die man im Darme findet, eher auf eine Ausscheidung in den Darm schliessen lassen. — Die Frage, woher das Aceton stammt, ist zur Zeit noch nicht beantwortet.

Dippe.

335. **Die Concentration des Harnes und Blutes bei Nierenkrankheiten mit einem Beitrag zur Lehre von der Urämie**; von Dr. Ludwig Lindemann. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LXV. 1 u. 2. p. 1. 1899.)

Bei den bisherigen Harnuntersuchungen ist die Concentration des Harnes auffallend vernachlässigt worden. Man begnügte sich in der Hauptsache damit, aus der Menge, der Farbe, dem specifischen Gewichte des Harnes ziemlich zweifelhafte Schlüsse auf die Concentration zu machen. Um diese Lücke auszufüllen, hat L. zahlreiche Harne derart untersucht, dass er die Gesammtmenge und das specifische Gewicht genau feststellte, Stickstoff und Kochsalz und den Gefrierpunkt bestimmte. Auf die Bestimmung des Gefrierpunktes legt L. ganz besonderen Werth, sie ergiebt die Concentration einer Lösung am leichtesten und sichersten, da sie nicht, wie die Bestimmung des specifischen Gewichtes und des Trockenrückstandes von dem Ge-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/138

wichte der vorhandenen Stoffe, sondern von deren Molekülzahl abhängige Werthe liefert. L. glaubt, dass eine derartige Bestimmung der Concentration des Harnes Schlüsse auf die Leistungfähigkeit der Nieren gestattet und u. A. von erheblichem diagnostischen Werthe sein kann.

Wir geben die Schlüsse, die er aus seinen *Harnuntersuchungen* zieht am besten mit seinen eigenen Worten wieder: „Die Bestimmung der Gefrierpunktserniedrigung des Harnes erlaubt bei gleichzeitiger Kenntniss der täglichen Harnmenge Albuminurien ohne entzündliche Vorgänge in den Nieren von den durch Nephritiden erzeugten zu erkennen. Denn, während der Gefrierpunkt des normalen Harnes bei mittleren Harnmengen zwischen — 1.30° und — 2.30° schwankt und ausserhalb dieser Breite liegende Werthe, wie bis — 0.90° und — 2.73° auch bei den Individuen, bei welchen sie beobachtet werden, nur vereinzelt und ausnahmsweise neben den gewöhnlichen Werthen gefunden werden, ist die Gefrierpunktserniedrigung des Harnes bei allen Nierenentzündungen vorhanden und damit auch die Concentration viel geringer; bei mittleren Harnmengen ist der Gefrierpunkt meistens weniger als — 1.00°. Die Gefrierpunktserniedrigung zeigt charakteristische Unterschiede zwischen den parenchymatösen und den interstitiellen Nephritiden; bei ersteren ist die Concentrationsverminderung viel bedeutender als bei letzteren und tritt namentlich bei kleinen Harnmengen sehr hervor. Die Concentrationsverminderung ist nicht selten so bedeutend, dass der Harn geringeren Gefrierpunktswerth besitzt, als das normale Blutserum. Die Bestimmung der Concentration des Harnes lässt zwar akute und chronische parenchymatöse Nephritiden nicht von einander unterscheiden, dagegen lässt sie deutlich die Restitution, die eintretende Heilung erkennen, da dann die Gefrierpunktserniedrigung abnimmt und wieder normale Werthe erreicht. Die Gefrierpunktserniedrigung gestattet bei chronischen parenchymatösen Nephritiden häufig den Uebergang in sekundäre Schrumpfung zu erkennen; sie nimmt wieder zu und erreicht Werthe, ähnlich denen bei primärer genuiner Schrumpfniere.

Die übrigen Albuminurien, bei Stauungsniere, beim Fieber, bei Cystitis und Pyelitis sind durch das Fehlen einer Verminderung der Gefrierpunktserniedrigung charakterisirt. Ausnahme davon machen nur Collapszustände, bei welchen geringe Harnmengen mit ausgesprochener Concentrationsverminderung vorkommen. Tritt bei einer Cystitis und Pyelitis eine Verminderung der Concentration des Harnes bei mittleren Harnmengen ein, so ist ein Uebergreifen des Entzündungsprocesses vom Nierenbecken auf das Nierengewebe selbst sehr wahrscheinlich. Die Berechnung der Gesammtmenge der durch den Harn ausgeschiedenen Stoffe bei Nierenentzündungen lässt häufig auf eine Retention von harnfähigen Stoffen schliessen."

L. hat dann seine Untersuchungen auch auf das *Blut* der Nierenkranken ausgedehnt und glaubt dabei dem Wesen der *Urämie* näher gekommen zu sein. Das Blutserum zeigt bei den verschiedenen Formen der Nephritis eine ganz normale Concentration, so lange keinerlei urämische Erscheinungen vorhanden sind. Treten letztere auf, so findet man eine Erhöhung der Concentration und damit des osmotischen Druckes im Blutserum, die sich in einer beträchtlichen Erniedrigung des Gefrierpunktes bis zu — 0.70° äussert. L. ist geneigt, in dieser Erhöhung des osmotischen Druckes die wichtigste Ursache der urämischen Erscheinungen zu sehen, er zeigt, wie sie die Erscheinungen sehr wohl zu erklären vermag und wie ganz die gleichen Erscheinungen entstehen, wenn man durch die Einspritzung grosser Mengen von concentrirter Salzlösung die Concentration des Blutes künstlich erhöht. Auch mit den therapeutischen Erfahrungen stimmt L.'s Auffassung gut überein. Wenn man einen Aderlass macht und danach „physiologische" Kochsalzlösung (Gefrierpunkt — 0.38°) einspritzt, so kann man den osmotischen Druck des Blutes beträchtlich herabsetzen. Statt der 0.6proc. nimmt man vielleicht noch besser eine 0.3proc. Kochsalzlösung.

Dippe.

336. **Ueber Fixation und Conservirung von Harnsediment**; von Dr. Martin Cohn. (Ztschr. f. klin. Med. XXXVIII. 1. 2. 3. p. 26. 1899.)

Man streiche das Sediment auf ein Deckgläschen und lasse es an der Luft antrocknen (Erhitzen zerstört die Cylinder und führt zur Bildung sehr störender Salzkrystalle). Dann lege man das Deckgläschen 10 Minuten lang in 10proc. Formalinlösung und nach kurzem Auswaschen in Wasser 10 Minuten lang in eine concentrirte Lösung von Sudanfarbstoff in 70proc. Alkohol. Kurzes Abspülen in 70proc. Alkohol; Nachfärben mit Hämatoxylin Ehrlich; Abspülen in Wasser; Einschliessen in Glycerin. Die Präparate heben die verschiedenen Gebilde gut heraus, lassen etwaiges Fett vortrefflich erkennen und stellen die Kernverhältnisse der vorhandenen Zellen vortrefflich dar.

Dippe.

337. **Pseudoleukämie und Lymphosarkomatose**; von Dr. Wilhelm Türk. (Wien. klin. Wchnschr. XII. 40. 1899.)

Die „Pseudoleukämie" gilt schon lange nicht mehr als einheitliches Krankheitbild. T. räth auf Grund einer eigenen Beobachtung und des in der neueren Literatur Niedergelegten den Namen ganz fallen zu lassen, und das, was man bisher darunter zusammenfasste, seinem Wesen nach zu trennen. Man erhält dann eine Anzahl von Fällen, denen Tuberkulose oder Sarkomatose zu Grunde liegt, und man erhält eine Gruppe von Fällen, in denen es sich um eine durchaus eigenartige, in ihrer Aetiologie uns noch völlig dunkele hyperplastische Geschwulstbildung im lymphatischen Systeme handelt.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/139

Von diesen letzteren Fällen, auf die T. sehr genau eingeht, ist bereits eine ganze Anzahl bekannt, aber sie sind bisher falsch gedeutet worden, indem man sie zum Theil wie gesagt zur Pseudoleukämie, zum Theil zur Lymphosarkomatose, zum Theil wohl auch zur lymphatischen Leukämie rechnete. Hier thut genaueres Zusehen Noth. Bei sorgfältigerer Beachtung aller Erscheinungen und bei eingehenderer Untersuchung wird sich eine Krankheit bestimmen lassen, die man als *Lymphomatose* bezeichnen kann, mit gewissen Unterarten je nach Ausdehnung und Verlauf. Als gutes Beispiel für diese Lymphomatose kann der von T. ausführlich geschilderte Fall dienen und zu ihr gehört wohl das Meiste von dem, was bisher als primäre lienale Pseudoleukämie beschrieben worden ist.

Dippe.

338. **Alcune osservazioni sulla linfemia**; per A. Bignami. (Policlinico V. 1. p. 18. 1898.)

B. bringt zunächst folgenden bemerkenswerthen Fall.

Bei dem 20jähr. Kr. hatte sich in 2 Monaten eine schwere Anämie entwickelt. Der Blutbefund war der einer Lymphämie: bei bedeutender Verminderung der Zahl der rothen Elemente enorme Mengen von Lymphocyten, und zwar in überwiegender Mehrzahl kleine Formen mit gut färbbarem Kern, daneben grosse, weniger gut färbbare Formen, die letzteren nicht selten im Zustande der Karyokinese. Den Lymphocyten gegenüber traten die anderen weissen Elemente ganz zurück: es fanden sich nur 6—7% polynucleäre Zellen, höchstens 1% eosinophile Zellen und gar keine sogen. Markzellen. Kernhaltige rothe Blutkörperchen waren ebenfalls nur spärlich vorhanden, und zwar nur Normoblasten. Die Milz war nur wenig vergrössert, die Halslymphdrüsen waren mässig geschwollen. Auffallend war eine verbreitete Dämpfung über dem Brustbeine. Ohne dass Complikationen eintraten, starb der Kr. schon 3 Wochen nach dem Eintritte in's Krankenhaus. Bei der *Sektion* war der interessanteste Befund: eine beträchtliche Hyperplasie der Thymus. Ausser den Halslymphdrüsen waren die mediastinalen und die retroperitonäalen Drüsen vergrössert. Umschriebene lymphatische Neubildungen fanden sich noch in der Leber, der Submucosa des Magens und vor Allem in den Nieren. Das Mark sowohl der langen Röhrenknochen, als der kurzen spongiösen Knochen sah makroskopisch wie gewöhnliches rothes Knochenmark aus; bei der mikroskopischen Untersuchung zeigte es allerdings ein wesentlich anderes Verhalten. Die sogen. Markzellen fehlten fast vollkommen und auch die kernhaltigen rothen Blutkörperchen waren nur spärlich vertreten. Dafür fand sich eine ungewöhnliche Menge von grossen und kleinen Lymphocyten. Die mikroskopische Untersuchung der Thymus ergab eine einfache Hyperplasie; Kerntheilungvorgänge waren nicht selten.

Trotz des anscheinend so schnellen Verlaufes zählt B. seinen Fall nicht zu der Gruppe der akuten Leukämien, weil die hämorrhagische Diathese ganz fehlte; es handle sich um eine chronische Form, die aber lange Zeit latent verlief und erst in den letzten Wochen schwerere Symptome machte.

Mit Recht betont B. die Seltenheit einer so beträchtlichen Thymushyperplasie, die als die primäre Erkrankung erscheine und die Veränderungen der Milz und der Lymphdrüsen ganz zurücktreten lasse. Eine sehr ähnliche Beobachtung habe Palma (Deutsche med. Wchnschr. XVIII. 1892) gemacht.

Bemerkenswerth ist auch die Betheiligung des Knochenmarkes bei der Produktion der Lymphocyten. Es hat seinen hämatoblastischen Charakter verloren und ist eine „lymphocytische Metaplasie" eingegangen. Das auffällige Verschwinden der Markzellen, wie es B. in seinem Falle beobachtet hat, würde die bei der lymphatischen Leukämie gewöhnlich gefundene, aber bisher sehr verschieden gedeutete Verminderung der Zahl der polynucleären Zellen erklären, die nach Ehrlich, Zenoni u. A. Abkömmlinge der Markzellen sind. Der Knochenmarksbefund in B.'s Falle würde auch das Fehlen oder nur höchst spärliche Vorkommen der Markzellen und der kernhaltigen rothen Blutkörperchen im Blute der Lymphämischen (Hayem, Rieder u. A.) erklären.

Kerntheilungvorgänge scheinen bisher bei der lymphatischen Leukämie nur sehr selten beobachtet zu sein. B. hat sie im Blute (und zwar besonders in den grossen Lymphocyten), viel häufiger noch in der hyperplastischen Thymus gesehen.

In Lebern von Leukämischen hat B. (ausser den von M. B. Schmidt beschriebenen Veränderungen) in den geschwollenen Endothelien der Capillaren nicht selten Leukocytenkerne und Reste von zerfallenen Kernen gefunden, die offenbar von den innerhalb der Capillaren angehäuften Leukocyten stammten, da diese vielfach Rückbildungvorgänge erkennen liessen. Diese Befunde beweisen das Vorkommen einer reichlichen Auflösung von Leukocyten in den inneren Organen, wie sie neuerdings von A. Fränkel als Ursache der bei Leukämischen unter gewissen Bedingungen (besonders im Verlaufe von Infektionkrankheiten) beobachteten schnellen Abnahme der Leukocytenmenge angenommen worden ist; und B. vermuthet, dass diese Auflösung von weissen Blutkörperchen, wenn auch nicht ausschliesslich, so doch vornehmlich in der Leber vor sich gehe.

Um die Ueberschwemmung des Blutes mit Leukocyten zu erklären, hat Benda auf die in leukämischen Neubildungen gefundene Infiltration der Venenwandungen mit Leukocyten hingewiesen. Da auch das Endothel von zelligen Elementen durchsetzt sei und die bei der Tuberkulose und beim Krebs unter ähnlichen Bedingungen so leicht entstehende Thrombose bei der Leukämie nicht zu Stande zu kommen pflege, so hindere nichts den massenhaften Uebertritt der Zellen in das Blut. B. konnte die Angaben Benda's vollkommen bestätigen, aber er hat in pseudoleukämischen Lymphomen genau dieselben Verhältnisse gefunden. Die Frage, warum bei denselben Organveränderungen im einen Falle das Blut leukämisch wird, im anderen aber nicht, bleibt also offen; B. denkt an funktionelle Verschiedenheiten der Zellen, die ihnen das eine Mal den Eintritt in das Blut ermöglichen, das andere Mal nicht. Janssen (Rom).

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/140

339. **Nuovi studi sulla splenomegalia con cirrosi epatica**; per G. Banti. (Policlinico V. 5. p. 104. 1898.)

Die 1894 zuerst von B. beschriebene Krankheit scheint bisher besonders in Italien beobachtet worden zu sein, wo sie auch nach dem Florentiner Pathologen benannt worden ist. In der vorliegenden Arbeit theilt B. 3 weitere Fälle mit.

Fall I. 29jähr., früher stets gesunde Frau. Seit 3 Jahren langsam zunehmende Anämie mit Milzschwellung. Arsenkuren nur von vorübergehendem Erfolge. Bei der Aufnahme in die Colzi'sche Klinik sehr grosser Milztumor; deutliche Vergrösserung der Leber; kein Ascites. Blutbefund: Hämoglobin 38, 3½ Mill. rothe Blutkörperchen, 6800 weisse Blutkörperchen. 3 Monate nach der Aufnahme Abnahme der Urinmenge, beginnender Ascites. Gravidität im 4. Monate. Etwa 1 Monat später Splenektomie. 2 Tage danach Abort. Entfernung zurückgebliebener Eireste mit dem scharfen Löffel. Tod an Peritonitis. Anatomischer Befund: Die Milz zeigte die früher von B. beschriebenen Veränderungen, die Leber beginnende Cirrhose. Uterusperforation, diffuse eitrige Peritonitis.

Fall II. 43jähr., früher gesunde Frau. Seit 7 Jahren Milztumor und progressive Anämie. Vor 1 Jahre normale Geburt. Bei der Aufnahme sehr grosser Milztumor, keine Lebervergrösserung, kein Ascites. Blutbefund ungefähr wie bei Fall I. In den nächsten Monaten wiederholt kurze Fieberanfälle, während der die Milz sich verkleinerte. Im Blute keine Malariaparasiten. Auch aus dem Milzblute waren keine Bakterien zu züchten. Nach 4 Monaten Splenektomie. Bei der Operation zeigte sich die Leberoberfläche wenig, aber deutlich granulirt. Seitdem schnell fortschreitende Besserung der Anämie. Nach 19 Monaten vollkommenes Wohlbefinden, keine Zeichen einer Lebererkrankung.

Fall III. 18jähr. Kr. Seit 5—6 Jahren progressive Anämie mit Fieberanfällen. Keine Malaria. Sehr grosser Milztumor, keine Lebervergrösserung. Nach der Splenektomie wie im Fall II schneller Rückgang der Anämie. 2½ Jahre nach der Operation war der Kr. noch vollkommen gesund. In der Milz die charakteristischen Veränderungen.

Nach diesen neueren Beobachtungen glaubt B. an seiner bisherigen Auffassung der Krankheit festhalten zu sollen. Als das Wesentliche sieht er die Milzerkrankung an. Nur von ihr sei die Anämie abhängig. Wie sich bei zweien der drei neuen Kranken (die dritte Kranke starb an einer puerperalen Complikation) gezeigt habe, gehe die Anämie mit der Entfernung der Milz prompt zurück. Auch die Lebercirrhose, die das Krankheitbild vervollständigt, bringt B. in unmittelbaren Zusammenhang mit der Milzerkrankung. Die Anämie könne die Ursache der Cirrhose nicht sein; denn Anämien führten zu Degenerationprocessen in der Leber, nicht zur Bindegewebewucherung. Besonders bemerkenswerth sei der histologische Befund an der Milzvene und der Pfortader im Falle I. Es bestand eine chronische Endophlebitis der Milzvene und der Pfortader in ihrem untersten Abschnitt von der Eintrittstelle der Milzvene an, während die anderen Wurzeln des Pfortaderstammes frei waren; also ein Verhalten, das auf den Uebergang einer reizenden Substanz von der Milz in die Leber deute, mit Schädigung der entsprechenden Venenwandungen und des Lebergewebes. Schliesslich habe im Falle II die Entfernung der Milz die Weiterentwickelung der bei der Operation nachgewiesenen Lebercirrhose aufgehalten.

B. betont ausdrücklich, dass die Lebercirrhose der Krankheit erst ihr eigenartiges Gepräge gebe. Gerade die Lebercirrhose unterscheide sie von der Anaemia splenica, mit der die Krankheit in ihrem Anfangstadium verwechselt werden könne. Darum könne auch im Falle III die Diagnose zweifelhaft sein; entscheidend seien hier die charakteristischen Milzveränderungen. Später, mit dem Auftreten des Ascites, träten die Erscheinungen der Cirrhose ganz in den Vordergrund.

Die Aetiologie der Krankheit bleibt dunkel. Auch in diesen 3 Fällen hatte sie sich ohne nachweisbare Ursachen entwickelt, namentlich war keine Malaria vorausgegangen. Eine Beziehung zu früheren Infektionkrankheiten oder Magendarmaffektionen besteht nach B. nicht. Krankheiterreger sind auch von anderen Forschern bisher nicht gefunden worden.

Den Krankheitverlauf theilt B. in 3 Stadien: das Stadium anaemicum, das 5—10 Jahre dauern kann, das Stadium intermedium, in dem die beginnende Cirrhose die ersten Stauungserscheinungen macht, endlich das höchstens 1 Jahr dauernde Stadium asciticum.

Die Behandlung bestehe in der Splenektomie. Mit der Arsenbehandlung seien nur vorübergehende Besserungen zu erzielen, aber nie vollständige Heilung. Dagegen sei die wo möglich noch im Stadium anaemicum und spätestens im Stadium intermedium auszuführende Splenektomie ein wirklich radikales Heilmittel. Janssen (Rom).

340. **Nuove osservazioni sulla calcolosi pancreatica**; per V. Giudiceandrea. (Bull. della Soc. Lancis. degli Osped. di Roma XVIII. 2. p. 119. 1898.)

Auf seine früheren Beobachtungen verweisend, theilt G. einen neuen Fall von Pankreassteinkolik mit, der sich durch die Vollständigkeit des Krankheitbildes auszeichnet. Die Diagnose war bald gesichert durch den Abgang von charakteristischen mörtelartigen Conkrementen, die aus reinem phosphorsauren Kalk bestanden und keine Spur von Gallenfarbstoff enthielten. Auch der Sitz der Kolikschmerzen im Epigastrium und unterhalb des linken Rippenbogens war sehr bezeichnend. Ausser diesen Cardinalsymptomen wiesen noch auf das Pankreas hin: 1) die bei dem Fehlen aller Zeichen von Gallenstauung bestehende Steatorrhöe, 2) die gewiss nur äusserst selten beobachtete Lipurie, 3) das Auftreten von Zucker im Urin nach den Koliken.

Da als Ursache der Steinbildung ein Katarrh der Schleimhaut des Ductus Wirsungianus anzunehmen ist, so besteht die Behandlung nach G. zunächst in der Anwendung der Alkalien. Bei

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/141

der Absperrung des Pankreassaftes vom Darm ist die Diät entsprechend abzuändern und nach G. mit Vortheil Pankreatin zu verabreichen. Bei schweren Einklemmungserscheinungen, Compression des Ductus choledochus und bei gleichzeitigem Bestehen eines Abscesses ist chirurgische Hülfe unbedingt erforderlich. Janssen (Rom).

341. **Sur un syndrome clinique non Addisonien à évolution aiguë, lié à l'insuffisance capsulaire**; par Em. Sergent et Léon Bernard. (Arch. gén. de Méd. N. S. II. 1. p. 27. Juillet 1899.)

Es giebt bekanntlich viele Fälle, in denen die Symptome der Addison'schen Krankheit nicht mit der charakteristischen Nebennierenstörung verbunden sind, und umgekehrt, in denen sich das klinische Krankheitbild und die anatomische Störung nicht decken. Nach den Vff. liegt der Grund hierfür darin, dass die Zerstörung der Nebennieren, wenn sie allein, d. h. ohne gleichzeitige Nervenstörung besteht, ein von der Addison'schen Krankheit verschiedenes, eigenthümliches Krankheitbild hervorruft, das den schon von Brown-Séquard nach der Exstirpation der Nebennieren beobachteten Erscheinungen entspricht, und das je nach dem Grade der Störung foudroyant (mit plötzlichem Tode) oder akut oder subakut (unter raschen oder langsamen Intoxikationerscheinungen) verläuft. Die blitzartigen Fälle mit unerwartetem tödtlichen Ausgange bei anscheinend völliger Gesundheit sind für den Kliniker und den Gerichtsarzt von besonderem Interesse und müssen ihn veranlassen auch da, wo der Tod nach einer Verletzung oder Operation im Collaps oder Koma, oder unter epileptiformen Krämpfen erfolgte und der Gedanke an eine Gehirnstörung nahe liegt, die Nebennieren genauer zu untersuchen. Die Ergebnisse ihrer Arbeit stellen die Vff. in folgenden Sätzen zusammen:

1) Die Zerstörung der Nebennieren (Tuberkulose, Krebs) kann foudroyante (blitzartig tödtliche), akute oder subakute (Vergiftungs-) Erscheinungen hervorrufen, die den Ergebnissen der experimentellen Zerstörung der Nebennieren entsprechen.

2) Dieser Symptomencomplex, der auch bei der Addison'schen Krankheit, als akut hinzutretende Episode, vorkommen kann, darf nicht mit der Bronzekrankheit, die stets mit Melanodermie verbunden ist, verwechselt werden.

3) Er verhält sich zur Nebennierenstörung ähnlich wie der Icterus gravis zur akuten oder chronischen Hepatitis.

4) Er hat mit der Bronzekrankheit nur die Nebennierenstörung gemein, die auch ohne die erstere vorhanden sein kann.

5) Störung der Nebennieren ist nicht nothwendig mit Addison'scher Krankheit verbunden, und man würde nur den Theil für das Ganze nehmen, wollte man als Addison'sche Krankheit alle klinischen Processe bezeichnen, die mit den destruktiven Veränderungen der Nebennieren verbunden sind.

6) Richtiger ist es, den Rahmen der Pathologie der Nebennieren zu erweitern und die Addison'sche Krankheit nicht mehr als alleinige klinische Aeusserung der Nebennierenstörungen zu betrachten.

7) Der Kliniker und der Gerichtsarzt müssen im Auge behalten, dass die Insufficienz der Nebennieren foudroyante, akute oder subakute Zufälle mit plötzlichem Tode unter Vergiftungserscheinungen hervorrufen kann.

H. Meissner (Leipzig).

342. **Un caso di Morbus Addisoni**; studio del Dott. Cominotti. (Estratto del Periodico Riv. Veneta di Sc. med. XIV. 11; Giugno 1898.)

Eine 40jähr. Frau, die vor 12 Jahren von rechtseitigem Empyem durch Thorakocentese geheilt worden war und vor 10 Jahren an rechtseitiger Ischias gelitten hatte, aber sonst, mit Ausnahme verschiedener Kinderkrankheiten, immer gesund gewesen war, erkrankte vor 3 Jahren plötzlich mit nervöser Unruhe, Schwindel, Schmerzen in der Sacralgegend, Krämpfen und Bewusstlosigkeit. Am folgenden Tage war sie äusserst hinfällig, appetitlos und litt an Brechneigung und Schwindel; nach einigen Tagen zeigte sie bräunliche Färbung des Gesichts, der Hände, des Rumpfes und der unteren Gliedmaassen, sowie einen thalergrossen, dunkelbraunen Fleck auf der Brust; vor 8 Monaten bekam sie ein vereiterndes Lymphom am Halse. Die Untersuchung ergab ausserdem mehrere bohnengrosse, schiefergraue Flecke auf der Zunge und am weichen Gaumen, ferner eine wallnussgrosse, harte, etwas schmerzhafte Geschwulst im rechten Hypochondrium, sowie anämische Geräusche im Herzen und in den Jugularvenen. Durch 6 Monate lang fortgesetzte Behandlung mit trocknem Nebennierenextrakt (Suprarenadin *Merck*, 0.20 g, 4—5mal täglich) besserte sich der Zustand etwas, bis vor 1 Monat wieder ein heftiger Anfall von Adynamie mit Erbrechen und Durchfall sich einstellte und die Kr. in das bürgerliche Hospital zu Triest aufgenommen wurde. Nach einer subcutanen Einspritzung von Suprarenadin (1 g in 10 g physiologischer Salzlösung) liess der Anfall wieder nach, die Hautfärbung wurde heller und die Kr. erholte sich, bis 14 Tage später eine neue Verschlimmerung mit Intoxikationerscheinungen eintrat, die nach 2 Tagen zum Tode führte. Die Untersuchung des Blutes ergab eine beträchtliche Vermehrung der Leukocyten, und zwar betrug die Zahl der polynuclearen Zellen anfangs 54%, der mononuclearen 35%, der eosinophilen Zellen und Uebergangsformen 8%; nach 4monatiger Behandlung mit Suprarenadin 65, 27 und 7%; die rothen Blutkörperchen waren etwas blass, ohne Makro- und Mikrocyten und ohne kernhaltige Zellen.

Es kann hiernach dem Nebennierenextrakt keine objektiv günstige Wirkung zugeschrieben werden, wenn auch die subjektiven Erscheinungen vorübergehend sich gebessert hatten.

Bei der *Sektion* fanden sich die Lungen frei von Tuberkulose, die Milz um das Doppelte vergrössert, weich, dunkelroth, die Nebennieren gleichfalls sehr vergrössert, gänzlich in eine harte, gelbe, käsige Masse verwandelt, ohne Spur eines normalen Gewebes; unter dem Mikroskop zeigten sich Tuberkelbacillen. Verschiedene Mesenterialdrüsen waren gleichfalls verkäst und das Peritonaeum besonders in der Nachbarschaft der Nebennieren und Drüsen, sowie an der Leber mit verstreuten Miliartuberkeln besetzt. H. Meissner (Leipzig).

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/142

343. **Un cas de mélanodermie arsénicale généralisée simulant la maladie d'Addison**; par E. Enriquez et P. Lereboullet. (Gaz. hebd. XLVI. 54; Juillet 1899.)

In Folge fortgesetzter Arsenikbehandlung stellen sich nicht selten gelblich- bis dunkelbraune Pigmentflecke der Haut ein; dagegen wird nur ausnahmeweise, wie im folgenden Falle, allgemeine Melanodermie beobachtet.

Ein 47jähr. Mann, früher immer gesund, begann seit April 1897 etwas abzumagern und bekam im October einen ekzematösen Ausschlag an beiden Füssen und Händen. Vom 19. Oct. an nahm er auf Anordnung des behandelnden Arztes Solut. Fowleri (täglich 16 Tropfen) und setzte die Behandlung fort, auch als sich Mitte Januar 1898 Ohnmachtanwandlungen und Stechen in den Augen mit Conjunctivitis einstellten. Im März zeigte sich zuerst eine dunklere Färbung der Haut, anfänglich nur an einzelnen Stellen, vom April an über den ganzen Körper verbreitet; daneben heftige Conjunctivitis mit Thränenfluss und Trockenheit des Halses. Wegen der allgemeinen Melanodermie, der fortschreitenden Abmagerung und der leichten Adynamie diagnosticirte der Arzt Addison'sche Krankheit und setzte die Arsenbehandlung fort. In der Folgezeit nahmen die Pigmentirung und die Abmagerung zu; dagegen wurden keine gastrointestinalen Erscheinungen, kein saburraler Zungenbelag, keine Lendenschmerzen beobachtet und die Asthenie war bis zum Juni 1899 fast ganz geschwunden. Die Haut war jetzt überall stark pigmentirt wie bei der Addison'schen Bronzehaut, aber nicht gleichmässig; überall, besonders aber am Rumpfe, zeigten sich hellere, undeutlich abgegrenzte, nicht vitiligoartige Flecke, abwechselnd mit ganz dunkeln Flecken; die bei der Addison'schen Krankheit besonders dunkel gefärbten Hände, Füsse und Genitalien waren weniger pigmentirt. An der Mundschleimhaut fand man in der rechten Hälfte der Unterlippe einen linsengrossen violetten Fleck und eine schiefrige Färbung beider Lippencommissuren, sonst keine Pigmentirungen. An beiden Hohlhänden und noch mehr an den Fusssohlen starke Verdickung der Haut und viele harte, linsengrosse, nicht schmerzhafte Knötchen, entsprechend der Keratosis palmaris und plantaris arsenicalis, ohne Pigmentirung; beide Conjunctiven stark injicirt, schmerzhaft; keine Lähmungerscheinungen, keine Veränderungen an den Lungen, dem Herzen u. s. w. nachweisbar.

In den bisher bekannten Fällen von allgemeiner Pigmentirung in Folge von Arsenicismus zeigte sich die Färbung meist erst nach 2—3 Monaten, seltener nach 2—3 Jahren, nur 1mal (nach Rattengift in 1 Falle von Juliano Moreira) höchst akut; stets war das Pigment in helleren und dunkleren Flecken vertheilt und namentlich entsprachen die Fälle von Matthieu und Geyer ganz dem mitgetheilten Falle. Die geringe Menge des einverleibten Arseniks beweist nichts, da hier nach 18 Monate lang fortgesetztem Gebrauche des Arseniks 4 g aufgenommen wurden und die Pigmentirung nach $1^1/_2$ g erfolgte, während in anderen Fällen schon viel geringere Mengen die Pigmentirung hervorriefen. Für diese Annahme würde noch der weitere Verlauf sprechen. In wenigen Fällen (von Richardière u. A.) schwand die Pigmentirung nach dem Aufhören der Arsenikwirkung mehr oder weniger schnell, mit oder ohne Abschuppung und auch hier wurde die Pigmentirung 3 Wochen, nachdem die Arsenikbehandlung aufgehört hatte, auffällig schwächer, der lichenoide Zustand der Hände und Füsse besserte sich, die Conjunctivitis und die Trockenheit im Halse schwand, doch kann bei der chronischen Entwickelung des Processes und der starken Pigmentirung nur ein allmähliches Schwinden der Erscheinungen erwartet werden.

Ueber die Pathogenie der Melanodermie, sowie über die Bedeutung der Nebennieren und des Sympathicus bei der Pigmentbildung vermag auch dieser Fall keine Aufklärung zu geben. Bemerkenswerth war nur, dass das Arsen hier nur die auffälligen Hauterscheinungen, aber keine Verdauungstörungen oder Nervenzufälle hervorrief. Spätere Beobachtungen werden vielleicht ergeben, dass die fleckenweise marmorirte Anordnung des Hautpigments ein Charakteristicum der arsenikalen Melanodermie ist. H. Meissner (Leipzig).

344. **Contributo allo studio della spondilosi rizomelica**; per V. Ascoli. (Policlin. V. 23. p. 537. 1898.)

A. beschreibt einen neuen Fall von chronischer ankylosirender Entzündung der Wirbelsäule und der grossen Gliedmaassengelenke, jener seltenen Erkrankung, der P. Marie neuerdings den Namen „Spondylose rhizomélique" gegeben hat.

Die 32jähr. Kr. war mit 20 Jahren luetisch inficirt worden. 2 Jahre später erkrankte sie mit heftigen Schmerzen in der rechten Hüfte und im Steissbeine. 5 Jahre nach Beginn des Leidens traten auch Kreuzschmerzen auf, die in die Wirbelsäule ausstrahlten. Die anfangs periodischen Schmerzen wurden bald andauernd und zwangen die Kr., beim Gehen eine gebeugte Haltung einzunehmen. Verschiedene antisyphilitische Kuren brachten ihr nur vorübergehend Erleichterung und vermochten das Fortschreiten der Krankheit nicht aufzuhalten. Nach 3 Jahren (also 8 Jahre nach Beginn der Krankheit) wurden das rechte Bein und bald auch das linke Bein und der linke Arm steif und gebrauchsunfähig. Ungefähr gleichzeitig wurde auch die Wirbelsäule befallen, die allmählich in ihrer ganzen Ausdehnung vollkommen unbeweglich wurde. Bei der Aufnahme in die Baccelli'sche Klinik fiel der gute Ernährungzustand der seit 11 Jahren leidenden und seit 2 Jahren andauernd bettlägerigen Pat. auf. Die Untersuchung ergab zunächst eine vollständige Ankylose der ganzen Wirbelsäule, indessen keine Veränderungen an den einzelnen Wirbeln. Bei Bewegungsversuchen heftige Schmerzen. Auch das linke Schultergelenk und beide Hüftgelenke waren vollkommen steif, der in Adduktionstellung gehaltene linke Oberarm und die bis zu einem Winkel von 90, bez. 100° gebeugten Oberschenkel ganz unbeweglich. Das rechte Schultergelenk war ebenfalls nicht mehr frei, besonders die Abduktion des Armes war beschränkt und schmerzhaft. Während von den Ellenbogengelenken nur das linke und auch dieses nur in geringem Grade ergriffen war, hatten beide Kniegelenke, das linke schon durch die Verlöthung der Kniescheibe mit dem Oberschenkel, ihre Beweglichkeit erheblich eingebüsst. Die distalen Gliedmaassengelenke (der Hand und des Fusses) waren beiderseits vollkommen frei. In der Chloroformnarkose liessen sich in den Kniegelenken und im linken Schultergelenke beschränkte Bewegungen ausführen, wobei ein Krachen zu hören und zu fühlen war; die Wirbelsäule und die Hüftgelenke blieben auch in der Narkose ganz unbeweglich. Wie die Röntgen-Untersuchung bestätigte, fanden sich keine Deformitäten an den Gelenken. Die Musku-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/143

latur des linken Oberarmes und der Ober- und Unterschenkel war mehr oder weniger atrophisch [die elektrische Untersuchung ist unvollständig und deshalb kaum zu verwerthen. Ref.]. Die Sehnenreflexe „lassen sich an den unteren Extremitäten nicht auslösen", an den oberen waren sie deutlich. Hautreflexe lebhaft. Sensibilitätstörungen fehlten. Die inneren Organe nicht nachweislich verändert.

Nach Besprechung der wenigen bisher beobachteten Fälle, unter denen die Fälle Strümpell's, Bäumler's und P. Marie's die wichtigsten sind, kennzeichnet A. die Erkrankung als eine chronische Arthritis, die aber im Gegensatze zu den gewöhnlichen Formen des chronischen Gelenkrheumatismus in erster Linie die Wirbelsäule und an den Gliedmaassen die grossen proximalen Gelenke befällt, um von diesen allmählich auf die weiter distal gelegenen überzugehen. Die chronische Entzündung betrifft nach A. die bindegewebigen Theile des Gelenks: die Gelenkkapsel, die Gelenkbänder und das periartikuläre Bindegewebe, später wohl auch die in der Nähe des Gelenks sich inserirenden Sehnen. Die oft sehr beträchtliche Verdickung und Retraktion kann zu einer vollständigen Ankylose oder, wie A. bei dem Fehlen von Sektionbefunden lieber will, einer „Pseudoankylose" führen.

A. schildert alsdann den Verlauf der Krankheit, die mit Vorliebe jüngere Personen und, wie es scheint, häufiger Männer befällt. In den vorgeschrittenen Fällen sind Kopf, Rumpf und Oberschenkel, vielleicht auch noch die Oberarme, fest mit einander verbunden; die Kranken können schliesslich nur noch liegen, und zwar nehmen sie der Schmerzen wegen in gekrümmter Haltung die Seitenlage ein. Die Behandlung besteht in der Anwendung warmer Bäder, der verschiedenen mechanischen Methoden (Bäumler) und des elektrischen Stromes. Janssen (Rom).

345. **Die chronisch ankylosirende Entzündung der Wirbelsäule**; von Hoffa. (v. Volkmann's Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 247. 1899.)

Das von Strümpell beschriebene Krankheitbild sucht H. sicherzustellen durch Zusammentragen der Casuistik und Hinzufügung eines Falles eigener Beobachtung.

Gemeinsam ist allen Fällen, dass sie mit einer völligen Steifigkeit der Wirbelsäule und einer mehr oder weniger ausgesprochenen Versteifung des Hüftgelenks, gelegentlich auch des Schultergelenks, in die Erscheinung treten. Die Ankylosirung schreitet von unten nach oben fort an der Wirbelsäule. Die kleinen Extremitätengelenke bleiben frei.

Die Differentialdiagnose ist gegen Spondylitis tuberculosa leicht, schwieriger gegen Arthritis deformans. Doch ist nach H.'s Ansicht bei letzterer die Versteifung nicht so vollständig, die Schmerzhaftigkeit dagegen im Allgemeinen erheblicher.

Immerhin scheint dem Ref. hier eine scharfe Grenze nicht gezogen.

Auch die Aetiologie ist nicht klar. Rheumatische Schädlichkeiten kommen in Betracht, aber auch infektiöse Ursachen, ferner übermässige Inanspruchnahme.

Therapeutisch wird Massage und Gymnastik empfohlen. Vulpius (Heidelberg).

346. **Ostéomalacie masculine**; par Berger. (Presse méd. VII. 52. 1899.)

Ein höchst merkwürdiger Fall rasch fortschreitender Osteomalacie der Extremitäten, einsetzend bei einem 20jähr. Manne.

Die Krankheit hatte zu ganz ungeheuerlichen Verbiegungen der Extremitäten geführt, die durch Röntgenbilder genau erkannt werden konnten.

Alle Medikationen erwiesen sich als vergeblich.

Vulpius (Heidelberg).

347. **Perichondritis laryngea bei Scharlach**; von Dr. Hugo Kraus. (Prag. med. Wchnschr. XXIV. 29. 30. 1899.)

Bei einem an schwerem Scharlach erkrankten Kinde, das tagelang schwer benommen und delirirend darniederlag, traten plötzlich Erscheinungen von Larynxstenose auf, die zur Intubation und später zur Tracheotomie zwangen. Die Diagnose wurde durch die laryngoskopische Untersuchung auf Larynxabscess gestellt und erfuhr eine Bestätigung, als 24 Std. nach der Operation plötzlich eine grosse Menge Eiter ausgehustet wurde. Das laryngoskopische Bild zusammen mit der Schwere der zu Grunde liegenden Erkrankung, der Status typhosus, in dem das Kind sich befand, erhöhten die Wahrscheinlichkeit, dass eine Perichondritis laryngea vorliege. Der Tod des Knaben erfolgte durch die bald nach dem Durchbruche des Abscesses eintretenden schweren Complikationen. Die *Sektion* bestätigte die Diagnose, gab jedoch keinen Aufschluss über die Entstehungsweise des Abscesses.

H. Beschorner (Dresden).

348. **Ueber einen Fall von chronischem Schleimhautpemphigus der oberen Luftwege und der Conjunctiva bei vorhandenem Diaphragma des Kehlkopfes**; von Dr. Richard Otto in Dorpat. (Petersb. med. Wchnschr. N. F. XVI. 26. 1899.)

In O.'s Falle war, obwohl die laryngoskopisch zu übersehenden Theile des Kehlkopfes und seiner Umgebung Zeichen einer Pemphiguserkrankung nicht darboten, der Process sich vielmehr im Glottisraume abgespielt zu haben schien, die Möglichkeit einer durch die Schleimhauterkrankung bedingten Verwachsung, Membranenneubildung nicht ohne Weiteres von der Hand zu weisen. Der Mangel eines entsprechenden Präcedenzfalles, die Symmetrie der Membran und das übrige Verhalten des Kehlkopfes drängten aber zur Annahme eines Diaphragma congenitalen Ursprunges. Die hier ebenfalls vorliegende Augenliderkrankung, die sich nur auf eine Schrumpfung der Schleimhaut bei vollkommen intakter Oberhaut bezog, ist eine sehr seltene Erkrankung bei Pemphigus.

O. stellt die bisher bekannten 8 Fälle von Pemphigus der oberen Luftwege, die unter Mitbetheiligung der Augenlidschleimhaut verliefen, zusammen. Er kommt zu dem Schlusse, dass man einen exfoliativen Pemphigus von einem adhärent-fibrinösen zu trennen habe. Jeder von beiden habe seine besondere Vorzugstelle, seinen besonderen Verlauf u. s. w. Für die Aetiologie der Krankheit kann die vorliegende Veröffentlichung keine neuen Gesichtspunkte erbringen. H. Beschorner (Dresden).

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/144

349. **Ein casuistischer Beitrag zur Gummibildung im Larynx**; von Dr. H. Cordes. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 25. 1899.)

Der vorliegende Fall gelangt zur Veröffentlichung nicht wegen der Gummibildung an sich, sondern wegen des Sitzes des Processes im Stimmbande und des Fehlens bemerkbarer Geschwürserscheinungen an der Oberfläche. Besonders interessant aber war der histologische Befund eines zur Sicherung der Diagnose entfernten Stückes der tumorartigen Vorwölbung, der durch den Nachweis der dicken und derben Fibrinauflagerung die diagnostischen Schwierigkeiten aufklären konnte.

H. Beschorner (Dresden).

350. **Zur Kenntniss der Knochenneubildung in der Luftröhre;** von Dr. H. von Schrötter. (Wien. med. Wchnschr. XLIX. 15. 1899.)

Nachdem die echte Knochenneubildung in der Trachea *an der Leiche* (zuerst 1878 von Chiari) nachgewiesen worden war und man erkannt hatte, dass es sich in derartigen Fällen nicht um Knochenneubildungen in der Schleimhaut, sondern um in Knochengewebe transformirte Ekchondrosen der trachealen Knorpelringe handle, wies zuerst L. v. Schrötter *klinisch* auf derartige Veränderungen hin. Es handelte sich in dem von ihm beobachteten Falle laryngoskopisch um ein multiples, aus starren weissen Protuberanzen gebildetes Netz in der Höhe des 5. bis 9. Trachealringes, welches keine besonderen Beschwerden verursachte. In dem der gegenwärtigen Mittheilung zu Grunde liegenden Falle handelte es sich um einen isolirten grösseren Knochentumor, der ambulatorisch in mehreren Sitzungen mit gutem Erfolge abgetragen wurde. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte übrigens die klinische Diagnose.

H. Beschorner (Dresden).

VII. Geburtshülfe, Frauen- und Kinderheilkunde.

351. **Ueber die Grenzen der Aseptik gegen die Antiseptik**; von Dr. Ernst Odebrecht in Berlin. (Samml. zwangl. Abhandl. aus d. Gebiete d. Frauenhkde. u. Geburtsh. von Dr. M. Graefe. III. 1. Halle 1898. C. Marhold. 8. 25 S. 1 Mk.)

Für die Mehrzahl der Operationen ruht nach O. der Angelpunkt der Aseptik in der Desinfektion der Hände des Operateurs. Zur Seifenwaschung empfiehlt O. besonders gereinigte grüne Seife, die zunächst ohne Wasser und Bürste in die Haut hineingerieben wird. Nach der ersten Waschung folgt die Bürstenreinigung, dann Alkohol und Sublimat. Zur Naht empfiehlt O. Jodoformseide.

O. hält eine beschränkte Anwendung der Antiseptica für empfehlenswerth. „Wenn man eine halbe oder ganze Stunde operirt, während dieser Zeit die Hände zu den verschiedensten Malen mit wenn auch schwachen antiseptischen Lösungen in Berührung bringt, so muss dieser Umstand dazu beitragen, die keimfrei gemachten Hände weiter keimfrei zu erhalten; und diese Hände sind in ständiger Gefahr, ihre volle Keimfreiheit zu verlieren. Der Wunde und dem Peritonaeum schaden sie in dieser Form weniger als sie nützen, denn wenn so schwache Lösungen auch auf Streptokokken und Staphylokokken nicht tödtend wirken, so hemmen sie doch die Entwickelung.“

Nur wer seiner selbst, seiner Assistenz, des Operationraumes und alles dessen, was mit der Wunde in Berührung kommen kann, so sicher ist, dass er voll vertraut, soll nach O. Aseptik treiben. Wie aus der Antiseptik allmählich eine Aseptik geworden ist, so sollte nach O. sich auch der Einzelne durch die erstere zur letzteren erst durcharbeiten. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

352. **Der Alkohol als Desinficiens,** *ein Beitrag zur Lehre von der Haut- und Händedesinfektion, der Behandlung des Nabelschnurrestes und inoperabler Nabelschnurhernien, der Prophylaxe der Ophthalmoblennorrhöe der Neugeborenen, der puerperalen septischen Endometritis und der Sterilhaltung der Instrumente;* von F. Ahlfeld. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 2. p. 117. 1899.)

A. benutzt den Alkohol, wie der Titel der Abhandlung zeigt, zu den verschiedensten Zwecken. Gegenüber den Aerzten, denen die Händedesinfektion nicht gelang, beharrt A. darauf, dass die Heisswasser-Seifen-Alkoholdesinfektion von den üblichen Methoden der Händedesinfektion einzig und allein im Stande ist, die Hand zu sterilisiren.

Zur Desinfektion des Nabelschnurrestes befeuchtet A. den auf 2 cm gekürzten Nabelschnurrest, den Nabelkegel und die Umgebung des Nabels mit 96proc. Alkohol, legt einen Bausch steriler Watte auf und fixirt diesen mit einer Nabelbinde. Bis zum Abfallen des Nabelrestes wird das Kind nicht gebadet; der Verband wird nicht gewechselt.

Zur Prophylaxe der Ophthalmoblennorrhöe hat A. Einträufelungen mit $47^1/_2$proc. Alkohol mit gutem Erfolg gemacht.

Endlich macht A. in jedem Falle von Fieber in der Geburt und weiter in den Geburtsfällen, in denen länger dauernde intrauterine Manipulationen nothwendig wurden, eine Uterusausspülung mit 50proc. Alkohol, die unter Umständen wiederholt wird. A. ist mit seinen Resultaten sehr zufrieden.

Zur Aufbewahrung der sterilisirten Instrumente u. s. w. empfiehlt A. ebenfalls den 96proc. Alkohol.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

353. **Ein Fall von primärer Tuberkulose der Vulva einer Erwachsenen und ihre Beziehungen zum Ulcus rodens vulvae (Veit)**; von A. Rieck. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. p. 842. Juni 1899.)

39jähr. Frau. Eine normale Geburt, 2 Fehlgeburten, letzte vor 11 Jahren. Vor 9 Jahren starb der Ehemann

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/145

an Schwindsucht, er soll auch an Syphilis gelitten haben. Die Frau erkrankte vor 4 Jahren mit Blasenkatarrh. Im März 1896 wurde ein Geschwür an der Harnröhrenmündung operirt, danach 4 Wochen Schmierkur ohne Erfolg. Im Sommer 1897 kam Pat. zuerst in die A. Martin'sche Poliklinik. Status am 3. Mai 1898: Zwischen Kitzler und Harnröhre ein fast 2 markstückgrosses Geschwür mit schlaffen Rändern und hochrothem Grund. Umgebendes Gewebe leicht geschwellt und geröthet. Auf beiden kleinen Schamlippen kleinere Geschwüre. Linke kleine Schamlippe elephantiastisch verdickt. Im Sekret der Wunde für Tuberkulose sich typisch färbende Bacillen, im herausgeschnittenen Gewebe aber nichts Derartiges. Später wurden im Institut für Infektionskrankheiten Gonokokken gefunden, keine Tuberkelbacillen. Am 27. Aug. 1898 wurde Pat. zum 2. Male in die A. Martin'sche Klinik aufgenommen. Jetzt fand sich an der freien Kante der linken Nymphe eine 5 : 3 : 2 cm messende papillomatöse Wucherung, an der Aussenseite der Lippe ein 3 cm langer Defekt. Am oberen Rande der rechten kleinen Lippe eine bohnengrosse Schwellung mit 2 Eiter entleerenden Fisteln. Zwischen beiden Nymphen unterhalb des Kitzlers eine grosse Geschwürfläche, die auf die rechte und linke kleine Lippe überging. Die letztere wies einen flachen, theils schon von Epithel bekleideten, theils noch von frischen Wundflächen begrenzten Hohlraum auf, dessen beide Hauptwände einander anlagen und verschiedene Löcher zeigten. Die Harnröhre lag tief hinten; wie viel von ihr fehlte, war nicht sicher zu bestimmen. Beide kleine und ein Theil beider grossen Schamlippen, sowie der Kitzler wurden theils mit dem Messer, theils mit dem Thermokauter abgetragen, die ganze Wundfläche aber verschorft. Die Wunde vernarbte gut, nur zu beiden Seiten der Harnröhre war nach ¾ Jahren ein schmaler Streifen noch nicht überhäutet. Das Allgemeinbefinden hatte sich wesentlich gehoben; nur noch Klagen über Harndrang.

Die mikroskopische Untersuchung der entfernten Theile ergab, dass es sich um zweierlei handelte: 1) um ein chronisches, continuirlich sich fortsetzendes Geschwür der Vulva, das durch Tuberkulose (nur an der einen frischen Stelle der Erkrankung am oberen Rande der rechten kleinen Lippe fanden sich typische tuberkulöse Stellen und Riesenzellen, Verkäsung und massenhafte Tuberkelbacillen) in der Art hervorgerufen war, dass Tuberkelbacillen in etwas tieferen Schichten der Haut, bez. Schleimhaut bald hier, bald da typische Tuberkel erzeugten, die durch reaktive Entzündung und Eiterung ausgestossen wurden und einfach chronisch entzündliche eiternde Flächen, deren tuberkulöse Aetiologie an sich nicht mehr nachweisbar war, zurückliessen und 2) um eine elephantiastische entzündliche Wucherung der Haut, die nicht tuberkulöser Natur war, vielmehr ihre Ursache in einer Lymphgefäss- und Venenstauung hatte, die durch eine centralwärts, in Folge von (tuberkulöser) Ulceration und Infiltration bedingte Verminderung, bez. Verengerung der ableitenden Gefässbahnen hervorgerufen war.

Die Erkrankung ist in diesem Falle als ein primäres Ulcus tuberculosum vulvae, als rein lokale Tuberkulose anzusehen, die von Scrophuloderma, Lupus vulvae und sekundärer Hauttuberkulose zu unterscheiden ist.

Obwohl dieser Fall bisher der einzige ist, in dem die Tuberkulose im Gewebe nachgewiesen ist (im Falle von Viatte wurden Tuberkelbacillen in ausgeschabten Granulationen nachgewiesen), nimmt R. an, dass viele Fälle, die unter der Bezeichnung Ulcus rodens vulvae gehen, primäre Tuberkulosen sind. J. Praeger (Chemnitz).

354. **Corps étranger du vagin (boîte métallique restée enkystée pendant cinq ans au fond du vagin)**; par V. Dujon. (Ann. de Gynécol. XXVI. 51. p. 206. Mars 1899.)

Das 19jähr. Mädchen litt seit 2 Jahren an stinkendem Ausfluss aus der Scheide. Vor 5 Jahren hatten 2 junge Leute ihr eine Pomadenbüchse aus Metall mit Deckel 3 cm hoch und 3½ cm breit in die Scheide eingeführt. Diese war im Scheidengewölbe eingewachsen; vor ihr hatte sich eine dicke, feste Scheidenverwachsung gebildet, in der Mitte mit einer Oeffnung, die kaum die Zeigefingerspitze einliess. Die Regel war ½ Jahr nach Einführung der Büchse aufgetreten und immer regelmässig gewesen. Nach Erweiterung der Scheidenverengung wurde zunächst der Deckel, dann die Büchse selbst entfernt, die im hinteren Scheidengewölbe lag. Es zeigte sich, dass die letztere eine Mastdarmscheidenfistel erzeugt hatte, die den stinkenden Ausfluss veranlasste. Nach Entfernung des Fremdkörpers schloss sich die Fistel von selbst; in der Scheide blieb eine ringförmige Verengung zurück. J. Praeger (Chemnitz).

355. **Zur Kenntniss des erworbenen Scheidenverschlusses und dessen Folgezustände;** von Dr. E. Kummer in Genf. (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte XXIX. 1. 2. 1899.)

Die 24jähr. Frau erlitt bei ihrer Niederkunft einen ausgedehnten Scheiden-Damm-Mastdarmriss. Am 9. Juni 1896, 6 Wochen nach der Geburt, isolirte Naht der vorderen Mastdarm-, der hinteren Scheidenwand und Dammplastik. Heilung mit völliger Continentia alvi. Die Vagina war bei der Entlassung nur ca. 4 cm lang, nach oben durch eine mit dem fühlbaren Collum uteri verwachsene Narbe hermetisch abgeschlossen. Am 15. Sept. 1896 wurde die Freilegung des Gebärmutterhalses versucht. Während des ganzen Jahres 1897 normale Menstruation; seit Anfang 1898 Perioden schmerzhaft und wenig reichlich. Wegen Steigerung der Beschwerden und peritonitischen Erscheinungen am 23. Juni 1898 Laparotomie: ausgedehnte Verwachsungen, jauchiger Abscess zwischen den Darmschlingen. Eröffnung des Abscesses, Totalexstirpation von Uterus und Adnexen. Nach 4 Wochen wurde die Operirte geheilt entlassen.

Von Hämatometra oder Hämatosalpinx war nichts vorhanden. Ein reichlicher Blutabgang aus dem Mastdarm am Tage vor der Operation ist nach K. wohl als Perforation der Hämatocele zu betrachten. Dass eine Perforation des Darmes wirklich vorlag, wurde durch eine später auftretende Kothfistel bewiesen; eine Darmverletzung während der Operation schliesst K. aus. Da die Hauptmasse des Blutes vor der Operation durch die Perforationöffnung entleert worden war, fand sich bei der Operation nur Eiter vor.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

356. **Ueber zwei Geburten bei Scheidenatresie**; von Dr. A. M. Eberlin in Moskau. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XL. 1. p. 12. 1899.)

Die erste Beobachtung betraf eine 21jähr. Erstgebärende. Erste Menstruation im 16. Lebensjahre, Menses stets von heftigen Schmerzen begleitet. Seit 10 Mon. war Pat. verheirathet, bald nach der Verheirathung stark ätzender Ausfluss aus der Scheide. 24 Stunden nach dem Wehenbeginn wurde von E. hart hinter dem Hymen eine fleischige, ca. 1 cm dicke, den Scheideneingang völlig verschliessende Membran gefunden; in der Mitte der Membran eine feste, einige Millimeter lange Narbe. Kreisförmige Excision der Narbe, 6 Seidenligaturen. Spontane Geburt eines lebenden reifen Kindes.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/146

Die zweite Beobachtung war der ersten sehr ähnlich. Die abschliessende Membran wurde mit dem untersuchenden Finger an ihrer dünnsten Stelle perforirt, dann mit der Scheere durchtrennt und die Ränder wurden mit 12 Suturen geschlossen. Spontane Geburt.

Beide Atresien waren erworben. Ging die Atresie auf dem Boden einer congenitalen Stenose vor sich, so ist die Ursache dieses Ueberganges entweder eine Vaginitis gonorrhoica oder ein Trauma sub coitu. Therapeutisch empfiehlt E., das Hinderniss von Seiten der Membran frühzeitig zu entfernen und sich dabei nicht auf die austreibenden Kräfte des Uterus zu verlassen. Die beste Methode ist nach E. hierfür die Excision der Membran in toto mit nachfolgender Vernähung der Ränder. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

357. **Zur Aetiologie und Therapie der Gynatresien, insbesondere des Hämatosalpinx bei Gynatresie**; von Dr. F. Mainzer in Berlin. (Arch. f. Gynäkol. LVII. 3. p. 681. 1899.)

Die Veit-Meyer'sche Hypothese: die Hämatosalpinx ist das Kriterium für infektiös erworbene Atresie und der Hämatosalpinx-Inhalt ist das Produkt bakterieller Entzündung, besteht nicht zu Recht. Auch die Behauptung Nagel's, dass ein Solidbleiben der Scheidenanlage bei normal entwickeltem Uterus aus entwickelunggeschichtlichen Gründen undenkbar sei, ist nicht haltbar. Anzuerkennen ist immerhin, dass erworbene Atresien relativ häufig vorkommen. Der Verschluss des abdominalen Tubenostium ohne Infektion ist lediglich durch Adhäsionbildung in der Umgebung ergossenen Blutes möglich. In einem derartigen Falle wurde von L. Landau operirt. Der Hämatosalpinxinhalt zeigte keine Spur von Mikroorganismen, die Fimbrien waren durch perisalpingitische Schnürung einander genähert und bildeten einen Engpass, den Blutgerinnsel verstopften.

Bei Behandlung der Atresie ist darauf zu achten, ob die Tuben betheiligt sind oder nicht, und andererseits, ob wir einfache oder doppelte Genitalien vor uns haben. Bei Hämatosalpinx ist stets die Laparotomie angezeigt, ist daneben nur eine leicht zu durchtrennende Hymenal- oder Vaginal-Atresie vorhanden, so kann diese noch bei offener Bauchhöhle incidirt werden, ist der Verschluss fester, so trennt man ihn nach beendeter Laparotomie. Bei doppelten Genitalien ist auch dann die Laparotomie der einfachen Eröffnung vorzuziehen, wenn eine exakte Diagnose nicht gestellt werden kann. Meist gelingt es durch Schonung der Adnexe der einen Seite die Zeugungfähigkeit zu erhalten. Bei irreparabler Erkrankung beider Adnexe sind diese zu entfernen, durch die Castration pflegt dann auch eine vorhandene Hämatometra zur Rückbildung geführt zu werden. Ist ein einseitiger Uterus mit Blutstauung leicht zu entfernen, so hat man die Exstirpation vorzunehmen. Sind beide Uterushälften innig verbunden und ist eine Hämatosalpinx nur auf der atretischen Seite vorhanden, wie das am häufigsten der Fall ist, so wird gegen eine doppelseitige Entfernung der Adnexe nichts zu sagen sein, da beim Erhaltensein der gesunden Adnexe die Beschwerden der Hämatometra fortbestehen würden; unter Umständen, so bei der Möglichkeit, dem Blut nach unten hin einen Ausgang zu schaffen, dürfte aber auch hier der Versuch erlaubt sein, die gesunden Adnexe und somit die Zeugungfähigkeit zu schonen.

Brosin (Dresden).

358. **Prolapsus recti bei einer bisher nicht beschriebenen Missbildung des Afters („extramediane Afterspalte"): Heilung desselben durch Proktoplastik**; von Dr. Th. Schrader in Halle a. S. (Arch. f. Gynäkol. LVIII. 1. p. 169. 1899.)

An der Frucht weiblichen Geschlechtes einer Syphilitischen fand sich neben einer Spina bifida occulta links von der Rhaphe die Afteröffnung in Form einer pfennigstückgrossen Grube, aus der sich die Mastdarmschleimhaut vorstülpte. Obwohl der Sphincter tertius eine gewisse Continenz ermöglichte, wurde von Prof. Fehling wegen des Prolapsus eine Proktoplastik ausgeführt. Die Afteröffnung wurde umschnitten, der Mastdarm eine Strecke weit frei gemacht und unter Verkleinerung seiner Oeffnung in einen Hautring eingenäht, der nach theilweiser Vernähung der Wundfläche zu seiner Aufnahme frei blieb. Während der kurzen Beobachtungdauer blieb das Kind gesund.

Die Erklärung für die Entstehung der extramedianen Afterspalten sieht Schr. in amniotischen Verwachsungen, obwohl bei der Geburt keine mehr nachzuweisen waren. Eben diesen supponirten Amniossträngen wird die Bildung eines Hautgrübchens unweit der Afteröffnung und eines Pes calcaneus zugeschrieben. Brosin (Dresden).

359. **A case of cyst of the urachus with notes on urachal and so-called „allantoic cysts"**; by Alb. Doran, London. (Med.-chir. Transact. Vol. 81. London 1898.)

Eine 59jähr. Frau litt seit 9 Monaten an Schmerzen im Unterleib, seit 2 Monaten an einer Anschwellung des Leibes, etwas links von der Mittellinie. Zeitweise peritonitische Anfälle. Bei der Untersuchung wurde eine von der Schamfuge bis zum Nabel reichende fluktuirende, anscheinend etwas bewegliche Geschwulst festgestellt. Bei der Beckenuntersuchung fand sich die Gebärmutter anteflektirt hinter der Geschwulst. Der Harn war eiweissfrei, ohne Sediment. Bei der Operation am 6. Oct. 1897 wurde unterhalb der Fascie eine dicke gelbe Membran sichtbar. Nachdem sie eingeschnitten war, entleerte sich eine grünbraune Flüssigkeit. In Nabelhöhe schlug sich die Membran nach hinten um und bildete so eine Scheidewand zwischen der Höhle und den darüber gelegenen Därmen und Netz. Nun wurde ein 2. Hohlraum weiter unten, direkt über der Harnblase gefühlt und eröffnet, der die gleiche Flüssigkeit enthielt. Da eine Lostrennung der Wand von der Blasenwand unmöglich erschien, entfernte D. nur die Zwischenwand zwischen beiden Hohlräumen und tamponirte. Am 27. October wurde Pat. entlassen, am 11. November war die Höhle fast vernarbt, am 6. März 1898 war auch die restirende Fistel geschlossen.

Nach dem Befund bei der Operation und dem mikroskopischen Ergebniss (die excidirte Zwischenwand bestand hauptsächlich aus glatten Muskelfasern) glaubt D.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/147

berechtigt zu sein, die Geschwulst für eine Urachuscyste zu halten. Die eigenthümliche Form der Geschwulst in seinem Falle (doppelter Hohlraum) ist erklärlich, wenn man die Formveränderungen betrachtet, die in den Fällen von geringerer cystischer Erweiterung des Urachus vorkommen. Die als Allantoiscysten zuerst von L. Tait und Byron Robinson beschriebenen Fälle hält D. für abgesackte peritonitische Ergüsse, meist, wenn nicht immer tuberkulösen Ursprungs. D. betont, dass man bei Exstirpation sorgsam das Verhältniss der Cyste zur Blase beobachten muss, da die Blase leicht verletzt werden kann, aber auch eine klappenartige Verbindung zwischen Blase und Urachuscyste bestehen kann. Ist die Entfernung der Cystenwand unmöglich, so empfiehlt D. theilweise Naht und Drainage. Zum Schluss fügt er noch einen kurzen Bericht über 2 in der Royal med. and chir. Soc. von Bryant vorgetragene Fälle von Urachuscysten bei. J. Praeger (Chemnitz).

360. **Ueber die Behandlung der Entzündungen des Uterus und seiner Adnexe durch intrauterine Injektionen**; von Dr. G. J. Lebedeff. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXIII. 28. 1899.)

Auf Grund eines Materials von 37 Kranken, denen 1355 Intrauterininjektionen gemacht wurden von Tinct. jodi, Spirit. vin. rect. (97%) ana 25.0, Alumnol 2.5 empfiehlt L. diese täglichen Injektionen, zu denen er neuerdings nicht mehr Alumnol zusetzt. Einzelnen Patienten wurden 40—60 Injektionen gemacht. Glaeser (Danzig).

361. **Tod nach Injektion von Chlorzink in den Uterus**; von Max Schmid. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. p. 860. 1899.)

Eine 24jähr. Frau wurde in der Abtheilung Torggler's in Klagenfurt wegen ihrer Endometritis mehrmals mit Aetzflüssigkeiten, Jodtinktur, Ferripyrin oder 50proc. Chlorzink behandelt, unter Anwendung der *Playfair*'schen Sonde, des *Sänger*'schen Silberstäbchens oder der *Braun*'schen Spritze. Mit letzterer wurde Chlorzink 3mal eingespritzt, ohne dass nennenswerthe Beschwerden eintraten, bei der 4. Einspritzung, die poliklinisch gemacht wurde, gelangte Chlorzinklösung auch in den linken Eileiter und bewirkte eine Bauchfellentzündung, die 8 Stunden nach der Einspritzung tödtlich endete. Diesen Ausgang schiebt Schm. dem elenden myokarditischen Herzen zu, besonders da die Kr. am Tage der letzten Einspritzung durch einen übergrossen Marsch erschöpft war. Bemerkenswerth ist, dass der Eileiter nur in $^3/_4$ seiner Länge verschorft war. Die Eileitermündung eben so wie das Perimetrium zeigte keine Verschorfung.

Auch dieser Fall warnt wieder vor Anwendung der *Braun*'schen Spritze, besonders vor Einspritzung von Chlorzinklösung mit derselben. J. Praeger (Chemnitz).

362. **Ueber Uterusblutungen**; von Dr. Paul Strassmann in Berlin. (Berl. Klinik Heft 124. 1898.)

Str. bespricht speciell die gynäkologischen Uterusblutungen und unterscheidet zunächst die aus dem unteren Uterusabschnitte stammenden von den aus dem Corpus kommenden. Von Krankheiten, die erstere bedingen, kommen in Frage: die Erosion, der gutartige Polyp und das Carcinom, bez. Sarkom. Bei den Blutungen aus dem Corpus uteri sind zunächst die Funktionen des Endometrium zu betrachten. Bei zu starken menstruellen Blutungen ist an abnorme Vorgänge bei der Ovulation zu denken. Die häufigsten Blutungen aus dem Corpus uteri finden sich bei Endometritis. Unter dem Einflusse chronischer Hyperämie des Uterus entsteht eine chronische Hyperplasie des glandulären, des interstitiellen oder beider Gewebe; die gewaltigsten Schleimhauthyperplasien treten bei Fibromyomen des Uterus auf. Die maligne Erkrankung der Corpusschleimhaut tritt klinisch hauptsächlich in 2 Typen auf: 1) als Blasenmole und Carcinoma syncytiale (Deciduoma malignum), 2) als Corpuscarcinom. Sekundäre Uterusblutungen sind bei allen Adnexerkrankungen möglich.

Im zweiten Abschnitte seiner Abhandlung bespricht Str. die Behandlung der Uterusblutungen. Von der Sneguireff'schen Dampfbehandlung verspricht sich Str. nur Erfolg bei gutartigen Schleimhauthyperplasien in den 40er Jahren, die recidiviren, bei den chronisch erkrankten grossen Uteri mit oder ohne Fibroid und den gutartigen Blutungen der Greisinnen. In diesen Fällen entschliesst man sich nach Str. nur schwer zur Totalexstirpation und eine Verödung des Uteruscavum erscheint erwünscht.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

363. **Die Behandlung der Myome des Uterus**; von P. Zweifel. (Schriftl. Referat für d. VIII. Congr. d. deutschen Gesellsch. für Gynäkol. zu Berlin. Leipzig 1899. Breitkopf u. Härtel.)

Von den medikamentösen Behandlungen der *Myomblutungen* hat Zw. wenig Erfolg gesehen; am meisten scheint noch das Stypticin zu wirken. Die lokale Behandlung mit Liquor ferri sesquichlorati-Einspritzungen ist wirksam, aber kaum weniger gefährlich als die Myomektomie. Andere Mittel stehen diesen Injektionen in Bezug auf die Blutstillung nach, sind nur, wie die Stäbchenätzung mit Chlorzink, besser gegen den Fluor. Mit dem Curettement allein hat Zw. niemals schlechte Erfahrungen gemacht, dagegen einen Todesfall erlebt, als nach der Ausschabung eine Einspritzung von Liquor ferri nachgeschickt wurde. Elektrolyse mit starken Strömen (150—200 M.-A.) und der Anode in die Gebärmutterhöhle hilft gegen Blutungen auf einige Monate, ist aber umständlicher und schmerzhafter als andere symptomatische Behandlungarten. Gegen *Schmerzen* empfiehlt Zw. Extr. fluid., Hydrast. Canad. 4mal täglich 25 Tropfen, möglichst schon 4—5 Tage vor der Periode zu geben. Gegen das *Wachsthum* des Myom hilft kein Arzneimittel, die Elektrolyse nur zeitweilig, dagegen wirkt sicher die Entfernung beider Eierstöcke.

Die vaginalen Operationen kommen in Betracht, wenn sie leichter auszuführen sind, als die abdominalen, weil sie dann weniger gefährlich sind; dagegen ist das Fehlen der Bauchnarbe für Zw. kein Grund zur Bevorzugung der vaginalen Methoden, da nach genauer Schichtennaht der Bauchdecken, insbesondere der Fascien selten Bauchbrüche entstehen.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/148

Von vaginalen Operationen kommen in Betracht:

1) Die Abtragung gestielter Myome.

2) Die Entfernung von submukösen Geschwülsten unter Erweiterung des Cervikalkanales, Spalten der Kapsel und Ausschälen der Geschwulst ohne Eröffnen des Bauchfells. Modern ist bei dieser Operation die Zerstückelung der Geschwulst nach Péan, sowie die Durchschneidung der vorderen Gebärmutterhalswand nach Lostrennung des Scheidengewölbes und der Blase (Segond, Doyen). So lange die Operation unter Leitung der Augen vor sich geht, hat sie keine Bedenken.

3) Bei Myomen, die unter das Beckenzellengewebe gewachsen sind und gegen die Scheide vordrängen, die Ausschälung nach Durchschneiden und Zurückstreifung der Scheidewand ohne Eröffnung des Bauchfells und nach Spaltung ihrer Kapsel neben dem Gebärmutterhalse.

4) Die Colpotomia ant. nach Dührssen mit Spaltung des Bauchfells, Kapselspaltung, Ausschälung der Geschwulst und Naht des Geschwulstbettes. Nur passend für kleinere Geschwülste, besonders des Corpus uteri.

5) Die gänzliche Entfernung der Gebärmutter durch die Scheide.

Die moderne Technik ist nicht bei Myomen, die sich in das Becken drücken lassen, stehen geblieben, sondern macht sich auch an die Entfernung bis zum Nabel reichender Geschwülste. Möglich wird diese einerseits durch Zerstückelung nach Péan, andererseits durch das Aufschneiden der vorderen Gebärmutterwand und Einsetzen von Krallenzangen in diese nach Doyen. Selbst unter günstigen Voraussetzungen hält Zw. die Entfernung von bis zum Nabel reichenden Myomen durch die Scheide für schwerer und gefährlicher als eine abdominelle Myomektomie.

Unter den abdominellen Myomoperationen bespricht Zw. zunächst die Myomohysterektomie, auch einfach Myomektomie oder Myomotomie genannt. Auf die ausführliche historische Darstellung der Entwickelung dieser Operation können wir hier nicht eingehen. Sicher ist, dass für die Zukunft die extraabdominelle Stielbehandlung nur noch für Ausnahmefälle angezeigt ist. Den modernen Methoden gemeinsam ist die Unterbindung der Artt. ovaricae (spermat. int. nach älterer Bezeichnung), ferner die Bildung von nicht unterbundenen Bauchfelllappen, mit denen der Stumpf schliesslich überdeckt wird; nur verlangen Hofmeier, Goffe, Chrobak, Baer und Olshausen immer 2 Lappen, während Zw. sich mit einem vorderen begnügt. Während viele die Unterbindung der grossen klappenlosen Venen unterlassen, hält sie Zw. für unerlässlich, da anderenfalls die Entstehung von Thromben und Embolien begünstigt wird, aber nach Zw.'s Ansicht auch beim Erbrechen, Husten u. s. w. Blut aus den Venen zurückfliesst und Nährmaterial für Keime bildet. Wesentlich verschieden von anderen Methoden ist Zw.'s Methode der fortlaufenden Partienligatur darin, dass Hofmeier, Chrobak, Olshausen u. A. die Art. uterina im Stamme unterbinden und den Gebärmutterhals möglichst tief ausschneiden, während Zw. die Uterina erst nach dem Abgange der Art. cervico-vaginalis unterbindet und einen grösseren Stumpf belässt, aber noch eine Umstechung unter der ganzen Schnittfläche hinzufügt, da der Stumpf bei seinem Verfahren blutreicher ist. Zu stark behandelte Stümpfe disponiren aber nach Zw. zum Anwachsen von Darmschlingen. Die normale Cervix braucht keine Desinfektion, da sie keimfrei ist. Um bei geschlechtsreifen Frauen die bekannten Ausfallserscheinungen zu vermeiden, schlägt Zw. vor, neben den Eierstöcken kleine Reste der Körperschleimhaut zurück zu lassen, in 3 Fällen behielten die Frauen ihre regelmässige Blutung in geringem Grade.

Sein Verfahren will Zw. jetzt *Myomektomie mit Resektion des Uterus* nennen. Er verfährt folgendermaassen: Nach Herausnahme der Geschwulst wird mit der Unterbindung der Art. ovarica mit der stumpfen Schiebernadel begonnen, mit einer 2. Unterbindung das breite Mutterband versorgt, bei starken Venen unterhalb eventuell noch mit einer 3. Unterbindung. Dann werden Klemmen an die Gebärmutterkante gelegt und zwischen dieser und den Ligaturen durchschnitten. Mit der Hakenpincette wird vorn das Bauchfell aufgehoben, eingeschnitten und ein möglichst grosser vorderer Lappen stumpf bis zum Scheidengewölbe abgehoben. Nur am Kamme in der Mitte der Gebärmutter, wo die Blase fester haftet, wird die Scheere gebraucht. Nun folgt eine Umstechungligatur an jeder Gebärmutterkante dicht unter der Geschwulst. Dann kann man entweder Umstechungen durch die Gebärmutter unterhalb der Geschwulst legen oder man kann erst den Uterus ausschneiden und dann dicht unter der Schnittfläche die Unterstechungen anlegen. Dann folgt die Ueberkleidung des Stumpfes mit dem Bauchfelllappen. Das runde Mutterband wird an den Stumpf unter den Bauchfelllappen angenäht, während der abgebundene verschorfte Eileiter ausserhalb bleibt, aber mit seinem verschorften Ende auf das Bauchfell aufgenäht wird. Alle Nähte und Unterbindungen werden mit Catgut gemacht.

Zw. geht weiter auf gewisse Prioritätstreitigkeiten ein, widerlegt besonders die Behauptungen Noble's. Die Ausschälung subserös sitzender Geschwülste aus ihrer Kapsel mit Zurücklassung der Gebärmutter (Enucleation nach A. Martin) hält Zw. für anwendbar bei Vorhandensein weniger Myome und nur wenn die Gebärmutter wenig verstümmelt wird. In Bezug auf Nachblutung und Sepsis ist die Methode gefährlicher als die Myomohysterektomie. Besondere Erfolge hat die Ausschälung bei Myomen, die in die Parametrien oder unter das breite Mutterband entwickelt sind, gehabt. Will man dabei die Gebärmutter mit ent-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/149

fernen, so lässt sich immer eine Stielbildung erzielen.

Die neueste Operation, die *abdominelle Totalexstirpation,* ist zuerst aus dem Grunde empfohlen worden, weil sie glattere Wundverhältnisse schaffe, einem Grunde, der nicht berechtigt ist, dann aber auch, weil in seltenen Fällen der Gebärmutterhals einige Jahre später krebsig entartete. Zw. kann dies eben so wenig als Grund ansehen, als wenn man bei der Ovariotomie etwa regelmässig den gesunden 2. Eierstock entfernen wolle. Im Gegentheil sucht er zur Verhinderung der vorzeitigen Klimax den unteren Theil der Gebärmutter durch die hohe Resektion zu erhalten. Bez. der Technik bei der Totalexstirpation verfährt Zw. zunächst genau so wie bei der typischen Myomohysterektomie, zieht dann hinter dem abgelösten Bauchfelllappen die Harnleiter nach vorn, unterbindet die Art. uterina jederseits nach der Kreuzung mit dem Harnleiter möglichst tief, eröffnet hinten die Scheide, greift dann unter dem äusseren Muttermund hindurch an die Vorderwand der Scheide und schneidet diese gegen seine Finger auf, während die Blase stark nach vorn gezogen wird. Die Schlitze werden nach der Seite vernäht, dann wird auf jeder Seite über Art. uterina und Winkel des Scheidengewölbes eine *Collin*'sche Klemme gelegt und die Gebärmutter abgetrennt. Die Klemmen werden von unten angezogen, das Bauchfell durch fortlaufende Naht geschlossen. Die Klemmen bleiben 6—12 Stunden liegen. Zw. sieht es auch nicht als principiell falsch an, wenn die Portio von der Scheide aus entfernt oder wenigstens umschnitten wird.

Bumm's Methode, die Verwendung provisorischer Klemmen bis zur Abschneidung der Gebärmutter und nachfolgende Einzelunterbindung der Gefässe, nennt Zw. bestechend, glaubt aber nicht, dass, wenn man alle Gefässe, auch die Venen, unterbindet, man Zeit gewinnt.

Es ist keine Aussicht vorhanden, dass die Totalexstirpation gleich günstige oder günstigere Erfolge geben wird als die Myomohysterektomie.

Von der *Castration* sah Zw. früher gute Erfolge, in Leipzig sah er nach 4 Castrationen 3 Misserfolge (in 2 Fällen wahrscheinlich in Folge bösartiger Entartung der Myome). Die vervollkommnete Technik der Myomoperationen hat Zw. veranlasst, diese Operation mehr zurückzustellen.

Zw. hat im Ganzen 185 Myomektomien gemacht mit 5 Todesfällen = 2.7%. Davon kommen auf die Jahre 1892—1899 132 mit 2 Todesfällen = 1.5%. Dann sind zu erwähnen 16 abdominale Totalexstirpationen mit 2 Todesfällen, 19 vaginale mit 1 Todesfall. J. Praeger (Chemnitz).

364. **Sind Laparomyomotomien typische Operationen?** von H. Fritsch in Bonn. (v. Volkmann's Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 241. 1899.)

Auch dieser Vortrag ist in der frischen, anregenden Weise geschrieben, die wir von Fr. gewöhnt sind. Nach einleitenden Worten über das gynäkologische Operiren kommt er zu dem eigentlichen Zwecke des Vortrages, dem Versuch, auch die Myomotomie zu den typischen Operationen, als welche er z. B. die vaginale Totalexstirpation anführt, zu erheben.

Fr. räth zunächst möglichst so zu operiren, dass man nicht zu tupfen braucht, also in Trendelenburg'scher Lage und möglichst ausserhalb der Bauchhöhle, und das Einlaufen von Blut durch provisorischen Abschluss der Bauchhöhle, bez. Vorlegen von Servietten zu verhindern. Die erste Unterbindung schliesst die Spermatica im oberen Rande des Lig. lat., nach aussen vom Eierstocke ab, isolirte Abbindung des Lig. infundibulo-pelvicum. Nur wenn der Eierstock tief im Becken liegt, wird medianwärts von ihm unterbunden. Die Unterbindungen werden zur Sicherheit doppelt gemacht. Von dieser Unterbindung bis zur Uterina ist eine weite Strecke, wo nicht unterbunden zu werden braucht, da keine Arterie hier verläuft und die Venen nach der Durchschneidung zusammenfallen. Die zweite Unterbindung oder Umstechung fasst die Uterina, deren Lage man am Pulsiren erkennt. Ist dies auf einer Seite gethan, so werden die Gefässe auf der anderen Seite unterbunden. Nun wird beiderseits die mediane Partie des Lig. lat. mit Fr.'s Adnexklemme abgeklemmt und durchtrennt. Dann hängt die Gebärmutter nur noch an der Cervix. Ist diese normal, so wird amputirt, befinden sich in ihr Myome, so wird exstirpirt. Die Amputation empfiehlt Fr. dicht über dem Scheidengewölbe zu machen. Vorher wird der Schnitt durch das Bauchfell vorn von rechts nach links vereinigt, und zwar bogenförmig, 2 cm höher, als man die Gebärmutter abtragen will. Fr. schneidet die Cervix keilförmig aus und vernäht mit 3—4 Catgutfäden den Stumpf. Dann werden die Bauchfelllappen 1—2 cm hinter der Wundnaht der Cervix vereinigt; oft werden auch die seitlichen Unterbindungen der Uterinae mit Bauchfell gedeckt, um Darmverwachsungen zu vermeiden.

Im Allgemeinen zieht Fr. die Amputation der Totalexstirpation vor, weil die Scheide durch das Zurücklassen der Portio ihre natürliche Festigkeit und Dehnbarkeit behält, während die Narbe nach der Totalexstirpation oft empfindlich bleibt; ein Vorzug der Operation ist die Zeitersparniss.

Macht sich die Totalexstirpation nothwendig (bei Cervixmyomen oder Myomen, die sich bis dicht an oder über den äusseren Muttermund erstrecken), so wird nach Abbindung der Gefässe (Spermaticae, Uterinae, Lig. rot.) der Schnitt durch einen nach oben convexen peritonäalen Bogenschnitt vorn vereinigt, die Gebärmutter stark nach vorn gezogen, das hintere Scheidengewölbe eröffnet. Dann folgt die vorsichtige Umstechung und Abtragung bis durch die Parametrien. Nun kommt ein Querschnitt dicht unter der Portio. Vorn Abreissen der Gebärmutter von der Blase. Die unteren Fäden werden

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/150

herausgeleitet, die Unterbindungfäden der Spermatica dagegen kurz abgeschnitten. Zum Schluss wird das Bauchfell vereinigt oberhalb der parametranen Unterbindungen.

Bei intraligamentär entwickelten Myomen verfährt man zunächst wie bei der anderen Methode, man sucht die 4 Gefässverbindungen auf und unterbindet sie; wenn dies bez. der Uterina nicht möglich ist, jedenfalls zunächst die Spermatica. Dann wird die Geschwulst hochgehoben und ausgeschält, dabei werden alle Verbindungstränge erst peripherisch unterbunden und central abgeklemmt, dann durchschnitten; bei dünner Cervix verfahre man weiter wie bei der Amputation, bei dicker wie bei der Totalexstirpation.

Die Castration gilt Fr. als überwundener Standpunkt. Die Enucleation hält er für ein falsches Verfahren, weil sehr oft danach neue Myome wachsen; nur auf breitgestielte subperitonäale Myome will er diese Operation beschränkt wissen und auf einzelne Fälle von Schwangerschaft mit Myom.

Erwähnt sei noch, dass Fr. für die Anwendung von Catgut bei versenkten Ligaturen eintritt. (Aufbewahrung mindestens 3 Wochen lang in Sublimatalkohol.) Verwendung nicht zu dicker Fäden. Seit 1882 hat Fr. 364 Laparomyomotomien gemacht mit 45 Todesfällen = über 12%.

J. Praeger (Chemnitz).

365. **A series of nine abdominal panhysterectomies performed in one year for uterine fibromyoma**; by F. A. L. Lockhart, (Montreal med. Journ. Oct. 1898.)

Vom Januar 1897 bis Januar 1898 hat L. 9mal die Gebärmutter wegen Fibromyom vom Bauche aus völlig entfernt, mit einem Todesfalle.

Im 6., 7. und 8. Fall wurde erst der Gebärmutterhals von der Scheide aus abgelöst, ehe der Bauchschnitt vorgenommen wurde; in den übrigen Fällen wurde die ganze Operation von der Bauchhöhle aus gemacht.

Complikationen waren in einem Falle Netzverwachsungen mit einer alten Bauchschnittnarbe, in einem anderen eine mehrkammerige Eierstockscyste, in einem dritten Pyosalpinx (Drainage der Bauchhöhle).

In dem einzigen tödtlich verlaufenen Falle handelte es sich um ein sehr rasch wachsendes Myom. Bis zum 9. Tage war der Verlauf glatt, fieberlos. Der Tod trat plötzlich beim Aufrichten ein. L. nimmt als Todesursache eine Lungenembolie an. Die Sektion wurde nicht gestattet.

J. Praeger (Chemnitz).

366. **Considérations sur le traitement du cancer utérin par l'hystérectomie abdominale totale**; par L. Picqué et P. Mauclaire. (Ann. de Gynécol. XXVI. p. 337. Mai 1899.)

Die Vff. behaupten, dass kein Gebärmutterkrebs durch die Ausschneidung von der Scheide her wirklich geheilt werden kann. Thatsache ist, dass die sogenannten Recidive theils aus stehengebliebenen Resten, theils aus bereits erkrankten Lymphdrüsen entstehen. In dritter Linie ist die Einimpfung in Betracht zu ziehen, die möglich, aber nicht bewiesen ist. Die Vff. ziehen aus ihren anatomischen Betrachtungen der Verbreitungswege des Gebärmutterkrebses und der Oertlichkeit der Rückfälle, über die noch genauere Zahlen fehlen, den Schluss, dass der Gebärmutterkrebs äusserst bösartig ist und mit einer möglichst ausgebreiteten und frühzeitigen Operation bekämpft werden muss. Im Gegensatze zu den amerikanischen Aerzten wollen die Vff. die Totalexstirpation von der Bauchhöhle aus auf die beginnenden Fälle beschränkt wissen, sei es von Gebärmutterhalskrebs im Beginne oder von Körperkrebs, so zwar, dass die Gebärmutter noch beweglich ist, das Zellengewebe um die Gebärmutter, die Lymphgefässe, die Lymphdrüsen und die Scheidenwände noch nicht ergriffen sind. Wichtig ist zur Feststellung die Untersuchung vom Mastdarm aus.

Bei Frauen über 53 Jahren, bei denen der Krebs langsamer fortschreitet, ziehen die Vff. wegen der geringeren Gefahr den Weg durch die Scheide vor. Ferner halten sie die Operation vom Bauche aus nicht für angezeigt, bei gleichzeitiger Beckeneiterung oder unter Umständen auch bei Anwesenheit eines Fibroms, da diese Dinge die Schwierigkeit der Operation erhöhen und leichter Sepsis zur Folge haben.

Die Vff. geben sodann eine Beschreibung der Technik der verschiedenen Operateure. Das im Wesentlichen Gemeinsame ist Folgendes: Als Vorbereitung dient die Auslöffelung des Krebses bei Halskrebsen und die Naht des äusseren Muttermundes bei Körperkrebsen. Vielfach wird daran die Umschneidung des Halses von der Scheide aus angeschlossen. Von welcher Seite man die Auslösung der Gebärmutter von oben beginnt, hängt von dem Sitz und der Ausdehnung der Erkrankung ab. Das einfachste ist, möglichst schnell die Artt. uterinae zu unterbinden, um die Operation so unblutig wie möglich zu machen. Oft macht die Zerreisslichkeit der Gebärmutter die Operation schwierig und wird zur Ursache der Infektion. Die Vff. empfehlen deshalb auch nicht die mediane Spaltung nach Faure. Ob es gerathen ist, wie bei der vaginalen Exstirpation, auch hier den Thermokauter zu verwenden, ist noch fraglich. Oefters kommt es zu Blasenverletzungen wegen starker Verlöthung mit der Gebärmutter. Liegt der Harnleiter umgeben von Drüsen oder Neubildung, so erscheint die vorherige Einführung von Harnleiterkathetern nothwendig. Wird ein Harnleiter verletzt, so muss sofort die Ureterocysto-neostomie angeschlossen werden.

Die Entfernung der iliacalen und sacralen Drüsen muss langsam und methodisch ausgeführt werden (Verletzungen der Vena und Art. iliaca,

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/151

der iliaca ext. sind vorgekommen). Bei unreinlicher Operation empfiehlt sich zum Schlusse eine Drainage nach der Scheide; Jacobs und Andere schliessen gewöhnlich das Bauchfell durch die Naht. J. Praeger (Chemnitz).

367. **Beitrag zur abdominalen Totalexstirpation**; von Dr. Funke in Strassburg. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXIX. 3. p. 485. 1898.)

Anknüpfend an eine frühere Veröffentlichung (Jahrbb. CCLV. p. 33) theilt F. 10 weitere Fälle von abdominaler Totalexstirpation des Uterus wegen Carcinom oder jauchendem Sarkom aus der Freund'schen Klinik mit. Es sind jetzt insgesammt 20 F. mit 4 Todesfällen = 20% Mortalität beobachtet worden. F.'s Standpunkt ist der, in allen vorgeschritteneren Fällen die Laparotomie zu machen, mit dem Uterus, namentlich wenn das Carcinom bis in oder an das Parametrium geht, das letztere in ausgedehntem Maasse nach der Seite hin und nach den Retraktoren zu exstirpiren, dann die Drüsengegend entweder genau abzupalpiren oder einen Peritonäalschnitt zu machen, um die Gegend freizulegen, um dann je nach dem Befund zu säubern oder durch die Naht zu schliessen.

2 Fälle bespricht F. wegen der Betheiligung der Ureteren besonders. Die Technik Freund's für die Implantation des Ureters in die Blase ist so, „dass er den Ureter an seinem freien Ende schlitzt, dann die Wand des Ureters nahe seinem freien Ende mit der Nadel fasst und an der Blasenmuskulatur und Schleimhaut annäht (mit Catgut). Ein zweiter Faden unterstützt den ersten. Es ragt dann das freie Ende des Ureters in die Blase. Dann wird mit einer genügenden Anzahl Nähte das periuretrale Gewebe an das Peritonaeum der Blase angenäht. Bei der Totalexstirpation wird diese Stelle dann extraperitonäal gelagert und nach der Vagina drainirt."

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

368. **Beitrag zur Behandlung des Collumcarcinoms in vorgerückteren Schwangerschaftsstadien**; von J. Merttens in Düsseldorf. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 1. p. 84. 1898.)

M. leitete wegen Portiocarcinom bei einer 45 Jahre alten, in der 10. Gravidität stehenden Frau in der 35. bis 36. Woche die künstliche Frühgeburt mit dem *Barnes-Fehling*'schen Tampon ein und machte 8 Tage nach der Geburt die vaginale Totalexstirpation.

Er stellt für die Behandlung des Collumcarcinoms bei Schwangerschaft folgende Sätze auf: „Bis zur 28. Woche der Schwangerschaft ist ohne Rücksicht auf diese, möglichst bald nach Stellung der Diagnose, die vaginale Exstirpation des ganzen Uterus zu machen; erweist sich der Uterus sammt Frucht als zu gross hierfür, so ist derselbe entweder nach dem Vorschlage Olshausen's durch Ablassen des Fruchtwassers zu verkleinern oder nach dem Vorgang Dührssen's und Hegar's durch tiefe Cervixincisionen zu entleeren und dann sofort zu exstirpiren. In den letzten 3 Schwangerschaftsmonaten bei lebensfähigem Kinde soll man suchen, die Mutter zunächst möglichst schonend zu entbinden." In geeigneten Fällen ist nach M. hier entschieden die Einleitung der künstlichen Frühgeburt am Platze, wobei die Metreuryse besonders in Betracht kommt. Mit der Uterusexstirpation kann man nach M. nach glatt verlaufener Geburt meistens einige Tage warten.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

369. **Zur vaginalen Exstirpation des Uterus unmittelbar nach rechtzeitiger Geburt bei Carcinom und bei Uterusruptur**; von Dr. E. Schroeder in Königsberg i. Pr. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXIX. 3. p. 525. 1898.)

Nach Schr. sind bis jetzt im Ganzen 3 Fälle von unmittelbar nach rechtzeitiger Geburt wegen Cervixcarcinom vorgenommener vaginaler Uterusexstirpation veröffentlicht worden; einen vierten hierhergehörigen Fall, in dem Winter operirt hat, beschreibt Schr. in der vorliegenden Abhandlung.

Wegen Uterusruptur wurde die vaginale Totalexstirpation bis jetzt 4mal ausgeführt, und zwar je 1mal von Neugebauer, Chrobak, Dührssen und Winter. Letzteren Fall theilt Schr. ausführlich mit. Die beiden ersten Patientinnen starben, die beiden letzten genasen.

Schr. fasst seine Ergebnisse in Folgendem zusammen: „Bei operablem Uteruscarcinom in der 2. Hälfte der Schwangerschaft ist die sofortige Entbindung nach theilweiser Auslösung der Cervix mit Hülfe tiefer Uterusincisionen vorzunehmen. Die vaginale Uterusexstirpation ist unmittelbar anzuschliessen. Einem lebensfähigen Kinde werden, wie es scheint, durch die genannte Entbindungsmethode gute Chancen geboten. Bei Uterusruptur besitzt der Praktiker in der Jodoformgazetamponade eine Behandlungsmethode, welche ganz gute Resultate liefert. Die bei Uterusruptur bisher geübten Operationsverfahren haben wenig günstige Resultate aufzuweisen, schlechtere als die Tamponade. Die vaginale Totalexstirpation des rupturirten Uterus verspricht bessere Operationsresultate zu liefern als die bisher erreichten; dies ist schon deshalb zu erwarten, weil alle vaginalen Eingriffe eine bessere Prognose bieten als die ventralen." Arth. Hoffmann (Darmstadt).

370. **Ueber vaginalen Kaiserschnitt**; von A. Dührssen in Berlin. (v. Volkmann's Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 232. Dec. 1898.)

D. berichtet über 2 eigene Fälle von vaginalem Kaiserschnitte und stellt 9 weitere Fälle aus der Literatur zusammen, von denen je 1 Fall von Winter, Hegar, Pfannenstiel, Mittermaier, Seiffart, Schauta, Rich. Braun von Fernwald, Michelini und Acconci stammt. Von den 11 Müttern sind 3 gestorben,

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/152

von den Kindern sind 3 am Leben geblieben. Da es sich in 9 Fällen um Carcinoma uteri handelte, ist diese Mortalität von 27% nicht sehr hoch; expektatives Verhalten und andere operative Eingriffe hätten nach D. viel schlechtere Resultate gegeben. Von den Kindern waren überhaupt nur 4 ausgetragen.

D. stellte früher schon folgende Indikationen für den vaginalen Kaiserschnitt auf: 1) Abnormitäten der Cervix uteri und des unteren Uterinsegmentes (Carcinom, Myom, Rigidität, Stenose, partielle sackförmige Erweiterung des unteren Gebärmutterabschnittes). 2) Lebensgefährliche Zustände der Mutter, die durch Entleerung des Uterus beseitigt oder gemildert werden (Krankheiten der Lungen, des Herzens und der Nieren). 3) Lebensgefährliche Zustände der Mutter, die voraussichtlich den Tod der Mutter herbeiführen.

D. nahm diese Indikationen natürlich nur für Fälle, in denen die Cervix geschlossen und nicht zu erweitern war, und für Fälle von Herz- und Lungenkrankheiten, in denen eine Ausschaltung der Wehenthätigkeit im Interesse der Mutter geboten erschien. Bei Complikation der Schwangerschaft mit Uteruscarcinom empfahl D. den sofortigen vaginalen Kaiserschnitt mit nachfolgender vaginaler Uterusexstirpation.

Nach D. beweisen der von ihm angegebene vaginale Kaiserschnitt, die vaginale Exstirpation des frisch puerperalen, rupturirten oder carcinomatösen Uterus und viele andere moderne geburtshülfliche Eingriffe, „dass die landläufige Anschauung von der Geburtshülfe als eines abgeschlossenen Fachs nicht zutrifft, und dass ferner der Aufschwung der gynäkologischen Chirurgie auch der Geburtshülfe zu Gute kommen musste".

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

371. **Zur Aetiologie und Therapie der Osteomalacie**; von Dr. Ferdinand Schnell in Würzburg. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXIX. 3. p. 412. 1898.)

In den Jahren 1889—1898 sind 32 Frauen mit leichter und schwerer Osteomalacie in der Würzburger Klinik in Behandlung gekommen; Sch. schliesst aus dieser nicht kleinen Zahl, dass auch das Mainthal Unterfrankens, soweit es noch in den therapeutischen Wirkungskreis von Würzburg fällt, als ein „Heerd" nach älterem Stiel zu bezeichnen ist.

Sch. gruppirt nach rein äusserlichen therapeutischen Gesichtspunkten seine Fälle in 1) solche mit spontaner Heilung, die gelegentlich einer geburthülflichen Complikation zur Kenntniss gelangten, 2) Frauen, die aus geburthülflicher Indikation zur Behandlung kamen, 3) Frauen, die medikamentös und 4) solche, die operativ behandelt wurden. Zur ersten Gruppe gehört 1 Fall, zur zweiten gehören 4, zur dritten 15 und zur vierten 11 Fälle. Die einzelnen Krankheitgeschichten theilt Sch. ausführlich mit. Vom klinischen Standpunkte aus unterscheidet Sch. 2 Gruppen: eine tardive und eine progressive Form der Osteomalacie. Er fand, dass die Osteomalacie je früher sie ausbrach, desto eher der progressiven Form angehörte.

Die anatomische Untersuchung der Ovarien ergab als einheitliches, pathologisch-anatomisches Charakterbild der osteomalacischen Ovarien, dass es sich um atrophische Ovarien mit hyalin entartetem Gefässapparate, mit bindegewebiger und späterhin hyaliner Degeneration des Rindenstroma und mit Follikelschwund handelt. *„Der höhere Grad der Ovarienerkrankung entspricht dem höheren Grad der osteomalacischen Erkrankung, der progressiven Form, und der geringere Grad der tardiven, der puerperalen Osteomalacie."*

Der prägnantesten Form, der progressiven Osteomalacie, entsprechen nach Sch. die erheblichen, unzweideutigen Befunde der Atrophie an den Ovarien, ihr entsprechen chemisch die Harnanalysen im Grade der CaO-Ausscheidung, ihr entsprechen therapeutisch die Misserfolge mit den medikamentösen Heilversuchen und die Resultate erst mit der radikaleren Castration. Bei der zweiten Form, der tardiven, brach nach Sch. die Krankheit gelegentlich einer Gravidität und zumeist einer späteren aus; ihr Verlauf war dann remittirend oder auch intermittirend. Hier gelang es jedesmal durch geeignete Medikation, manchmal sogar in kurzer Zeit, die Beschwerden zum Stillstande zu bringen und die Arbeitfähigkeit wieder genügend zu heben.

Für die Therapie kommt Sch. zu dem Ergebnisse, dass in jedem Falle von beginnender Osteomalacie mit Phosphorleberthran ein Heilversuch zu machen ist. Bei der tardiven Form wird der Versuch bald erfolgreich sein, bei der progressiven dagegen nicht. In den letzteren Fällen empfiehlt Sch. grössere Phosphorgaben zu versuchen und bei Erfolglosigkeit dieser Therapie die Castration als die einzige uns bis heute bekannte Methode zur raschen und dauernden Heilung vorzunehmen. Geburthülfliche Complikationen ändern im Allgemeinen an diesen Regeln nichts.

Die Fehling'sche Auffassung von der ovariellen Ursächlichkeit der Osteomalacie erscheint Sch. von allen übrigen bisherigen Erklärungsversuchen immer noch als die zutreffendste. Die fortschreitende Erkenntniss der Osteomalacie scheint Sch. im Ovarium einen festen pathologisch-anatomischen Rückhalt für die weitere Forschung nach ihren Ursachen zu besitzen, nicht einen specifischen Befund, sondern einen graduell gleichlautenden Ausdruck.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

372. **Die Appendicitis in ihren Beziehungen zur Geburtshülfe und Gynäkologie**; von E. Fraenkel. (v. Volkmann's Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 229. Nov. 1898.)

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/153

Unter 40000 geburtshülflichen und gynäkologischen Fällen fand F. nur 5 für die vorgelegte Frage verwerthbare Fälle; 3 davon betrafen Complikationen von appendicitischen Abscessen, bez. Peritonitis mit Schwangerschaft im 2., 5. und 6. Monate, 1 eine im Wochenbette entstandene und mehrfach recidivirende Appendicitis und 1 Fall wies bei einer im 5. Mon. Schwangeren abgekapselte intraperitonäale Abscesse auf und mehrfache Strangulation des Dünndarms durch Pseudomembranen, die nach Anamnese und Sektionbefund auf eine alte, latent verlaufene Perityphlitis zurückzuführen waren. Von diesen 5 Fällen theilt F. die Krankengeschichten mit.

Seine weiteren ausführlichen Darlegungen fasst F. etwa in Folgendem zusammen:

Es bestehen für den Verlauf der Appendicitis in der Schwangerschaft keine wesentlich anderen Bedingungen als ausserhalb derselben. Die bisherige allgemeine Annahme einer derart ungünstigen Einwirkung der Appendicitis auf die Schwangerschaft, dass unfehlbar Unterbrechung der letzteren mit tödtlichem Ausgange eintritt, bedarf wesentlicher Einschränkungen. Nicht die Unterbrechung der Schwangerschaft führt den schnellen lethalen Ausgang herbei, sondern dieselbe schwere allgemeine oder lokale Erkrankung des Körpers, die die Ursache des Abortes ist, ist gewöhnlich auch Ursache des Todes der Mutter. Der Einfluss der Appendicitis auf den Verlauf der Geburt, bez. Frühgeburt scheint kein besonders ungünstiger zu sein.

Beim Verlaufe des Wochenbettes bei Appendicitis treten als besondere Eigenthümlichkeiten hinzu: Die Möglichkeit einer durch die Uterusrückbildung bedingten Zerreissung einer periappendicitischen, mit dem Uterus verlötheten Abscesswand, ein neuer Nachschub der Infektion durch Vermittelung des Bact. coli commune und schliesslich eine besondere Beziehung der Appendicitis zur Entstehung von puerperaler Parametritis. Die Prognose der Appendicitis bei Gravidität ist nach den vorliegenden Zahlen für die Mütter keine günstige, für die Kinder eine sehr ungünstige. Zur Feststellung der Diagnose der Appendicitis bei Schwangeren und Gebärenden empfiehlt es sich, in Narkose zu untersuchen.

Bei einem ersten Anfalle von Appendicitis simplex in der Schwangerschaft mit nur leichten oder mittelschweren Symptomen ist der Versuch einer exspektativen Behandlung gerechtfertigt. Bei Wiederkehr der Anfälle ist operatives Einschreiten zu empfehlen. Die operative Therapie der Appendicitis bei Schwangeren zeigt keine grundsätzlichen Unterschiede von der bei Nichtschwangeren; man suche nicht blos den Anfall, sondern auch die Krankheit zu heilen, entleere alle erreichbaren Eiterherde und entferne möglichst den kranken Wurmfortsatz, wenn nöthig ohne Rücksicht auf den schwangeren Uterus. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

373. **Ueber gleichzeitige Erkrankungen des Wurmfortsatzes und der weiblichen Beckenorgane;** von Prof. A. Dührssen. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 4. p. 921. 1899.)

D. hat seit einer Reihe von Jahren bei gynäkologischen Coeliotomien auch die Gallenblase, wenn sie erkrankt war, operativ angegriffen und hat seit dem Vortrage von Sonnenburg: Ueber die Beziehungen der Appendix zu gynäkologischen Erkrankungen seit $1^1/_2$ Jahren bei den in diesem Zeitraume ausgeführten 320 vaginalen und ventralen Eröffnungen der Bauchhöhle *methodisch auf das Verhalten des Wurmfortsatzes geachtet*, ihn 10mal erkrankt gefunden und 9mal resecirt, während er vorher in einem viel grösseren Zeitraume den Wurmfortsatz nur 4mal entfernt hat, wenn er direkt durch Verwachsungen in das gynäkologische Operationgebiet hineingezogen war.

Der Gynäkolog muss nach D.'s Beobachtungen somit in 3% der Fälle darauf gefasst sein, die Appendix erkrankt zu finden und reseciren zu müssen, und zwar besonders in den Fällen von entzündlichen Adnexerkrankungen, in denen Verwachsungen von Dünndarmschlingen mit den Genitalorganen vorhanden sind, bez. in denen das rechte Lig. latum erheblich verdickt und zugleich verkürzt erscheint. Dort übertragen nämlich die peritonäalen Verwachsungen, hier die Fortsetzung des Lig. latum, das Lig. appendiculo-ovaricum, die Entzündung der Adnexe auf den Wurmfortsatz. Den umgekehrten Zusammenhang, ein primäres Empyem des Wurms mit consekutiver Entzündung der Adnexe, beobachtete D. nur 1mal, hält aber diese Weiterverbreitung der Appendicitis auch für die Parametritis superior für ätiologisch wichtig. Da diese Parametritis eine Retroversio uteri zu erzeugen vermag, so ergiebt sich die interessante Thatsache, dass eine Appendicitis simplex zu einer bedeutsamen Lageanomalie des Uterus führen kann.

Für die schwersten Fälle von ausgedehnten Beckenabscessen mit Appendicitis hält D. die *gleichzeitige Exstirpation des Wurmfortsatzes, der Adnexe und des Uterus* für die beste Behandlung, die gestattet, sämmtliche Erkrankungen in und am Becken radikal zu beseitigen. D. operirt in diesen Fällen von einem Medianschnitte in der Linea alba aus. P. Wagner (Leipzig).

374. **De l'avortement médicalement provoqué ou avortement thérapeutique**; par Adolphe Pinard. (Ann. de Gynécol. XXVI. p. 1. Janv. 1899.)

P. erörtert die Frage der Zulässigkeit der Einleitung der Fehlgeburt vom heutigen geburtshülflichen Standpunkte aus. Er erkennt die Berechtigung nicht an bei Verengungen des Geburtkanals, ebenso nicht bei Erkrankungen, die während der Schwangerschaft eintreten. Eine wirkliche Anzeige besteht nur, wenn die Ursache der das Leben der Frau bedrohenden Erscheinungen die Schwan-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/154

gerschaft ist. Wird in diesen Fällen die künstliche Fehlgeburt eingeleitet, so opfert der Arzt nicht das Leben der Frucht, wie vom philosophischen und religiösen Standpunkte aus häufig eingeworfen wird, denn Frucht und Mutter sterben ohne Eingriff Beide, aber man rettet oft genug das Leben der Mutter. P. räth, vor dem Eingriffe einen Collegen zu Rathe zu ziehen.

J. Praeger (Chemnitz).

375. **Weitere Beiträge zur Lehre vom unteren Uterinsegment**; von Prof. H. Bayer in Strassburg. (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. I. 2. p. 167. 1898.)

In Anknüpfung an eine frühere Veröffentlichung (vgl. Jahrbb. CCLVII. p. 5) polemisirt B. gegen die Abhandlung v. Herff's (vgl. Jahrbb. CCLVIII. p. 114) und hält an seiner Ansicht fest, dass sich die Erschlaffung des unteren Segments nach der Geburt einzig und allein aus dem Umstande erklärt, dass es als der cervikale Abschnitt des Brutraumes von Hause aus contraktionunfähig ist.

Im Weiteren unterwirft B. die Abhandlungen v. Dittel's: „Die Dehnungszone des schwangeren und kreissenden Uterus" und Leopold's: „Uterus und Kind u. s. w." einer kritischen Besprechung und theilt 2 eigene Beobachtungen mit genauer anatomischer Untersuchung mit.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

376. **Radiographie de l'utérus gravide**; par H. Varnier. (Ann. de Gynécol. XXVI. 51. p. 278. Avril 1899.)

V. berichtet über die Erfolge, die er gemeinsam mit Pinard bei Röntgenaufnahmen der schwangeren Gebärmutter gehabt hat, nachdem er auf dem Moskauer Congress seine Erfahrungen über Beckenaufnahme und Beckenmessung mit X-Strahlen mitgetheilt hatte. Die vorbereitenden Studien wurden an in Alkohol gehärteten Leichentheilen gemacht, daran schlossen sich drei Aufnahmen von frischen Leichen in der Schwangerschaft Verstorbener, endlich wurden zwei Serien von schwangeren Frauen aufgenommen (1897 13 Frauen von 2 Mon. bis $7^1/_2$ Mon. schwanger, 1898 mit besseren Röhren 7 Frauen von 2—8 Mon. schwanger). V. betont, dass man bei Frauen in der Schwangerschaft von $6^1/_2$ Mon. bis nahe dem Ende den Kopf der Frucht im Beckeneingange nach Röntgen photographiren kann, sowie seine Grösse, seine Einstellung, seine Beugung und wie weit er eingetreten ist, beurtheilen kann. Auf diesen in Rückenlage aufgenommenen Bildern sieht man weder die Wirbelsäule, noch die Glieder der Frucht.

J. Praeger (Chemnitz).

377. **Das Verhältniss der Stärke der runden Mutterbänder zur Stärke der Wehenthätigkeit**; von Karl Holzapfel in Erlangen. (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. I. 2. p. 338. 1898.)

H. stellte in 110 Fällen die Stärke der Lig. rotunda und der Wehenthätigkeit fest. 82mal entsprach die Stärke der Lig. rotunda der Wehenthätigkeit gut, 7mal erwiesen sich die gezogenen Schlüsse als falsch, 21mal waren sie ungenau oder unsicher.

H. meint, dass man in gut $^3/_4$ aller Fälle im Stande sein wird, aus der Stärke der runden Mutterbänder die Stärke der Wehenthätigkeit zu bestimmen.

Die Beobachtungen H.'s bestätigen die von Homburger seiner Zeit über dieselbe Frage veröffentlichten Untersuchungen.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

378. **Ein Beitrag zur Uterusruptur**; von Dr. A. Solowij in Lemberg. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. VIII. 5. p. 494. Nov. 1898.)

Eine 35jähr. Frau, die 6mal, angeblich immer in Steisslage, geboren hatte, kam am 6. April 1898 in die Lemberger Klinik. Starke Anämie und Abmagerung, Puls 120. Frucht in 2. Steisslage. Steiss etwas nach rechts abgewichen. Muttermund für 4 Finger offen. Blase erhalten. Conj. diag. 11 cm. 6 Uhr Abends Blasensprung. Muttermund nahezu verstrichen. Steiss im B.-E. Der rechte Fuss wurde heruntergeholt, leichte Extraktion. 2700 g schwere macerirte Frucht. Die Nachgeburt folgte nach $^1/_2$ Stunde auf leichten Druck, doch wurden die Eihäute trotz fortwährenden Drehens zurückgehalten. Schliesslich rissen sie ab. Bei der Untersuchung des in der Vulva hängenden Stranges bemerkte S., dass er aus Muskelgewebe bestand und links in die hintere Muttermundslippe einzumünden schien. Nach Unterbindung wurde ein 4 cm langes Stück abgetrennt. Unter zunehmender Schwäche Tod am 7. April, 5 Uhr früh.

Die Leichenöffnung ergab eine quere Zerreissung des vorderen Scheidengewölbes und des Bauchfells zwischen Gebärmutter und Blase, eine Abreissung der vorderen Muttermundslippe (in Gestalt eines Streifens herabhängend). Die Gebärmutter war durch eine mächtige keilförmige Zwischenwand in zwei gleiche, sehr schmale Hälften getheilt (Ut. arcuat. sept. unicollis), die Wand der Gebärmutter war stark verdickt. Die Placenta sass an der Spitze der Scheidewand.

Nach S. kann die Abreissung der Scheide spontan oder durch die Drehung und den Zug an den stark adhärenten Eihäuten geschehen sein. Andererseits kann man auch annehmen, dass in Folge der Missbildung und der abnormen Insertion der Placenta eine Ueberdehnung des unteren Gebärmutterabschnittes und des Gebärmutterhalses begünstigt worden sei. J. Praeger (Chemnitz).

379. **Ein Beitrag zur Frage der Kolpaporrhexis in partu**; von F. Horn in Cöln. (Münchener med. Wchnschr. XLVI. 18. 1899.)

33jähr. Viertgebärende. Entbindungen ohne Hülfe, aber langdauernd, letzte: Zwillingsgeburt. Im 2. Wochenbette rechtseitige Parametritis. Wehenanfang am 1. Oct. 1898, Vorm. 8 Uhr. Abends ein *Wehenpulver* von der Hebamme, am 2. Oct., früh 4 Uhr, noch sechs von einem Arzte gegeben. Kurz vor 9 Uhr Blasensprung, 9 Uhr erster, 12 Uhr zweiter Zangenversuch. Nach dem letzten starke Schwäche und Blutverlust. Transport in die Hebammen-Lehranstalt. Beckenmaasse: Sp. 22, Cr. 25, Tr. 28, Conj. ext. 18, Conj. vera 7.5 cm. Gebärmutter fest zusammengezogen 3 Finger unter dem linken Rippenbogen, in der rechten Seite kleine Theile unmittelbar unter den Bauchdecken; keine Herztöne, Puls 120, Temperatur 37.8°. Innerlich Kopf fest im B.-E., Muttermund verstrichen.

In leichter Narkose Perforation, Extraktion mit scharfem Haken. Danach wurden Blutgerinnsel aus der freien Bauchhöhle entfernt. Die Gebärmutter war aus dem

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/155

rechten hinteren Scheidengewölbe herausgerissen, nach links verlagert, um ihre Achse gedreht. Die Nachgeburt wurde mit der Hand gelöst. Die Scheide wurde bis zum Cervixrande genäht, dann die Gebärmutter ausgestopft und die nicht verschlossene Rissstelle leicht mit Jodoformgaze drainirt. 1½ Liter Kochsalzinfusion. Kind 52 cm lang, ohne Gehirn 4200 g schwer. Das Wochenbett war leicht fieberhaft. Am 31. Tage stand die Frau auf.

Als ausschlaggebende Momente für die eingetretene Zerreissung sieht H. die hohen Secaledosen und den Mangel an Elasticität im rechten Scheidengewölbe in Folge der früher durchgemachten rechtseitigen Parametritis an neben dem Vorhandensein anderweitiger ungünstiger, mechanischer Faktoren (schlaffe Scheide, Hängebauch, enges Becken). Nach H.'s Ansicht wäre es auch ohne Zangenanlegung zur Zerreissung gekommen, die Zange war nur das letzte Glied in der Kette der die Zerreissung verursachenden Umstände.

J. Praeger (Chemnitz).

380. **Zur Prognose der Geburt bei engem Becken**; von Philipp Kissinger. (Würzburger Inaug.-Diss. Mainz 1897. H. Prickards. 34 S.)

Unter 3000 Kreissenden der Würzburger Klinik fanden sich in den Jahren 1889—1896 252 = 8.4% mit engem Becken; davon hatten 57.8% einfach platte Becken, 23.7% einfach platt rhachitische Becken, 3.1% allgemein verengt platt rhachitische Becken und 15.4% allgemein gleichmässig verengte Becken. Die Kindeslagen waren bei den 252 Geburten bei 83.2% normale Schädellagen, bei 2% Gesichtslagen, bei 0.4% Stirnlagen, bei 2.8% Steisslagen, bei 2.8% Fusslagen und bei 8.8% Querlagen. Nabelschnurvorfall fand sich 16mal = 6.4%, Vorfall von Extremitäten 3mal = 1.2%. In 180 Fällen = 71.4% erfolgte die Geburt spontan; in 72 Fällen = 28.6% war Kunsthülfe erforderlich. Die 72 Operationen vertheilen sich folgendermaassen: 33mal = 47.61% Wendung und Extraktion, je 10mal = 13.39% Zange und zerstückelnde Operationen, 3mal = 4.15% Sectio caesarea, 1mal = 1.39% Symphyseotomie und 15mal = 20.07% künstliche Frühgeburt.

In den 252 Fällen kamen 41 Todtgeburten vor, in 13 Fällen war das Kind schon abgestorben, als die Kreissende in klinische Behandlung eintrat; es verblieben demnach auf 239 enge Becken 28 = 11.7% Todtgeburten, bei 10 Zangengeburten kamen 2 Todtgeburten vor = 20.%. Die Wendung ergab 22 lebende und 10 todte Kinder = 18.75% Todtgeburten. Die 3 Fälle von Sectio caesarea verliefen günstig für Mutter und Kind. Von den 252 Müttern starben im Ganzen 3 = 1.15%, davon je 1 nach Symphyseotomie, nach Perforation und Kranioklasie durch Uterusruptur und nach Wendung und Extraktion durch Luftembolie.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

381. **Des présentations frontales**; par J. Ronsse, Gand. (Belg. méd. VI. 20. p. 609. 1899.)

Im Mittel kommt eine Stirnlage auf 1500—2000 Geburten. In der Genter Gebäranstalt wurde in einem Zeitraume von 10 Jahren nicht eine einzige beobachtet. Aus seiner eigenen Praxis, der von Cauwenberghe's und Fréderiq's berichtet R. über 5 Fälle von Stirnlage, die sämmtlich für die Mutter günstig verliefen, während 4 Kinder im Laufe der Geburt starben. Die Bemerkungen R.'s über den Geburtmechanismus bei Stirnlagen bieten nichts Neues. Bezüglich der Behandlung empfiehlt er bei beweglichem Kopfe im Beginne der Geburt die Umwandlung in Hinterhauptslage durch innere, äussere oder combinirte Handgriffe. Kehrt die Stirnlage trotzdem wieder und ist der Muttermund nicht genügend erweitert, so räth R., den Ballon von *Champetier de Ribes* einzulegen. Man kann dann abwarten, bis der Muttermund vollständig ist, ohne dass der Kopf in das Becken eintritt. Bei vollständigem Muttermunde wird die Blase gesprengt und auf die Füsse gewendet. Ebenso empfiehlt sich die Einlegung des Ballons unmittelbar nach dem Blasensprunge, um weiteren Abfluss des Fruchtwassers zu verhindern und so noch die Möglichkeit der Wendung zu erhalten. Ist das Fruchtwasser völlig abgeflossen und der Kopf tritt nicht ein, so kommen die hohe Zange, der Schamfugenschnitt, die Embryotomie, selbst der Kaiserschnitt in Betracht. Tritt der Kopf in Stirnlage in das Becken ein, so kann man bei günstiger Einstellung (Stirn nach vorn) abwarten, ob die Geburt spontan erfolgt. Ist dies nicht der Fall, so muss die Zange angelegt werden. Ist das Kind abgestorben oder die Stirn nach hinten gerichtet, so kommt die Perforation in Betracht. Eventuell kann auch bei in das Becken eingetretenem Kopfe bei Stirnlagen der Schamfugenschnitt vorgeschlagen werden, doch ist zu bedenken, dass die Frauen noch vielmehr Zerreissungen der Weichtheile ausgesetzt sind als sonst bei dieser Operation.

J. Praeger (Chemnitz).

382. **Ueber die Diagnose und Behandlung der abnormen Haltung der Extremitäten bei Gesichtslage**; von Dr. O. Lindenthal in Wien. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXIII. 25. 1899.)

Der Lagerung der Arme nach hinten an den Rücken der Frucht wird in den Lehrbüchern nicht Erwähnung gethan wegen der ausserordentlichen Seltenheit. Doch besitzt diese Anomalie praktische Wichtigkeit, da sie öfters den Kindestod zur Folge hat. L. hat nie derartige Fälle erlebt. Die Entstehung der abnormen Haltung verlegt er in die Zeit der Geburt. Wenn die Diagnose der Gesichtslage durch den Nachweis der abnormen Einstellung des Kopfes, ferner durch das Vorhandensein der grösseren Resistenz, der kleinen Theile und der kindlichen Herztöne auf derselben Seite sichergestellt ist, und wenn auch die innere Untersuchung die Deflexion bestätigt, wenn unter solchen Umstän-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/156

den kleine Theile auch auf der Seite der geringeren Resistenz zu tasten sind, dann besteht ohne Zweifel die in Frage stehende abnorme Haltung der Arme.

Therapeutisch ist es am richtigsten, die Geburt spontan, unter Berücksichtigung der Gesichtslage, verlaufen zu lassen, wie der Verlauf in L.'s Fällen lehrt. Eine Ausgleichung der lordotischen Rumpfkrümmung kann nur von Erfolg sein, wenn es gelungen ist, die in den Rücken geschlagenen Arme an die Brust zu befördern.

Glaeser (Danzig).

383. **Beitrag zur Pathologie und Anatomie der Tubargravidität**; von E. Kreisch in Coblenz. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 6. p. 794. 1899.)

Vom 1. April 1897 bis 1. April 1898 gelangten in der Martin'schen Privatanstalt in Berlin 17 Eileiterschwangerschaften zur Operation, die K. am Schlusse der Arbeit tabellarisch zusammenstellt. 4mal wurde die Colpotomia ant. vorgenommen. In einem dieser Fälle wurde nach Spaltung des Fruchthalters der Fruchtsack im Ganzen dem Eileiter entnommen, der Einschnitt vernäht und der Eileiter versenkt. Alle Frauen genasen.

In 5 Fällen, deren Krankengeschichten ausführlicher wiedergegeben sind, war es möglich, Querschnitte durch den ganzen Fruchthalter zu legen, um ein Uebersichtbild über Eihalter und Ei zu gewinnen.

In sämmtlichen Präparaten, mit Ausnahme des ersten, ist das Schleimhautepithel im Bereiche der Eientwickelung völlig zu Grunde gegangen. K. glaubt, dass vielfach Langhans'sche Zellen für Deciduazellen gehalten worden sind. Das Schleimhautepithel in den nicht schwangeren Theilen des Eileiters ist in der Anordnung gelockert und aus der hochcylindrischen mehr in die cubische Form umgewandelt; eine Umwandlung in Decidua liess sich aber auch hier nirgends feststellen. Obwohl es nicht zur Ausbildung einer Decidua vera gekommen war, war in 3 Fällen eine deutliche Reflexa, ein die Eihöhle gegen die Eileiterlichtung abschliessender Gewebestreifen nachzuweisen. Die Chorionzotten besassen in K.'s Präparaten ausnahmelos eine doppelte Epithelschicht. In einem Präparate bestanden beide Epithelschichten aus Langhans'schen Zellen. Die Verbindung der Zotten mit den mütterlichen Theilen wurde fast durchweg durch hohe Säulen Langhans'scher Zellen bewerkstelligt. Die Vermittelung fehlte nur zuweilen dort, wo die Zotten am meisten entwickelt waren, also wahrscheinlich an der Placentaanlage. Hier lagen die Zotten der Muskulatur unmittelbar an, ohne in sie hineinzuwuchern.

Bezüglich der Aetiologie der Eileiterschwangerschaft vermag K. nicht für alle Fälle der Ansicht Dührssen's, der der Gonorrhöe eine sehr grosse Rolle zuschreibt und beobachtet zu haben glaubt, dass die Intensität der Erkrankung nach der Gebärmutter hin zunimmt, zuzustimmen, obwohl er für 2 Fälle die Endosalpingitis und Salpingitis interstitialis ätiologisch als höchst bedeutsam hinstellt. Für einen Fall sieht er eine polypös entwickelte Tubarfalte als Ursache an, für einen weiteren mehrfache Torquirung des Eileiters in Folge peritonitischer Membranen. Durch die Windungen brauchte das in der Ampulle befruchtete Ei zum Durchtritte mehr Zeit und blieb schliesslich wegen der Incongruenz seiner Grösse und der Eileiterlichtung sitzen.

K. erwähnt schliesslich noch einen von Martin zuwartend beobachteten Fall von Zerreissung des schwangeren Eileiters, der unter Erscheinungen des tubaren Aborts mit Hämatocelenbildung verlief, aber schliesslich bei absoluter Ruhelage durch eine Nachblutung tödtlich ausging.

J. Praeger (Chemnitz).

384. **Rechtsseitige Tubarschwangerschaft. Ruptur im 5. Monat. Entbindung des frei in der Bauchhöhle lebenden Kindes durch Laparotomie im 8. Monat**; von H. v. Both in Kassel. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 6. p. 782. 1899.)

Die 26jähr. Frau, die einmal geboren hatte, war zum letzten Male Ende November 1897 menstruirt. Schon Mitte Januar war eine Eileiterschwangerschaft festgestellt. Anfang Februar Abgang einer Decidua. Im April erfolgte jedenfalls die Zerreissung des Eileiters (heftige Schmerzen!). In der ersten Hälfte Mai erste Kindesbewegungen. Anfang Juli reiste Pat. von Petersburg zu A. Martin nach Berlin.

Vom Rippenbogen bis zur Schamfuge tympanitischer Schall. Frucht auffallend fühlbar und leicht verschiebbar. Im Becken rechts eine stark pulsirende weiche Masse, links die bis 3—4 Querfinger über die Schamfuge ragende Gebärmutter. Diagnose: sekundäre Bauchhöhlenschwangerschaft wahrscheinlich in der 32. bis 33. Woche. Bei der am 16. Juli 1898 vorgenommenen Operation wurde zunächst die frei zwischen den Därmen lagernde Frucht hervorgeholt und abgenabelt. Keine fruchtwasserähnliche Flüssigkeit in der Bauchhöhle. Fruchtsack nicht vorhanden. Die Placenta überdeckte die rechte Beckenhälfte, Reste des Fruchtsackes und der Rand der Placenta mit Beckenwand, Netz und Darm stark verwachsen. Nach Lösung der Verwachsungen liess sich ein Stiel bilden und Placenta mit Eileiter wurden abgebunden. Die erhebliche Blutung wurde durch Umstechungen gestillt. Keine Drainage. Das Kind, ein Mädchen, schwach scheintodt, wurde wiederbelebt, starb aber nach 20 Stunden. Keinerlei Missbildung (Gewicht $3^1/_2$ Pfund, Länge 42 cm). Die Frau genas.

Am entfernten Präparat fand sich der Wurmfortsatz in die Eihäute am vorderen Placentarand eingebettet.

Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es in der ganzen Tube (sie liess sich am Präparat 6 cm weit in der Sackwand verfolgen, bis sie in die Placentainsertionstelle überging), soweit sie nicht zur Implantation des Eies in Anspruch genommen war, zur Ausbildung einer typischen Decidua vera gekommen war. v. B. nimmt an, dass es dazu erst in den späteren Monaten der Schwangerschaft kommt, dass ferner die Binde-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/157

gewebezellen der Zotten sich in Deciduazellen umwandeln.

Die Basis der Placenta war lediglich die rechte Tube im ampullären Theile, wobei deren Wand sehr erhebliche Zerrung erfuhr. Mikroskopisch zeigten sich die Muskelelemente der Tubenwandung auffällig auseinandergegangen unter Einlagerung von breiten Bindegewebestreifen. Es erscheint deshalb nicht angängig, die oft als beobachtet angeführten Wehen auf eine Contraktion der Fruchtsackwand bei älteren Tubenschwangerschaften zurückzuführen.

J. Praeger (Chemnitz).

385. **Casuistische Beiträge zur Diagnostik und Therapie der Extrauterinschwangerschaft;** von Dr. Haeberlin. (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte XXIX. 4. 5. 1899.)

1) 25jähr. Frau. Nachdem die Periode 8 Wochen ausgeblieben war, eintägige Blutung, die sich nach 14 Tagen wiederholte und von der 3. Woche ab andauerte. Kein Abgang von Fetzen. Am 22. Juli 1893 plötzliche Ohnmacht. Akute Anämie. Puls 48—52. Bauch aufgetrieben, empfindlich. Heftiger Stuhldrang. Portio wenig nach rechts verdrängt. Gebärmutter nicht deutlich zu fühlen. Diagnose: geplatzte Extrauterinschwangerschaft. Trotz Ruhe, Opium, Eis Zunahme der Anämie. Am 23. Juli leichte Vorwölbung im Douglas'schen Raume. 11 Uhr Bauchschnitt: Massenhaftes frisches und geronnenes Blut. Die Gebärmutter zeigte am linken Eileiterwinkel eine nussgrosse Vorwölbung mit 3 cm grossem Riss an der oberen Wand. Höhle mit Blutgerinnseln und Chorion ausgefüllt, keine Spur vom Ei. Der Eisack wurde im Gebärmuttergewebe abgetragen. Genesung. Nach 3 Jahren normale Schwangerschaft und Geburt.

2) 24jähr. Frau, die einmal, vor 7 Monaten normal geboren hatte. Die letzte Regel begann am 25. November 1898. Nach Coitus in der Nacht am 24. November früh beim Aufstehen Schmerzen und Ohnmacht. $5^1/_2$ Stunden später starke Blässe, Puls 124, klein. Bauch in den unteren Theilen etwas aufgetrieben, druckempfindlich, besonders links. Daselbst Dämpfung, 3 Finger breit über das Poupart'sche Band reichend. Gebärmutter vergrössert nach links verlagert. Im linken Parametrium weiche Massen, neben der Gebärmutter härterer Widerstand. Die Diagnose: Zerreissung einer linkseitigen Eileiterschwangerschaft, wurde durch den 8 Stunden nach dem Anfalle vorgenommenen Bauchschnitt bestätigt. Rissstelle an der hinteren oberen Wand im äusseren Drittel des linken Eileiters. Kochsalzinfusion in die linke Vena media. Am 2. Tage nach der Operation Abstossung einer Decidua. Genesung. Später Melancholie.

3) 21jähr. Fräulein, letzte Regel am 15. November. Am 12. Dec. früh plötzlicher Schmerz im Unterleibe, Stuhldrang, Erbrechen. 2 Uhr: Starke Blässe, Puls 120. Bauch vorgewölbt. Dämpfung in der Mittellinie bis zum Nabel, rechts 2 Finger breit unter dem Leberrand, links bis zur Nabelhöhe. Deutliches Fluktuationgefühl. Gebärmutter nicht vergrössert, anteflektirt, Anhänge nicht tastbar. Ueberführung in H.'s Privatklinik. 6 Uhr Puls nicht mehr an der Radialis fühlbar. Die Probepunktion ergab flüssiges Blut. 7 Uhr Bauchschnitt. Der Fruchtsack im linken Eileiter, dicht neben der Gebärmutter, Blut und Deciduafetzen enthaltend, wurde entfernt. Genesung.

4) 27jähr. Frau, die 2mal normal geboren und 2mal abortirt hatte. Letzte Regel 19. November 1897. Am 8. Januar 1898 heftige Blutung, 8 Tage dauernd. Vom 24. bis 25. Januar heftige kolikartige Schmerzen und Ohnmacht im Bette. In den nächsten Tagen Besserung, nach Klysma und Untersuchung wieder Verschlimmerung. Am 28. November Abends Status: Blasse Frau. Puls 132. Dämpfung bis handbreit über dem rechten Poupart'schen Bande. Gebärmutter vergrössert, weich, nach links verdrängt. Im rechten Parametrium weiche Massen, im oberen Theile eine härtere Resistenz. Diagnose: rechtseitige Eileiterschwangerschaft, wiederholte Blutungen. Bei der vorgenommenen Bauchoperation wurde neben flüssigem und geronnenem Blute ein kleinfaustgrosser Fruchtsack im äussersten Theile des rechten Eileiters, nach aussen mit dem Eierstock verwachsen, entfernt, mit Blutgerinnseln und Placenta angefüllt. Die Genesung wurde gestört durch Sublimatvergiftung, der Wundverlauf war normal.

Im 5. Falle wurde in Folge der Diagnose linkseitige Eileiterschwangerschaft operirt, da eine weiche Ausbuchtung links von der Gebärmutter getrennt schien. Es handelte sich jedoch, wie der Befund ergab, um eine *ganz normale* Schwangerschaft!

Im 6. Falle ergab ebenfalls die Operation, dass die Diagnose Schwangerschaft im rechten Eileiter irrthümlich gestellt war. Es handelte sich um eine gonorrhoische Adnexerkrankung beiderseits.

7) 37jähr. Frau, die vor 5 Monaten geboren hatte. Am 26. August, 5 Wochen nach der Periode, Blutung und starke Schmerzen. Erstere hielt bis zum 26. September an. An diesem Tage war im linken Scheidengewölbe eine unregelmässige Resistenz zu fühlen, die bis zur Gebärmutterkante reichte. Die Blutungen nahmen zu, desgleichen die linkseitige Geschwulst. Diagnose: Eileiterschwangerschaft. Die Operation ergab eine faustgrosse Hämatocele in der linken Beckenhälfte und eine spindelförmige Auftreibung im mittleren Theile des linken Eileiters, die eine Cyste enthielt.

8) 27jähr. Frau, hatte vor 1 Jahre geboren, seitdem stets Schmerzen in der linken Seite. Die Periode trat 20 Tage zu spät auf. Beim Waschen heftiger Schmerz in der linken Seite, Erbrechen, nachher Fieber. 10 Tage später fand H. die Gebärmutter nach rechts hinten verlagert, im linken Parametrium eine kleinfaustgrosse, theils weiche, theils harte Geschwulst. Temperatur 38.6°, Puls 100. 3 Tage nachher wurde wegen Ansteigen der Temperatur der Eiterherd von der Scheide aus zerstört. Rasche Heilung.

9) 42jähr. Frau, die 8mal geboren hatte. Seit dem letzten Wochenbette Schmerzen im Unterleibe, starke Regel und starke Verstopfung. Die Periode war im Frühjahre 2mal ausgeblieben, dann wieder Blutung am 3. Juni. Auskratzung, danach Ohnmacht, heftige Schmerzen, Auftreibung des Bauches. Am 7. Juni fand H. eine Schwellung über dem linken Poupart'schen Bande, stark stinkenden Ausfluss. Gebärmutter anscheinend nach rechts liegend. Temperatur normal.

Die Diagnose wurde auf subakuten Ileus gestellt. Bei der Operation wurde der Schnitt 1 cm über und parallel zum Poupart'schen Bande geführt. Linker Eileiter mittelfingerdick mit Darmschlingen verklebt, unterhalb eine teigig weiche Resistenz. Das Bauchfell wurde mit der Haut vernäht. Bei Eröffnung der Höhle wurde eine stinkende braunrothe Flüssigkeit entleert. Ausspülung, Jodoformgazetamponade. Tägliche Ausspülungen der Höhle. Am 7. Tage konnte eine zersetzte Placenta im Ganzen entfernt werden. Tod am 10. Tage nach der Operation. Die Sektion wurde nicht gemacht.

10) Am 17. December 1898 operirte H. eine Frau, bei der am 20. November die Periode ausgeblieben war, und die am 16. December unter fürchterlichen Schmerzen ohnmächtig zusammengebrochen war. Bei der Operation entleerten sich circa 3 Liter flüssigen und geronnenen Blutes. Linker Eileiter im mittleren Theile haselnussgross aufgetrieben, enthielt Deciduagewebe. Riss nach oben. Die Auftreibung nach der Gebärmutter zu war durch ein kleines Fibroid begrenzt, das die Eileiterlichtung absperrte.

H. rechnet die Fälle 1, 2, 3 und 8 (nachträglich noch 10) zu den Eileiterschwangerschaften

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/158

(bei 1 theilweise interstitielle Entwickelung), 4 und 7 [wohl kaum mit Recht! Ref.] zu den tubo-ovariellen und Fall 9 [eben so wenig mit Recht] zu den Ovarial- oder Abdominalgraviditäten. Er kommt zu folgenden Schlüssen: Selbst bei fehlenden oder unsicheren Schwangerschaftzeichen denke man stets an Extrauterinschwangerschaft, sowohl bei plötzlich auftretenden heftigen Unterleibsschmerzen und begleitender Anämie, als auch bei unregelmässigen uterinen Blutungen im Vereine mit wiederkehrenden krampfartigen Schmerzen. Alle Frauen, bei denen die Diagnose auf Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter gestellt oder begründeter Verdacht darauf vorhanden ist, bedürfen genauester Ueberwachung. Nichttransportable in Folge von Zerreisslichkeit des Fruchtsackes sollen zu Hause operirt werden.

J. Praeger (Chemnitz).

386. **Ist die Integrität des Amnionsackes eine conditio sine qua non für die Weiterentwickelung der Frucht nach erfolgter Ruptur des Fruchthalters und Chorions oder nicht?** von F. Neugebauer in Warschau. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXIII. 31. 1899.)

N. wendet sich gegen einen Aufsatz von M. Price über Extrauterinschwangerschaft (Univers. med. Mag. July 1898), in dem Pr. behauptete, nur ein intakter Amnionsack schütze eine Frucht vor der Resorption durch das Peritonaeum. N. hat ein lebendes ausgetragenes Kind, das frei zwischen den Därmen lag, bei Extrauteringravidität beobachtet und betont sehr richtig, dass das Leben oder Absterben der Frucht nach Ruptur des Fruchthalters nicht von der Integrität des Amnionsackes abhängt, sondern von der Weiterernährung durch Nabelschnur und Placenta. Glaeser (Danzig).

387. **Seltene Fälle von Extrauteringravidität**; von H. Thomson in Odessa. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 4. p. 409. 1899.)

Von 14 anderorts zu beschreibenden Fällen von operativ behandelter Extrauteringravidität theilt Th. hier 2 besonders interessante Beobachtungen mit.

1) *Graviditas tubar. dextr.* Tubenruptur. Exstirpation der rupturirten, 7 cm langen, in der Ausdehnung von 3 cm eingerissenen Tube. Heilung. 3 Monate später musste die Kranke wegen *linkseitiger Tubengravidität* wieder in das Krankenhaus aufgenommen werden. Es handelte sich um einen unvollständigen Tubenabort. Starker Bluterguss im Cavum Douglasii. Kolpotomia posterior. Entfernung der bogenförmig gewundenen Tube in der Ausdehnung von 8—9 cm; die Tube hatte in der Mitte den Umfang eines Hühnereies. Abdominale Tubenöffnung auf 5—6 mm erweitert. Heilung.

2) *Gleichzeitige Graviditas intra- und extrauterina.* Zuerst Abort der intrauterinen Gravidität. Bald nachher Bildung einer Hämatocele retrouterina. Incision im hinteren Scheidengewölbe, Entfernung einer grossen Menge dunklen Blutes. Heilung.

Fälle von wiederholter Extrauteringravidität sind nach Th. jetzt im Ganzen 39 beschrieben. Fälle von gleichzeitiger intra- und extrauteriner Gravidität dagegen im Ganzen 28.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

388. **Ueber die Bedeutung der Differentialdiagnose zwischen eitriger Phlebitis und Lymphangitis der Beckenorgane im Puerperium für Prognose und Therapie und über eine leichte, bis jetzt wenig beachtete Form von Lymphangitis der inneren Genitalien**; von Dr. Thomas in Strassburg i. E. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXIX. 3. p. 389. 1898.)

Th. stellt die Frage auf, ob es möglich ist, eine Erkrankung des Lymphgefässsystems von einer Venenentzündung durch die blosse Exploratio interna zu unterscheiden, ohne weitere klinische Symptome, wie Fiebercurve, Häufung der Schüttelfröste, Milzvergrösserung, Auftreten von Metastasen heranzuziehen. Da die Lymphgefässe sich den Venen innig anschmiegen, scheint diese Möglichkeit zunächst unwahrscheinlich.

Th. knüpft nun an die Untersuchungen von Recklinghausen's an, nach denen intime Beziehungen zwischen Lymphgefässsystem und Bindegewebe bestehen. Hieraus folgt, dass eine Lymphangitis mehr Neigung hat, bei ihrer Ausbreitung der Anordnung des Bindegewebes zu folgen als eine Phlebitis. Eitrige Phlebitis geht dagegen eher sprungweise unter Metastasenbildung weiter, während für die Lymphangitis das regionäre Weiterkriechen des Processes charakteristisch ist.

Bezeichnend für Phlebitis ist nach Th. das rasche Auftreten einer schmerzhaften, circumscripten, strangartigen Schwellung in der Gegend einer Vene ausserhalb des Uterus oder der Ligamente. Die Phlebitis lässt ferner selbst bei ausgedehnter Infiltration in der Regel den vorderen und hinteren Douglas'schen Raum frei, während sich eine Lymhangitis gerade hier im Bindegewebe besonders leicht weiterentwickelt. Für Phlebitis bleibt charakteristisch die geringe Tendenz des primären Eiterherdes, selbst bei längerer Dauer der Krankheit das Nachbargewebe zu infiltriren. Ganz anders verhält es sich bei der Lymphangitis, für die Th. auf die verschiedenen Möglichkeiten der Weiterverbreitung im Parametrium, Paracystion, Paraproktion, Parakolpion hinweist.

Zum Schluss bespricht Th. noch eine leichte Entzündungform, die auch als Lymphangitis aufzufassen ist. Es handelt sich dabei um kleine, circumscripte Schwellungen in nächster Nähe des Uterus, meist unterhalb der Tubenecken und an der Cervix, an den Abgangstellen der grossen Lymphstränge oder etwas weiter im Ligament. Diese Erkrankungen gehen bei genügender Beachtung und Sorgfalt meistens rasch zurück.

Zur Illustration seiner Ausführungen fügt Th. 15 Krankengeschichten bei.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/159

389. **Untersuchungen über den Bakteriengehalt des puerperalen Uterus**; von F. Stähler und E. Winckler in Marburg. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. p. 737. Juni 1899.)

St. und W. schenkten bei ihren Versuchen der Frage nach dem Vorkommen von Anaëroben in der Uterushöhle fieberloser Wöchnerinnen besondere Beachtung. Unter 55 Fällen, in denen das anaërobe neben dem aëroben Culturverfahren angewendet wurde, blieb die Uterushöhle in 63.64% der Fälle keimfrei. Danach nahmen St. und W. an, dass in der Mehrzahl der Fälle bei fieberlosem Wochenbett die Gebärmutterhöhle keimfrei ist; es können aber zuweilen unter ganz normalen Verhältnissen sich saprophytisch lebende Keime finden, die bei genügendem Abfluss ihrer Stoffwechselprodukte mit den Lochien gar keine Erscheinungen machen. Es ist wahrscheinlich, dass durch gewisse, im Allgemeinen gutartige Keime leichte Entzündungen des Endometrium hervorgerufen werden können, ohne dass Steigerungen der Temperatur über 38.0° eintreten. In etwa $^1/_3$ der Fälle, in denen bei Wöchnerinnen mit Temperaturen bis höchstens 38.0° die Uterushöhle keimhaltig gefunden wird, handelt es sich um anaërobe Bakterien.

Bei 4 Wöchnerinnen der 1. Versuchsreihe, die Temperaturen zwischen 38.1° und 38.7° gehabt hatten, wuchsen in allen 4 Fällen Anaëroben, bei 10 Wöchnerinnen der 2. Reihe, von denen 6 mit Temperaturen zwischen 38.1° und 38.4°, 4 zwischen 39.3° und 40.5° gefiebert hatten, blieben 2mal die Nährböden steril, in den übrigen 8 Fällen wuchsen ausschliesslich Anaëroben in 6 Fällen, 2mal dagegen Anaëroben neben Aëroben. Unter den Anaëroben waren 2 Arten bemerkenswerth: in 2—5gliedrige Ketten angeordnete, nach Gram nicht färbbare, für Kaninchen nicht pathogene Streptokokken und bewegliche, nach Gram nicht färbbare, Gonokken in Form und Grösse gleichende, semmelförmige Diplokokken.

J. Praeger (Chemnitz).

390. **Die Ausschneidung der puerperal-septischen Gebärmutter**; von L. Prochownik in Hamburg. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. p. 756. Juni 1899.)

Auf Grund der Erfolge, die die Ausschneidung der Gebärmutter, bez. ihres grössten Theiles, in einer ganzen Reihe von Kaiserschnitten in Fällen, in denen die Gebärenden Zeichen der Wundinfektion aufwiesen, ebenso bei Zerreissungen der Gebärmutter, bei Myom, Krebs und Placentaverhaltung, falls bei diesen Erkrankungen Infektionzeichen bestanden, sowie bei der sogen. Tympania uteri und beim Tetanus gehabt hat, empfiehlt Pr. die Ausschneidung der puerperal-septischen Gebärmutter, aber nur dann, wenn die *Blutcultur* den Nachweis vom Vorhandensein von Streptokokken im Blut ergiebt.

Ist eine schwere Erkrankung ohne nachweisliche Pyämie vorhanden, so ist nach Pr. ein abwartendes Verfahren angezeigt, wenigstens in der 1. Woche.

Nur bei erwiesener Zurückhaltung von zersetzten Eitheilen hält Pr. deren Entfernung in Narkose für gerechtfertigt. Die Nachbehandlung hat auf den Eintritt sekundärer Pyämie zu achten, eventuell die Radikaloperation zu erwägen.

Bedroht im subakuten Stadium von der 2. Woche an eine auf die Gebärmutter beschränkte septische Erkrankung ohne nachweisliche Pyämie das Leben, so ist durch einmalige gründliche örtliche Maassnahmen Heilung zu erstreben. Bleiben diese nutzlos, so darf man sich zu radikalen Eingriffen entschliessen.

J. Praeger (Chemnitz).

391. **Pericystitis in puerperio**; von Prof. G. Kolischer in Chicago. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXIII. 25. 1899.)

K., der diese Erkrankung mehrfach im Wochenbett gesehen hat, schildert den Verlauf folgendermaassen:

Nach längere Zeit hindurch vorhandenem Pressen beim Urinlassen und nothwendigem Katheterisiren tritt plötzlich Fieber auf, bisweilen Schüttelfrost. Die vordere Hälfte des Beckens ist ausgefüllt von einem scheiben- oder kuchenförmigen Tumor, von dem der Uterus nicht abzugrenzen ist. Der Tumor liegt der vorderen Bauchwand knapp an. In 2 Fällen sah man nach Eröffnung des Leibes die Reservefalte des Peritonaeum aufgebraucht, die Blase in einen harten, scheibenförmigen Tumor verwandelt, der wie ein Brett in die Bauchhöhle vorragte. Die Diagnose war beide Male auf ein durchbrechendes Exsudat gestellt. Die Diagnose ist zu stellen aus der Beschaffenheit der Blase. Diese ist in die Länge gezogen, bei der Füllung mit Wasser leistet sie plötzlich einen *starren* Widerstand, bei der Entleerung wird der Tumor nicht kleiner, nach spontaner Miktion findet sich immer etwas Residualurin, die Blase kann sich nicht völlig contrahiren. Der Schnabel des Cystoskops lässt sich nur schwer aufrichten, die Schleimhaut der vorderen Wand ist gequollen, ödematös, mit punktförmigen Ekchymosen. In der Regel auch am Tuberculum urethrae und Mons Veneris Oedem. Bisweilen verbindet sich diese Pericystitis mit puerperaler parametraner Cellulitis. Dann kommt man bei der Operation des Exsudates leicht in die Blase. Therapeutisch kommen Ichthyolsuppositorien und heisse Kataplasmen in Betracht.

Glaeser (Danzig).

392. **Casuistischer Beitrag zur Aetiologie, Symptomatologie und Therapie des Puerperaltetanus**; von Dr. W. Pit'ha in Prag. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXIII. 29. 1899.)

Man kann 3 Infektionarten nach der Lokalisation unterscheiden: 1) Endometritische Lokalisation, und zwar: a) reine Tetanusinfektion,

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/160

b) Mischinfektion. 2) Vaginale oder perinäale Lokalisation (analog dem traumatischen Tetanus mit subcutaner Lokalisation). 3) Endometritische und vaginale Lokalisation.

Eine Hysterektomie kann nur bei endometritischer Lokalisation helfen, kommt aber auch hier wegen der Schwierigkeit der Diagnose zu spät. (3 Fälle). Die Incubation dauerte 3—10 Tage.

In 10 Fällen war die Serumbehandlung machtlos. Dagegen dient das Serum als ausgezeichnetes Prophylacticum, denn seit der Einführung präventiver Injektionen wurde kein weiterer Fall mehr beobachtet. Glaeser (Danzig).

393. **Zur Behandlung von wunden Warzen und Mastitiden im Wochenbett**; von Prof. W. Rubeska in Prag. (Arch. f. Gynäkol. LVIII. 1. p. 177. 1899.)

Unter 3152 Stillenden hatten 1244 = 39.4% wunde Warzen, bei 17 = 0.54% kam es zu Mastitiden, von denen nur 2 vereiterten. Während des Stillens werden die Warzen täglich 2mal mit warmem Seifenwasser und 60proc. Alkohol desinficirt. Sind Excoriationen oder Rhagaden entstanden, so werden ausserdem die Warzen mit Umschlägen von 3proc. Borwasser feucht gehalten, um das Entstehen von Borken zu verhindern und etwaige Eiterpilze in ihrer Entwickelung zu hemmen. Bei tieferen Wunden wird die Brust dem Kinde nur mit Warzenhütchen gereicht. Fast stets wird weitergestillt. Bei beginnender Mastitis werden die Warzen energisch desinficirt und für 2 Stunden mit Umschlägen von 0.5proc. Sublimatlösung bedeckt. Die erste Milch aus den Milchgängen wird mittels Milchpumpe entfernt und eine Eisblase auf die Brust gelegt. Beginnt die Mastitis mit einem Schüttelfroste, hohem Fieber und sehr schmerzhafter Infiltration, so werden 2—3 *Pravaz*'sche Spritzen einer 3proc. Carbollösung parenchymatös injicirt. Ist der Beginn weniger stürmisch, so wird diese Injektion gemacht, wenn am 2. Tage die Schmerzhaftigkeit und das Fieber nicht zurückgehen. Brosin (Dresden).

394. **Pemphigusübertragungen im Wirkungskreise einzelner Hebammen**; von Dr. Brosin in Dresden. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XL. 3. p. 418. 1899.)

B. berichtet über 2 durch Uebertragung entstandene Erkrankungsgruppen an Pemphigus.

Hebamme X. leitete vom 11. Aug. bis 10. Oct. 1898 9 Entbindungen, sämmtliche 9 Kinder erkrankten an Pemphigus und 2 davon starben an der Krankheit. Die Hebamme X. bemerkte am 13. Sept. eine Pemphigusblase am eigenen Daumen; später traten weitere Blasen bei ihr auf. Nach 4wöchiger Ausserdienststellung der Hebamme keine weitere Erkrankung. Eine andere Dresdener Hebamme, Frau Z., leitete vom 13. März bis zum 15. Juni 64 Geburten mit 9 Pemphiguserkrankungen und 5 Todesfällen.

Bemerkenswerth ist zunächst die grosse Zahl der Todesfälle an einer Krankheit, die gewöhnlich als unschuldig und ungefährlich aufgefasst wird. Das Contagium des Pemphigus neonatorum ist nach B. der Staphylococcus pyogenes aureus, der fast stets in den älteren Blasen gefunden wird und bei Wiedereinimpfung neue Pemphigusblasen erzeugt.

Zur Verhütung der Weiterverbreitung des Pemphigus durch Hebammen empfiehlt B., solchen Hebammen, in deren Wirkungskreise sich Pemphiguserkrankungen wiederholen, für 2—4 Wochen die Annahme weiterer Entbindungen und das Abstatten von Wochenbettbesuchen zu untersagen. Ausserdem fordert B. eine bessere Aufklärung der Hebammen über die Natur und Bedeutung des Pemphigus, als dies seither statthatte.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

395. **Zur Hygiene der ersten Lebenstage**; von Dr. Hans Fuchs in Kiel. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 21. 1899.)

In der Kieler Klinik wurde bei 15 Kindern sowohl die übliche Entfernung der Vernix caseosa, als auch das tägliche Bad versuchsweise weggelassen. F. kann einen schädigenden Einfluss des Bades nicht anerkennen, erblickt vielmehr darin einen wichtigen hygieinischen Faktor. Die Wasserverarmung der Gewebe, die sich beim Neugeborenen in den ersten Lebenstagen oft durch eine eigenthümlich welke, faltige Beschaffenheit der Haut bemerkbar macht, wird nach F.'s Beobachtungen zweifellos durch das tägliche Bad gemildert; Schlaf und Nahrungsaufnahme werden ferner in günstigem Sinne beeinflusst.

Den Icterus neonatorum und die übrigen Symptome des darniederliegenden Stoffwechsels fasst F. als den physiologischen Ausdruck der eingreifenden Veränderungen auf, die die Funktion sämmtlicher Organe in den ersten Lebenstagen erleidet. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

396. **Eine Gefahr der Brutapparate**; von Dr. E. Wormser zu Basel. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXIII. 38. 1899.)

W. macht darauf aufmerksam, dass in den Brutapparaten sehr häufig zu hohe und ungleichmässige Temperatur herrscht, weist ferner auf die schlechte Beschaffenheit der Luft in den Apparaten hin und führt endlich einen Fall von Erstickung des Kindes beim Erbrechen im Apparate an. Die Hustenstösse waren nicht zu hören.

Glaeser (Danzig).

397. **Congenitale Obliteration der Gallengänge**; von Prof. M. Stooss. (31. med. Bericht über die Thätigkeit des Jenner'schen Kinderspitals in Bern während der Jahre 1896 und 1897. p. 35. 1898.)

Ein 6 Monate altes Mädchen war seit dem 3. Lebenstage gelbsüchtig, hatte keine Nabelblutung gehabt, nicht auffällig erbrochen. Es bekam Krämpfe und starb etwa 1 Woche danach im Zustande höchster Schwäche. Während des Lebens fand man starken Ikterus, Vergrösserung der Leber, Ascites, Oedeme. Die *Sektion* ergab:

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/161

1) Fehlen der Gallenblase, an deren Stelle sich ein 2 mm starker fibröser Strang fand. 2) Fehlen der Gallengänge. Der Ductus choledochus war durch einen fibrösen Strang ersetzt, der sich im Pankreas verlor. 3) Weit fortgeschrittene Lebercirrhose. St. vermuthet, dass es sich ursprünglich um eine Missbildung geringen Grades mit Verengerung der Gallengänge gehandelt habe und dass sekundäre entzündliche Vorgänge deren völligen Verschluss herbeiführten. Syphilis war wohl sicher nicht mit im Spiele, wie auch Thomson in seiner bekannten Monographie dieser Erkrankung keine Bedeutung für die Entstehung der angeborenen Lebercirrhose beimisst. Ob das Kind normal gefärbtes Meconium entleert hatte, konnte leider nicht in Erfahrung gebracht werden.

Brückner (Dresden).

398. **Ueber einen Fall von Retentio urinae bei einem Säugling**; von Dr. G. Schürenberg in Leipzig. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLVIII. 1. p. 125. 1898.)

Bei einem 8monatigen elenden rhachitischen Mädchen, das nach 3tägigem Aufenthalte im Spitale starb, wurden Sepsis, Enteritis chronica, Atrophie, Pneumonia cat. lobuli infer. et sup. dextri, Nephritis chronica festgestellt. Die *Sektion* bestätigte im Wesentlichen die Diagnose, förderte aber noch einen interessanten Befund an den Harnorganen zu Tage. Es fand sich in der Harnblase oberhalb der Harnröhrenmündung eine bohnenförmige Cyste, auf der ein kleiner warzenförmiger Tumor aufsass. Der rechte Ureter spaltete sich kurz oberhalb seiner Einmündung in die Blase in zwei Röhren. Die eine war abgeknickt und stark erweitert. Zudem bestand rechtseitige Hydronephrose. Nach der histologischen Untersuchung der Geschwulst und auf Grund der Literaturangaben kommt Sch. zu dem Schlusse, „dass es sich im vorliegenden Falle um eine Proliferationscyste, hervorgegangen aus einer Adenombildung nach oben in den Blasengrund verlagerter Skene'scher Drüsen handelt".

Brückner (Dresden).

399. **Casuistische Beiträge zur pathologischen Anatomie des Kindesalters**; von Dr. Seiffert in Leipzig. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLVIII. 1. p. 12. 1898.)

1) *Zwei Fälle von kindlichem Diabetes mit Sektionsbefund.*

Ein 17jähr. Knabe starb nach längerer Krankheit im Koma, ein 6jähr. Mädchen nach kürzerer Erkrankung an intercurrenter Diphtherie. Bei beiden Kindern ergab die *Sektion* Atrophie des Pankreas.

2) *Ein Fall von doppelseitiger Hydronephrose in Folge angeborner Klappenbildung in der Urethra.*

Ein $^1/_2$jähr. Knabe litt an zeitweise sich wiederholender Retentio urinae. Mit dem Katheter konnte ohne Mühe wasserklarer Urin mit einem specifischen Gewicht von 1000 entleert werden. Urämische Symptome bestanden nicht. Das Kind starb plötzlich im Collaps. Die *Sektion* ergab doppelseitige Hydronephrose mit hämorrhagischer und Harnsäure-Infarcirung der Markkegel. Die Muskulatur der Blase war hypertrophisch. Blasenhals von der Ureterenmündung ab spitz trichterförmig ausgezogen, am Uebergange in die Ureteren nach rechts abgeknickt. Schleimhaut daselbst in feine, radiär nach unten zusammenlaufende Falten gelegt. Vom hinteren Umfange des Corpus gallinaginis gingen zwei dünne halbmondförmige Falten der Schleimhaut seitwärts ab, sich in die obere Wand der Urethra verlierend, wodurch ein Ventilverschluss gebildet wurde. Sonst Harnröhre ohne Besonderheiten. Keine Phimose.

3) *Aorteninsufficienz und Stenose bei $1^1/_2$jährigem Kinde.*

Seit den ersten Monaten Geräusche am Herzen, keine Cyanose. Tod an Diphtherie. *Sektion:* Herzachse von rechts oben nach links unten verlaufend. Linker Ventrikel nach vorn gelegen. Linkes Herz erheblich vergrössert, linker Ventrikel hypertrophisch. Ductus arteriosus Botalli obliterirt. Insufficienz und Stenose der Aortenklappen. Die übrigen Ostien gesund. Aorta erweitert, glatt. Keine Defekte des Septum. Foramen ovale geschlossen. S. glaubt, dass der Fehler zu Stande gekommen sei durch eine am Ende des Fötallebens oder in den ersten Lebenswochen einsetzende Endokarditis.

Brückner (Dresden).

400. **Zur Casuistik der operativ geheilten Darminvagination**; von Dr. Th. Toeplitz in Breslau. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLVIII. 2 u. 3. p. 283. 1898.)

T. hat 8 sicher diagnosticirte Fälle von Darminvagination bei Säuglingen beobachtet, 4 der Kinder starben. Bei den 4 Geheilten wurde die Invagination 2mal vom Mastdarme aus reponirt, 1mal durch Opium und Wassereingiessung und 1mal durch Laparotomie beseitigt. Den letzten Fall theilt T. ausführlich mit. Die Erkrankung bestand erst seit 12 Stunden. Die Lösung des eingeschobenen Darmstückes geschah ohne Schwierigkeiten. Die Heilung verlief glatt. T. giebt den Rath, falls die Invagination nicht vom Mastdarme aus zu erreichen ist, unverzüglich zur Laparotomie zu schreiten.

Brückner (Dresden).

401. **Ueber die Ursachen des Wolfsrachens und der hinteren Gaumenspalten**; von Dr. Johann Fein. (Wien. klin. Wchnschr. XII. 4. 1899.)

F. macht darauf aufmerksam, dass Gaumenspalten häufig mit Vergrösserung der Rachenmandel einhergehen. Es finden sich einige solche Fälle in der Literatur beschrieben. An einer Anzahl von Präparaten aus dem Wiener pathologischen Institute, sowie an 5 Kranken der Chiari'schen Poliklinik konnte F. dieses Vorkommniss feststellen. Er ist geneigt, anzunehmen, dass die vergrösserte Rachenmandel die Ursache der Spaltbildungen ist. „Den vollgültigen und unanfechtbaren Beweis für die Richtigkeit unserer Anschauungen wird aber erst derjenige Beobachter zu liefern im Stande sein, dem der Zufall eine in den ersten Fötalmonaten befindliche Frucht in die Hände spielt, bei welcher die entwickelte Rachenmandel zwischen den Gaumenhälften liegt und sich damit deutlich als Hinderniss der Verwachsung zu erkennen giebt."

Brückner (Dresden).

402. **La dentition précoce**; par le Dr. V. Joukovsky. (Revue mens. des Mal. de l'Enf. XVII. Mars 1899.)

J. beschreibt ein neugeborenes Kind mit wohl ausgebildeten unteren mittleren Schneidezähnen, von denen der rechte stark nach vorn abwich. Am 4. Tage bemerkte man ein Zungengeschwür und eine Entzündung des Zahnfleisches mit beginnender Abscessbildung, die zur Extraktion der recht fest sitzenden Zähne nöthigte. J. ist mit Henoch der Ansicht, dass entzündliche Vorgänge am Kiefer den vorzeitigen Zahndurchbruch veranlassen.

Brückner (Dresden).

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/162

403. **La tête des rachitiques. Son développement. Son volume. Ses rapports avec la taille**; par le Dr. Jean Bonnifay. (Revue mens. des Mal. de l'Enf. XVII. p. 79. Mars 1899.)

Nach den Untersuchungen B.'s sind die Maasse des Schädels in der ersten Periode der Rhachitis im Allgemeinen vermindert. Vom 5. Jahre sind sie hingegen vergrössert. Im Verhältnisse zum Rumpfe ist der Schädel der Rhachitiker stets grösser, als er normaler Weise sein sollte. Das ist das bezeichnendste Merkmal der Rhachitis. Das falsche Verhältniss zwischen Rumpf und Schädel ist gleichwerthig mit der Brachycephalie der Rhachitiker.

Brückner (Dresden).

404. **La paralysie douloureuse des jeunes enfants**; par le Dr. L. Bertrand. (Gaz. hebd. XLVI. 21. p. 241. 1899.)

Bei jungen Kindern, die heftig an einem Arme gezerrt werden, um sie vor einem Falle u. s. w. zu bewahren, beobachtet man nicht selten sofort danach Unbeweglichkeit des Gliedes und Schmerzhaftigkeit bei passiven Bewegungen. B. glaubt den Zustand auf eine durch Zerrung des Plexus brachialis bedingte Lähmung beziehen zu müssen. Die Beweglichkeit stellt sich in der Regel nach wenigen Tagen wieder her; ihre Störung beruht wohl in der Mehrzahl der Fälle, wie z. B. de Bruin annimmt, auf der bekannten Subluxation des Radiusköpfchens.

Brückner (Dresden).

405. **Beitrag zur Aetiologie des Pfeiffer'schen Drüsenfiebers**; von Dr. J. Hainebach in Frankfurt a. M. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 26. 1899.)

Nach Schilderung des Krankheitbildes, wie es zuerst von E. Pfeiffer 1889 als Drüsenfieber beschrieben wurde, folgt die Krankengeschichte eines einschlägigen Falles. Es handelt sich bei dieser bei Kindern jedenfalls häufiger vorkommenden Krankheit zweifellos um eine Infektionkrankheit sui generis, wenn sie auch von der Mehrzahl der Autoren noch nicht anerkannt wird. Die Eingangspforte der noch unbekannten Krankheiterreger sind die Rachenorgane, wenn das Gift (s. v. v.) diese auch unter unbekannten Bedingungen, ohne Lokalerkrankung hervorzurufen, passiren kann, um dann eine Entzündung der regionären Drüsen und eine Allgemeininfektion hervorzurufen. Im vorliegenden Falle wurde übrigens die Krankheit durch eine schwere hämorrhagische Nephritis complicirt.

H. Beschorner (Dresden).

VIII. Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde.

406. **Beobachtungen und Experimente über die Grundlagen der Asepsis**; von Dr. G. Gottstein. (Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 1. p. 129. 1899.)

G. hat an 101 Kranken 124 excidirte Hautstückchen auf ihre Keimfreiheit untersucht, und zwar wurde die Haut in den verschiedenen Schichten fein zerschabt und das Geschabsel auf Nährböden übertragen. Von diesen 124 Untersuchungen betrafen 8 Haut von exulcerirten Tumoren oder aus der Nachbarschaft eines Anus praeternaturalis; die übrigen 116 beziehen sich auf normale unversehrte Haut. Von diesen 116 Versuchen sind 31 unter Carbol-Sublimatdesinfektion, 78 unter Alkohol-Sublimatdesinfektion, 6 unter Alkohol-Lysol oder Solveol und endlich 1 unter Formalindesinfektion ausgeführt.

Seine Untersuchungergebnisse stellt G. in folgenden Sätzen zusammen: „Mit den bisherigen Desinfektionsmethoden sind wir nicht im Stande mit einiger Sicherheit Sterilität der Haut zu erreichen, weder an der Oberfläche, noch in der Tiefe. Keimfreiheit der intakten Haut zu erzielen, gelang nur in $^1/_5$ der Fälle. Einigermaassen sichere Resultate zur Prüfung des Keimgehaltes der gesammten Haut ergiebt nur die von uns angegebene Schabungsmethode. Von einander trennen muss man den Keimreichthum der oberflächlichen von dem der tiefen Hautschicht. Die tiefen Schichten erwiesen sich in einem grösseren Procentsatze der Fälle als stärker bakterienhaltig, als die oberflächliche Schicht, und zwar steigt der Bakterienreichthum von der Oberfläche nach der Tiefe immer mehr. Männerhaut ist schwerer zu desinficiren als Frauenhaut. Die verschiedenen Körperregionen zeigen betreffs ihres Bakteriengehaltes grosse Differenzen. Am leichtesten steril zu erhalten ist die Bauchhaut 38%, dann Brust 20%. Sterilität der Scrotalhaut wurde niemals erzielt. Auch das Alter hat einen Einfluss auf die Möglichkeit, die Haut steril zu machen. Je älter ein Individuum ist, desto weniger ist auf eine Sterilität der Haut zu rechnen. Die sich hauptsächlich in der Haut vorfindende Bakterienart ist Staphylococcus albus; in einer geringen Anzahl von Fällen findet sich auch Staphylococcus aureus, Streptokokken u. s. w. Von der verbesserten Methodik hängt es ab, ob die zufälligen Keime von der Haut entfernt werden. Der Staphylococcus albus erwies sich in einer grossen Anzahl von Fällen als pyogen."

P. Wagner (Leipzig).

407. **Ueber die Desinfektion inficirter Wunden**; von Dr. C. v. Eicken. (Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 2. p. 353. 1899.)

Der Kampf, der in den letzten Jahren zwischen Antisepsis und Asepsis getobt hat, ist wohl im Grossen und Ganzen zu Gunsten der Asepsis entschieden. Alle modernen Chirurgen sind bemüht, die Antiseptica von nicht inficirten Wunden nach Möglichkeit fernzuhalten. Die Frage, ob es Zweck hat, inficirte Wunden mit Antisepticis zu behandeln,

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/163

ist aber bisher noch nicht endgültig entschieden, wie sich aus einer Durchsicht der Literatur ergiebt.

v. E. benutzte zu seinen Versuchen mit Staphylococcus aureus inficirte Wunden und als Wundwässer 3proc. Carbolwasser, 2proc. essigsaure Thonerde und 0.6proc. sterilisirte Kochsalzlösung. Bei dem von v. E. gewählten Infektionmodus gelang es stets, die phlegmonösen Processe der Subcutis, falls solche auftraten, durch ausgiebige Incisionen zum Stillstande zu bringen. Auch bei breitem Offensein der Wunden und guter Tamponade ist es beim Kaninchen nicht möglich, den dickzähen Eiter durch Verbandgaze völlig aufzusaugen, mag diese nun mit Desinficientien oder mit physiologischer Kochsalzlösung angefeuchtet sein. Bei dem Bestreben, die Thiere zu heilen, sind die rein physikalischen Maassnahmen, die mechanische Entfernung des in der Wunde sich ansammelnden Eiters, die Spaltung von Eitergängen und Abscessen, von so überwiegender Bedeutung, dass Nutzen oder Schaden einer antiseptischen oder aseptischen Wundbehandlung nicht mehr zu controliren sind. Das Thierexperiment giebt also auf die Frage, ob man Desinficientien bei eiternden Wunde verwenden solle oder nicht, keinen Aufschluss. Auch aus den bei Eiterungen des Menschen angestellten bakteriologischen Untersuchungen konnte v. E. keinen sicheren Anhaltepunkt für die Frage gewinnen, ob wir Antiseptica anwenden sollen oder nicht, denn die Zahl der Keime und die Menge des Sekretes blieben bei beiden Behandlungmethoden unverändert. In wie weit die Toxine durch die Desinficientien unschädlich gemacht werden und die Virulenz der Keime abnimmt, entzieht sich vorläufig noch unserer Erkenntniss. Jedoch scheint es bei diesen Processen hauptsächlich auf *gut resorbirende Verbände und genügend häufigen Verbandwechsel* anzukommen.

v. E. hat dann weiterhin die *Veränderungen* studirt, *die die Gewebe durch die üblichen Desinfektionmittel* erleiden. Er fand im Allgemeinen bei 3proc. Carbollösung die tiefstgreifenden Veränderungen, zumal wenn statt der austrocknenden Verbände solche mit Gummipapier angelegt wurden.

P. Wagner (Leipzig).

408. **Ueber ein resorbirbares Naht- und Ligaturmaterial**; von Prof. W. F. Sneguireff. (Centr.-Bl. f. Chir. XXVI. 24. 1899.)

In dem Bestreben, einen brauchbaren Ersatz für das Catgut ausfindig zu machen, glaubt Sn. dem Ziele nahe zu sein. Als resorbirbares Naht- und Ligaturmaterial benutzt er seit Januar 1899 *Sehnenfäden aus dem Lig. nuchae des Rennthieres*, und zwar in Form der direkt durch Zertheilen des unversehrten Ligaments erhaltenen parallelfaserigen Fäden. Die Desinfektionmethode ist folgende: Entfetten in Aether, Einlegen in Juniperusöl auf die Dauer von mindestens 14 Tagen; Entfernen des Oeles durch Aether und Alkohol; Einlegen auf 2 Tage in $^1/_3$proc. Sublimatlösung in 80proc. Alkohol; Ueberbringen auf 2 Tage in 1proc. sterile Kochsalzlösung, Aufbewahren in Alkohol. Nach den angestellten bakteriologischen Untersuchungen und Thierexperimenten erwiesen sich die Fäden stets schon nach dem Juniperusöle als steril. Die bis jetzt erhaltenen Erfolge ermuntern zu weiterer Anwendung des relativ billigen und leicht zu beschaffenden Materiales. P. Wagner (Leipzig).

409. **Klinische und experimentelle Beiträge zur Lehre von der Transplantation ungestielter Hautlappen**; von Dr. A. Henle u. Dr. H. Wagner. (Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 1. p. 1. 1899.)

Die Thiersch'sche *Transplantation* lässt in denjenigen Fällen im Stich, in denen die neu verpflanzte Haut starken mechanischen Insulten ausgesetzt ist, sei es, dass sie andauernden und starken Druck auszuhalten hat, oder dass grössere Anforderungen an ihre Elasticität gestellt werden, wie dies z. B. in der Nähe von Gelenken der Fall ist. In derartigen Fällen muss man deshalb auf die zum Theil älteren Methoden zurückgreifen, die den Defekt durch *gestielte Hautlappen zu ersetzen* suchen. Aber auch diese Methode hat ihre grossen Nachtheile; die Behandlungzeit ist sehr lang; zudem ist es für den Kranken geradezu eine Qual, ein Glied viele Tage, ja selbst Wochen lang, oft in den unangenehmsten Stellungen fixirt halten zu müssen. Man muss deshalb in diesen Fällen auf die von F. Krause von Neuem empfohlenen *Transplantationen ungestielter Hautlappen* zurückkommen.

In der Breslauer chirurgischen Klinik wurden 51 solcher Transplantationen an 44 Kranken vorgenommen (22mal bei Fussgeschwüren, 4mal bei traumatischen Hautdefekten, 6mal bei Defekten nach Geschwulstexstirpation). Bei 9 Kranken mussten 13 Operationen vorgenommen werden, um Narben durch normale Haut zu ersetzen; endlich wurde noch 3mal operirt, um Haare an Stellen zu verpflanzen, wo sie verloren gegangen waren. Bei diesen Transplantationen ist der grösste Werth auf eine peinliche Asepsis und sorgfältige Stillung der Blutung aus der frischen Wundfläche zu legen; alle Antiseptica sind zu vermeiden. Die Lappen wurden meist von der Vorderfläche des Oberschenkels entnommen, 3—4 cm breit, bis zu 45 cm Länge. Nach sorgfältiger Befreiung vom Unterhautzellengewebe wurden sie in kürzere Formen zerlegt.

Von den 51 Transplantationen heilten 30 = 58.9% vollkommen; 8 = 15.4% theilweise. 13mal = 25.4% ergaben sich Misserfolge. Speciell bei den an *Unterschenkelgeschwüren* ausgeführten 25 Transplantationen ergaben sich 11 völlige und 6 theilweise Heilungen auf 8 Misserfolge. 7 Kranke wurden dauernd geheilt (bis $4^1/_2$ Jahre); bei 4 trat Recidiv auf. P. Wagner (Leipzig).

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/164

410. **Ueber Späteiterungen nach Schussverletzungen**; von Dr. H. Graetzer. (Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 2. p. 435. 1899.)

Bei weitem seltner als die dauernde Einheilung eines Projektiles kommt es vor, dass nach einer längeren Zeit, während der das Projektil vollkommen reaktionlos im Körper getragen wurde, nachträglich noch an der Stelle der Verwundung plötzlich Entzündung und Eiterung auftritt, die oftmals einen recht schweren Verlauf nehmen kann.

Gr. theilt 3 solche Fälle aus der v. Bruns'schen Klinik mit; die Späteiterung trat hier 4 bis 11 Jahre nach der Verletzung auf. In der Literatur hat Gr. noch 52 Beobachtungen gefunden, bei denen nach verschiedenen Zeiträumen bis zu 59 Jahren ungestörten Verweilens der Projektile doch noch Entzündungen und Eiterungen am Sitze des Fremdkörpers entstanden.

Analog den nach Jahrzehnten wieder auftretenden Eiterungen nach Osteomyelitis gestaltet sich auch die Sachlage bei den Späteiterungen nach Schussverletzungen. Da für die Osteomyelitis die Latenz der Keime klinisch und experimentell unanfechtbar nachgewiesen ist, so ergiebt sich die Entscheidung derselben Frage für die Späteiterungen nach Schussverletzungen von selbst. Voraussetzung hierfür ist nur die Bedingung, dass überhaupt Keime in die Schusswunde eingeführt sind. Nach den neueren Untersuchungen ist der weitaus grösste Theil aller Schusswunden als inficirt zu betrachten; die früher viel gepriesene Sterilität der Schusswunden trifft nicht zu.

P. Wagner (Leipzig).

411. **Beitrag zur Kenntniss der latenten Mikroorganismen**; von Dr. J. Schnitzler. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 4. p. 866. 1899.)

Für den Chirurgen ist die Frage nach der Latenz, d. h. der klinisch symptomlosen Symbiose der in den menschlichen Körper eingedrungenen Bakterien, besonders für das Verständniss zweier Krankheitbilder von Interesse: der *Späteiterungen nach Verletzungen,* speciell Einheilung von Fremdkörpern (Riedel's *Perialienitis*), und der *recidivirenden Osteomyelitis.*

Ueber derartige Späteiterungen finden sich zahlreiche Angaben und Erklärungversuche in der Literatur. Die bakteriologische Untersuchung allein lässt in solchen Fällen eine sichere Unterscheidung darüber nicht zu, ob früher einmal eingedrungene Mikroorganismen durch einen besonderen Anlass zur Virulenz erweckt worden sind, oder ob es sich um frisch eingedrungene Bakterien handelt, die sich an einem durch Trauma, Fremdkörper u. s. w. prädisponirten Ort abgelagert haben. Schn. theilt eine Reihe von fremden und eigenen Beobachtungen mit, deren Befunde wohl nur im Sinne einer Latenz von Mikroorganismen zu deuten sind.

Es erschien Schn. nun wünschenswerth, der durch klinische Erfahrungen und klinisch bakteriologische Untersuchungen bis zu einem gewissen Grade sicher gestellten Latenz von Mikroorganismen auch *experimentell* näher zu treten. Hier handelte es sich einfach darum, zu untersuchen, wie lange die in den Thierkörper eingebrachten Bakterien bei fortbestehender Gesundheit des Thieres in dessen Innern nachweisbar bleiben und wie lange sie die Fähigkeit behalten, vielleicht durch Hinzutreten besonderer Umstände, für dieses Thier pathogen zu werden.

Schn. hat zunächst mit Ewald Versuche darüber angestellt, wie lange nach vollzogener intravenöser Bakterieninjektion die Bakterien im Knochenmarke der Versuchsthiere (Kaninchen) zu finden sind. Mehrmals gelang dieser Nachweis noch relativ lange Zeit nach der Injektion (z. B. Sarcine nach 6 Tagen, Staphylococcus aureus nach 15 Tagen), ohne dass das Thier Krankheiterscheinungen gezeigt hätte.

Weiterhin hat dann Schn. versucht, die Latenz von Mikroorganismen im lebenden Thierkörper auf andere Weise nachzuweisen. Er ging von der Thatsache aus, dass manche Thiere gegen bestimmte Bakterienarten unter normalen Verhältnissen refraktär sind, während sie durch Hinzufügen einer besonderen Schädigung zur Erkrankung durch dieselbe Bakterienart disponirt werden. Durch Einschalten verschieden langer Zeiträume zwischen Bakterieninjektion und disponirender Schädigung konnte nun nachgewiesen werden, wie lange die Bakterienart in dem Thiere lebens- und virulenzfähig geblieben war. So konnte z. B. bei Fröschen, denen Streptokokken injicirt worden waren (diese Injektion allein hat keine schädlichen Folgen für den Frosch) durch Erwärmen im Brutapparate oder durch Chloroformnarkose sogar noch 4 Wochen nach vollzogener Injektion eine tödtliche Streptokokkenerkrankung hervorgerufen werden. Tödtet man einen Frosch, dem Streptokokken injicirt worden waren, und untersucht nach den üblichen Methoden Herzblut, Leber, Knochenmark, so findet man schon zumeist einige Tage nach der Injektion diese Organe keimfrei.

Aehnliche Versuche beim Kaninchen durchzuführen, misslang, einmal wegen der grösseren natürlichen Disposition der Kaninchen zur Erkrankung durch die angewendeten Bakterienarten, und dann wegen der Schwierigkeit, künstlich eine derartige allgemeine Disposition hervorzurufen, wie sie beim Frosche durch die angeführten Maassnahmen leicht zu erreichen ist.

Schn. stellte dann Versuche an in der Art, dass er, nachdem er Kaninchen längere Zeit vorher Culturen von Staphylococcus aureus intravenös injicirt hatte, durch Frakturirung eines Knochens eine frische, akute Osteomyelitis zu erzeugen versuchte. Nur in einem Falle gelang es.

Schliesslich erwähnt Schn. noch einige Versuche, die dahin gingen, die nach Staphylokokken-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/165

injektionen so häufig latent zurückbleibenden Niereninfarkte durch traumatische Einwirkungen zu manifesten Eiterungen umzuwandeln.

P. Wagner (Leipzig).

412. **Die Osteomyelitis tuberculosa des Schaftes langer Röhrenknochen**; von Dr. H. Küttner. (Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 2. p. 449. 1899.)

Auf Grund des Materiales der v. Bruns'schen Klinik bespricht K. die *Tuberkulose des Schafttheiles langer Röhrenknochen*, und zwar diejenige Form, die *im Marke* ihren Sitz hat, die *Osteomyelitis tuberculosa*. So häufig die Tuberkulose das Mark der kurzen Röhrenknochen befällt, so selten lokalisirt sie sich an gleicher Stelle bei langen Röhrenknochen. In der v. Bruns'schen Klinik kamen z. B. auf 2127 klinisch behandelte Knochen- und Gelenktuberkulosen an Extremitäten nur 6 Fälle von Osteomyelitis tuberculosa langer Röhrenknochen = 0.28%.

Man muss unterscheiden zwischen einer *primären*, im Mark der Diaphyse entstandenen Tuberkulose und einer *sekundären*, die, von erkrankten Gelenken oder von Spongiosaherden ausgehend, auf den Markkanal übergreift.

Von *primärer Osteomyelitis tuberculosa* theilt K. einen sehr prägnanten Fall mit, der die Tibia eines 12jähr., gut genährten Mädchens betraf. Der Verdacht auf Tuberkulose wurde erst im Verlaufe der Operation rege, nachdem die vordere, nur aus neugebildetem Knochen bestehende Wand der Höhle fortgemeisselt war. Es fanden sich in einem Lager von fungösen Granulationen 4 Sequester, die sich wesentlich von denen einer osteomyelitischen Nekrose unterschieden. Sie waren allseitig gelöst und liessen sich leicht herausnehmen, aber sie hatten, obwohl sie der Rinde angehörten, ein *auffallend poröses* Aussehen und enthielten in allen Poren und Lücken sehr fest haftende fungöse Granulationen, die sich später in der That als *tuberkulös* herausstellten.

Auch unter dem Bilde des *tuberkulösen Knochenabscesses* kann die primäre Diaphysenosteomyelitis in Erscheinung treten; auch die recht seltene *Spina ventosa langer Röhrenknochen* gehört zur primären Osteomyelitis tuberculosa.

Die bisher aufgeführten Formen der primären Osteomyelitis tuberculosa haben das Gemeinsame, dass sie trotz bisweilen grosser Ausdehnung doch lokal und auf die eigentliche Diaphyse beschränkt bleiben; es giebt aber auch Processe, die der *infiltrirenden progressiven Tuberkulose* König's zuzurechnen sind und ausgesprochene Neigung haben, auf die Epiphysen und Gelenke überzugehen.

Die primäre tuberkulöse Osteomyelitis befällt fast ausnahmelos Kinder im Alter von 2—6 Jahren, die in der Regel erblich belastet und mit multipler Tuberkulose behaftet sind. Das Hauptinteresse derartiger Fälle liegt in der *Diagnose*, denn die *Aehnlichkeit mit der im Gefolge der akuten Osteomyelitis auftretenden Nekrose* kann sehr gross sein. Die *Prognose* ist abhängig von dem Allgemeinzustand und von der lokalen Ausbreitung des Processes.

Therapeutisch muss die primäre tuberkulöse Osteomyelitis der langen Röhrenknochen in gleicher Weise angegriffen werden, wie die akute infektiöse Osteomyelitis in ihren späteren Stadien. Nebenbei muss eine geeignete Allgemeinbehandlung bei den meist schwer tuberkulösen Kindern die lokale Therapie unterstützen.

Die *sekundäre (fortgeleitete) Osteomyelitis tuberculosa* gehört entweder der König'schen *Caries carnosa* oder aber der *infiltrirenden progressiven Tuberkulose* König's an. Von der letzteren Form theilt K. 5 Fälle mit, die Männer im vorgeschrittenen Lebensalter betrafen und stets von einer Gelenkerkrankung ausgingen. Diese Gelenkerkrankung war 4mal mit offener Eiterung complicirt.

Die Bedeutung der sekundären progressiven Osteomyelitis tuberculosa liegt nicht auf *diagnostischem* Gebiete. Die Erkrankung des Markes ist vor der Operation überhaupt nicht diagnosticirbar (sie bildet stets eine unerwartete Complikation), und über die Natur des Grundleidens kann ein Zweifel kaum jemals bestehen, da es sich um schwere Gelenktuberkulosen zu handeln pflegt. Viel wichtiger ist der Einfluss dieser seltenen Complikation einer Gelenk- und Knochentuberkulose auf die *Prognose* und *Therapie*, da es nur ausnahmeweise gelingt, das Glied zu erhalten. Am ehesten wird man noch bei Kindern eine conservative Therapie durchführen können.

P. Wagner (Leipzig).

413. **Ueber die Tuberkulose der Symphysis ossium pubis**; von Prof. O. v. Büngner. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 4. p. 892. 1899.)

v. B. giebt zunächst die Krankengeschichte einer 57jähr. Frau wieder, bei der er eine ausgedehnte *Tuberkulose der Symphysis ossium pubis* durch Operation heilte. In der Literatur finden sich nur noch 3 derartige Fälle, die der Helferich'schen Klinik entstammen. Der *Tuberkulose der Symphysis ossium pubis*, die mit derjenigen der Synchondrosis sacro-iliaca in Parallele zu stellen ist, kommt gleich dieser eine besondere chirurgische Bedeutung zu. Sie kommt namentlich bei Weibern im mittleren und höheren Lebensalter vor. Vorausgegangene *Traumen* begünstigen die Entstehung der Krankheit. *Primärer Sitz der Erkrankung* ist entweder der Faserknorpel der Symphyse selbst oder das ihr benachbarte Knochengewebe. In Folge der Ansiedelung der Tuberkelbacillen in diesen Theilen und der durch sie angefachten chronischen Entzündung kommt es alsbald und allemal zu einer ulcerösen Zerstörung der Knorpel-, bez. Knochensubstanz. Die Tuberkulose im Bereiche des vorderen Beckenringes verläuft meist in Form

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/166

einer *tuberkulösen Herderkrankung* mit Bildung von Sequestern und lacunärem Knochenschwund in der Umgebung: *Caries necrotica.* Mit der Zeit entsteht ein *Congestionabscess,* der durch seine *typische topographische Lage* und seine *eigenartige Form* für die Krankheit charakteristisch ist. Der *Abscess* liegt *supra-* und *retrosymphysär.* Die *suprasymphysäre* Vorwölbung ist keine gleichmässige, sondern sie tritt in der Mitte weniger hervor als in den Seitentheilen und erscheint deshalb wie durch eine sattel- oder muldenförmige, vertikal gestellte Rinne getheilt. Die sich bildenden tuberkulösen Fisteln liegen meistens an den Stellen der grössten Hervorragung oberhalb der horizontalen Schambeinäste.

Der *klinische Verlauf* der tuberkulösen Caries der Symphyse ist im Allgemeinen ein *chronischer* mit mehr oder minder ausgesprochenen *Störungen des Allgemeinbefindens verbundener: ausstrahlende Schmerzen, direkter Druckschmerz, indirekter Druckschmerz.* Mit der weiteren Entwickelung des Leidens treten die *örtlichen Veränderungen* deutlicher hervor und erleichtern die Diagnose: der eigenthümliche *Congestionabscess, Fistelbildung* u. s. w. Bisweilen, aber nicht gerade häufig, gelingt es auch, nach Zerstörung der Symphyse die *Schambeine gegen einander zu verschieben.* Ein klaffender Spalt an Stelle der Symphyse ist kaum nachzuweisen.

Diagnostisch wird die Krankheit in ihren Anfangstadien häufig mit *Neuralgien,* später, wenn schon ein Symphysenabscess vorhanden ist, mit einer *Inguinalhernie* verwechselt.

Die *Prognose* hängt, wie bei allen derartigen Processen, theils von den complicirenden Organerkrankungen, theils, und zwar wesentlich, davon ab, ob der Erkrankungherd vollständig beseitigt wird. Auch die *Prognose quoad functionem* ist in der Regel überaus günstig, wenn man subperiosteal operirt.

Die *Behandlung* kann natürlich nur eine *chirurgisch-operative* sein und muss möglichst frühzeitig und gründlich vorgenommen werden. v. B. empfiehlt eine breite Spaltung der Weichtheile mittels des von Bardenheuer angegebenen *suprasymphysären Schnittes.* Ist an den Schambeinästen Demarkation eingetreten, so hat man nach Loshebung des Periostes das ganze sequestrirte Stück oder die einzelnen kleineren Sequester herauszuheben; anderenfalls soll man in gehöriger Entfernung von den Grenzen des Herdes den Knochen durchsägen oder durchmeisseln. Eine sorgfältige Ausschabung der tuberkulösen Granulationen, der Abscessmembran und etwaiger Fisteln hat dem Eingriff zu folgen. Daran schliesst sich die breite Tamponade der Wundhöhle mit Jodoformgaze und die Anlegung eines gut deckenden Verbandes. Der Wundverlauf gestaltete sich nach allen in dieser Weise ausgeführten Operationen günstig und die Wunde füllte sich von der Tiefe her mit guten Granulationen, nach deren Schrumpfung und Ueberhäutung eine feste, in der Mitte eingezogene Narbe zurückblieb. Die Heilung war eine dauernde; ein Recidiv ist, obschon bereits geraume Zeit seit der Operation verstrichen war, in den bisher bekannt gewordenen Fällen nicht eingetreten.

P. Wagner (Leipzig).

414. **Knochenverkrümmung nach entzündlicher Erweichung**; von Scharff. (Ztschr. f. orthop. Chir. VII. 1. 1899.)

Drei charakteristische Fälle aus der Privatklinik des Ref. werden mitgetheilt, in denen nach Osteomyelitis femoris, nach Kniegelenkstuberkulose, nach einem Trauma der Tibia sich Verkrümmungen einstellten, die theils auf die Belastung, theils auf Muskelzug zu beziehen sind.

Die bisher in der Literatur niedergelegten derartigen Beobachtungen sind spärlich. Die sogen. Spondylitis traumatica gehört wohl ebenfalls hierher.

Vulpius (Heidelberg).

415. **Die klinische Bedeutung der Endotheliome der Gesichtshaut**; von Dr. V. Hinsberg. (Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 1. p. 275. 1899.)

In den letzten $4^1/_2$ Jahren wurden in der Strassburger chirurgischen Klinik 97 Gesichtshautneubildungen exstirpirt und pathologisch-anatomisch genau untersucht. Von diesen 97 Neubildungen wurden von pathologisch-anatomischer Seite 13 für *Endotheliome*, 84 für Carcinome erklärt, während die klinische Diagnose stets „Carcinom“ gelautet hatte. 9 Endotheliome gehörten der Nase, 4 den Augenlidern an. *An der Nase waren die Endotheliome doppelt so häufig und an den Augenlidern ebenso häufig wie die Carcinome.* Das äussere Bild der Endotheliome und Carcinome ist im Allgemeinen gleichartig. Das Durchschnittalter der Träger der Endotheliome entspricht ungefähr dem der an Carcinom Erkrankten. Tiefgreifende Zerstörungen kamen bei den Gesichtscarcinomen selten vor, sie fehlten aber auch nicht bei den Endotheliomen. Recidive kamen auch bei den Endotheliomen vor.

Klinisch lässt sich also nur eine Wahrscheinlichkeitdiagnose auf Endotheliom stellen, und zwar namentlich dann, wenn die Neubildung an den Augenlidern oder an der Nase sitzt. Prognose und Therapie sind bei Endotheliomen und Carcinomen der Gesichtshaut gleich. P. Wagner (Leipzig).

416. **Die operative Behandlung der schweren Occipitalneuralgien**; von Prof. F. Krause. (Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 2. p. 469. 1899.)

Wenn es schon bei der Trigeminusneuralgie schwer ist, die Innervationgebiete der einzelnen Zweige abzugrenzen, so sind diese Schwierigkeiten noch viel grösser, wenn es sich um eine genaue Bestimmung des primär erkrankten Nervengebietes bei schweren *Occipitalneuralgien* handelt. Die Nerven, die hier vorwiegend in Frage kommen, sind der N. occipit. major, minor und tertius, ferner der

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/167

N. auricular. magnus, seltener der N. subcutan. colli inf., sowie die NN. supraclaviculares. Die Schwierigkeit, ja Unmöglichkeit, bei schwerer Occipitalneuralgie das primär erkrankte Nervengebiet genau zu bestimmen, hat ihren Grund namentlich darin, dass in diesem Bereich die anatomischen Verschiedenheiten einen ausserordentlich weiten Spielraum einnehmen. Die in Betracht kommenden Verhältnisse, Schnittführungen u. s. w. werden von Kr. eingehend geschildert, und zwar unter Zugrundelegung einer ganzen Anzahl von vorzüglichen Abbildungen. Die Arbeit muss im Originale studirt werden. P. Wagner (Leipzig).

417. **Glandula sublingualis und Ranula**; von W. Mintz. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 1 u. 2. p. 185. 1899.)

M. hat eine von Sokoloff mitsammt der Glandula sublingualis entfernte *Ranula* mikroskopisch genau untersucht. Das Ergebniss war neben der Bestätigung der Theorie von der Entstehung der Ranulacyste aus der Glandula sublingualis eine weitere Stütze der v. Hippel'schen Interpretation der primären Cystenbildung aus den kleinen Ausführunggängen der Drüse. Ergiebt sich aus dem pathologisch-anatomischen Befunde einerseits die logische Forderung, die Glandula sublingualis als den primären Erkrankungherd in Fällen von klassischer Ranula mit zu entfernen, so ist andererseits der von v. Hippel empfohlene submentale Weg zwischen Mylohyoideus und Biventer als der bequemere vorzuziehen. Er giebt ein übersichtliches Operationfeld, greift den Sack an seinen dickeren, mit der Drüse verwachsenen Partien an und sichert eine rationelle Drainage der Wunde. P. Wagner (Leipzig).

418. **Ueber gutartige metastasirende Strumen**; von Dr. B. Honsell. (Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 1. p. 112. 1899.)

Nicht nur maligne Tumoren der Schilddrüse, sondern auch Strumen, die in ihrem ganzen Aufbau den Charakter der Gutartigkeit bewahrt haben, können zu Metastasenbildungen in anderen Organen führen. Zumeist im Knochengewebe, seltener in Lungen und Lymphdrüsen, sitzend vermögen diese Metastasen gleich dem primären Schilddrüsentumor Colloid zu erzeugen, und sind selbst befähigt, die Funktionen der Schilddrüse zu übernehmen; auf der anderen Seite können sie aber auch durch den oft progredienten Charakter ihres Wachsthums, durch Zerstörung und Verdrängung des sie umgebenden Gewebes dem Träger im höchsten Grade gefährlich werden und eine weit höhere klinische Bedeutung gewinnen, als sie der Struma selbst zukommt.

H. theilt aus der Tübinger chirurgischen Klinik einen Fall von *gutartiger metastasirender Struma*, und zwar vom Typus eines Gallertkropfes, mit, die sich ungefähr 2 Jahre nach der Exstirpation des Kropfes gebildet hatte. Die etwa taubeneigrosse Metastase sass bei dem 20jähr. Mädchen im Stirnbein und konnte wegen mangelnder Grenzen nur unvollkommen entfernt werden.

In der Literatur konnte H. im Ganzen nur 11 Beobachtungen auffinden, die der eben angeführten sicher gleich sein dürften, d. h. Fälle, in denen der primäre Tumor und die Metastasen ausschliesslich typisches Strumagewebe, dagegen kein Carcinom enthielten. P. Wagner (Leipzig).

419. **Ueber die Einpflanzung von Rippenknorpel in den Kehlkopf zur Heilung schwerer Stenosen und Defekte**; von Dr. F. v. Mangoldt. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 4. p. 926. 1899.)

v. M. hat in der letzten Zeit 2 Frauen und 2 Kinder mit stenosirtem und zum Theil defektem Kehlkopf in Behandlung bekommen. Von diesen Kranken litt die eine an Stenose des Larynx nach Perichondritis syphilitica mit Knorpelsequestrirung, die andere an ausgedehnter Narbenstenose des Kehlkopfes nach Typhus. Alle Versuche, die eingetretenen Stenosen zu beseitigen, hatten sich als vergeblich erwiesen; die beiden Frauen trugen seit 4, bez. seit 18 Jahren die Schornsteinkanüle. Bei den Kindern waren die Stenosen im Anschluss an die Laryngofissur und die Entfernung von multiplen Papillomen im 3. bis 4. Lebensjahre entstanden. Auch bei ihnen hatten sich alle angewandten Erweiterungversuche als vergeblich erwiesen. In allen diesen Fällen hat v. M. das gleiche Verfahren der *Knorpelübertragung* in Anwendung gezogen, und zwar in folgender Weise:

Aseptische Uebertragung eines nach Länge, Breite und Dicke geeigneten Stückes frischen Rippenknorpels (aus dem 8. Rippenknorpel) unter sorgfältigster Schonung und Erhaltung des Perichondrium zunächst in sagittaler Ebene unter die Halskinnhaut zwischen Haut und Unterhautfettgewebe und nach erfolgter Einheilung daselbst (8 Wochen) Weitereinpflanzung eines das Knorpelstück enthaltenden Hautbrückenlappens zwischen die nach Kehlkopfspaltung aus einander gedrängten beiden Schildknorpelplatten. Daselbst wird das Knorpelstück durch 4 Nähte oben am Zungenbein, unten am Ringknorpel zu beiden Seiten an die Schildknorpelplatten fixirt. Das Knorpelstück bleibt dabei vom Hautfett bedeckt, so dass die freie Fettschicht in das Innere des Kehlkopfes hineinsieht und ihre spätere Ueberhäutung durch Ueberwachsen von der benachbarten Kehlkopfschleimhaut aus erfolgen kann. 6 Wochen nach erfolgter Einheilung wird mit der künstlichen Erweiterung des nun erst wieder verengten Kehlkopfes begonnen.

Zur Anfangsdilatation benutzt v. M. dünne Gummiröhren.

Von der Trachealfistel aus wird eine mit Seidenfaden armirte gekrümmte Oehrsonde durch den Kehlkopf zum Munde herausgeleitet und an diesen Faden ein kurzes Gummirohr befestigt, dessen anderes Ende durch einen 2. Faden fixirt bleibt. Das Gummirohr wird nun durch Zug an beiden Fäden gespannt und so ausgezogen in die Strikturstelle eingeführt.

Die elastische Zugkraft des Gummi erweitert den Kehlkopf, und es ist bereits am Tage darauf möglich, das schwache durch ein stärkeres Gummirohr zu ersetzen. Die weitere Dilatation erfolgt dann durch Einführung *O. Dwyer*'scher Tuben in steigender Stärke, und es gelingt unschwer, den Kehlkopf in kurzer Zeit bis über die

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/168

normale Lichtung hinaus zu erweitern. Ist man erst so weit gelangt, so wird die in der Zwischenzeit noch daneben weiter getragene Trachealkanüle verkürzt, so dass sie nur eben noch bis in die Luftröhre hineinreicht, und an ihr vorbei ein tiefer in die Trachea hinabreichender Tubus eingelegt. Späterhin wird die Trachealkanüle ganz weggelassen. Die Intubationkanüle wird anfangs täglich, dann einen Tag um den anderen und so in immer grösseren Pausen für einige Stunden eingelegt, bis auch sie ganz zu entbehren ist. Immerhin dürfte es sich empfehlen, sie in dem ersten Jahre nach erreichter Dilatation noch alle 4—6—8 Wochen vorübergehend einzuführen, um den gewonnenen Erfolg zu sichern.

Die bisher erzielten Erfolge waren sehr befriedigend. Es muss weiteren Versuchen vorbehalten bleiben, die angegebene Methode zu verbessern und auf ihre Leistungfähigkeit hin zu prüfen. P. Wagner (Leipzig).

420. **Erfahrungen über Pleura- und Lungenchirurgie**; von Dr. H. Gross. (Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 1. 2. p. 237. 287. 1899.)

Die Arbeit gründet sich auf das reiche Material der Krause'schen chirurg. Abtheilung in Altona und umfasst einen Zeitraum von $6^1/_2$ Jahren.

I. Die Behandlung des chronischen Empyems.

G. schickt voraus, dass die Rippenresektion die einzig zulässige Behandlung des Empyems ist; die Bülau'sche Heberdrainage verwirft er vollkommen. Die Zahl der operirten *frischen Empyeme* betrug 44; davon waren 13 tuberkulös, 19 metapneumonisch, 12 idiopathisch. 11 Kr. starben; die übrigen wurden ohne Fistel geheilt.

Bei *veralteten Empyemen* wurde 7mal die *Thorakoplastik* vorgenommen. 1 Kr. starb unmittelbar nach der Operation an Shock, ein Phthisiker starb in der Reconvalescenz an tuberkulöser Meningitis, die übrigen 5 Kr. wurden geheilt entlassen. Bei ausgedehnten Pleuraschwielen ist allein die Thorakoplastik Schede's, die Exstirpation des Rippen-Pleuradaches angezeigt. Der Zug der aufgelagerten Brustmuskulatur ersetzt die fehlende Elasticität der Lunge. Für ganz schwere Fälle, in denen der Erfolg der Schede'schen Operation ausbleibt, oder von vornherein nicht zu erwarten ist, empfiehlt G. die *Thorakoplastik, verbunden mit der Entrindung der Lunge,* d. h. die Abschälung der Schwielen der Pleura pulmonalis mit dem Messer.

II. Die Verletzungen des Thorax.

1) *Die subcutanen Verletzungen.* Durchschnittlich gelangen im Altonaer Krankenhause jährlich 6—7 schwere Brustquetschungen zur Behandlung. Die Regel bildete hier die exspektative Behandlung, die sich bei diesen subcutanen Verletzungen der Brust, ebenso wie bei den penetrirenden Formen ausgezeichnet bewährt hat. G. theilt aus der grossen Zahl der subcutanen Verletzungen nur 2 Fälle mit, in denen beiden sich eine *traumatische Pneumonie* nach der Quetschung entwickelte. Der letzte Fall bot auch das typische Bild einer *Commotio thoracica.*

2) *Die penetrirenden Verletzungen:* 12 Schuss- und 3 Stichverletzungen. Sämmtliche Kranke genasen unter rein *conservativer Behandlung.* Nur in einem Falle von veralteter Stichverletzung, in dem sich bereits Pneumothorax entwickelt hatte, wurde der Wundkanal bis in die Pleurahöhle freigelegt und desinficirt. Von den 12 Schussverletzten wurden 5 mit reaktionlos eingeheilter Kugel entlassen; bei 7 Kr. lag sie dicht unter der Haut und wurde durch Einschnitt entfernt.

III. Operationen bei gesunder Pleura.

Die Geschichte der Pleuraoperation lehrt, den Schwerpunkt des Eingriffs in der Eröffnung der Brusthöhle zu suchen und dem Augenblicke die grösste Wichtigkeit zuzumessen, wo die Einwirkung des äusseren Luftdruckes sich auf die lebenswichtigsten Organe geltend macht. Für die Operation des Pneumothorax empfiehlt G. besonders das Vorziehen der Lunge und das Annähen derselben, sowie die Tamponade im Brustraume. G. sieht die Wirkung der Pneumopexie in der Wiederherstellung der Athmung und in der Abhaltung des äusseren Luftdruckes und seiner ungünstigen Einwirkung auf die Cirkulation im Brustraume.

Eine Zusammenstellung der operirten Empyeme ergab, dass das rechtseitige Empyem ganz erheblich rascher ausheilt als das linke (33.6 : 69 Tagen). Aehnliches haben auch andere Aerzte gefunden. Die Ursachen müssen jedenfalls in anatomischen Verhältnissen gegeben sein, die eine leichtere Entfaltung der rechten Lunge bedingen.

IV. Aseptische Lungenoperationen.

2 Fälle von recidivirendem Mammacarcinom, das auf die knöcherne Brustwand übergegriffen und zu Adhäsionen beider Pleurablätter geführt hatte. In beiden Fällen mussten beide Pleuren in weitem Umkreise resecirt und ein Stück der anliegenden Lunge fortgenommen werden.

V. Die Behandlung eiteriger Lungenerkrankungen (Pneumotomie).

1) *Peripherische Abscesse und gangränöse Processe der Lunge:* 4 Fälle.

2) *Chronische centrale Processe:* 5 Fälle. Von diesen 9 Operirten genasen 5.

„An und für sich ist die *Pneumotomie* keine eingreifende Operation; sie wird es erst, wenn das schwere Leiden nur einen Rest von Lebensenergie übrig gelassen hat. Wir glauben der Sache der Pneumotomie den besten Dienst zu erweisen, wenn wir hervorheben, dass nach unseren Erfahrungen die Operation an sich ungefährlich und technisch durchaus keine grossen Anforderungen stellt.“ In technischer Hinsicht empfiehlt G. das Operiren mit der Scheere, die hervorragend geeignet ist, um den Weg in die Lunge zu bahnen, da sie zugleich schneidet und klemmt; den Thermokauter benutzt Krause schon längere Zeit nicht mehr, da er das Gewebe verkohlt und unkenntlich macht. Für die Blutstillung genügt meist die Compression, besonders bei der mehr flächenhaften Blutung der Lungenoberfläche; spritzende Gefässe in der Tiefe

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/169

des Organs werden mit dem Schieber gefasst. Um die Gefässe an der Retraktion zu hindern, empfiehlt es sich, vor der Durchschneidung einer Lungenpartie das Gewebe in nächster Umgebung mit Schiebern festzuhalten und damit an jedem Zurückschlüpfen in die Tiefe zu verhindern. Bei peripherischen Abscessen ist die ganze deckende Partie abzutragen, bei centralen Herden soll man womöglich einen für 2—3 Finger durchgängigen Kanal herstellen.

3) *Der Echinococcus im Brustraume.* 4 Operationen bei Echinococcus des Brustraumes; in allen 4 Fällen wurde Heilung erzielt. Bei 2 Kr. sass der Echinococcus in der Lunge, jedoch war nur einmal ein direktes Arbeiten in der Lunge, eine Pneumotomie, erforderlich. Bei einem 3. Kr. handelte es sich um einen Leberechinococcus, der das Zwerchfell perforirt und den rechten Unterlappen ergriffen hatte. Der 4. Kr. endlich hatte einen in den Pleuraraum durchgebrochenen Echinococcus des rechten Leberlappens; er wurde als Empyem diagnosticirt und als solches operirt.

P. Wagner (Leipzig).

421. **Eine neue Methode der Brustkorberöffnung zur Blosslegung des Herzens**; von Dr. V. Wehr. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 4. p. 948. 1899.)

W. hat an der Leiche eine neue Methode der Brustkorberöffnung zur Blosslegung des Herzens ausprobirt, deren Einzelheiten in der mit Abbildungen versehenen Originalarbeit nachzulesen sind. Für das Wesentliche seiner Methode hält W. die Ausnutzung des unteren Mediastinalraumes zur Freilegung des Herzens, was durch die Abtrennung des Proc. xiphoid. ohne Verletzung des Diaphragma leicht ausführbar ist, ferner die schiefe Durchschneidung der Rippenknorpel, wodurch die Pleura am sichersten geschont wird. Die Vortheile seiner Methode findet W. in der Verlegung der Perikardialwunde möglichst nach unten, wodurch kein todter Raum im Perikardium entsteht, und zweitens darin, dass sich der zurückgeschlagene Lappen gut anpasst. P. Wagner (Leipzig).

422. **Ueber Herznaht und Herzwandresektion**; von Dr. V. Wehr. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 4. p. 953. 1899.)

W. hat an einer Reihe von Hunden und Kaninchen eine Anzahl von Versuchen vorgenommen, um aus eigener Erfahrung die technischen Schwierigkeiten der Herznaht kennen zu lernen und um die operative Technik möglichst zu vervollkommnen und in allen Einzelheiten sicher zu stellen.

Auf Grund seiner Versuche ist er zu folgenden Schlüssen gekommen: 1) Um sicher und rasch eine Herzwunde zu nähen und der Blutung Herr zu werden, muss unbedingt das Herz möglichst breit freigelegt werden. Erst bei Ausführung seiner Experimente hat sich W. überzeugt, wie schwer bei ungenügender Freilegung des Herzens die Herznaht anzulegen ist, und man kann Rehn nur gratuliren, dass es ihm gelungen ist, durch die verhältnissmässig kleine Wunde in der Brustwandung die Herznaht zu vollführen. 2) Wir bedürfen durchaus einer sicheren und wohlausgebildeten Methode, um in jedem Falle von Herzverletzung das Herz breit freizulegen, die freilich in Einzelheiten je nach der Lage der Verletzung modificirt werden kann. 3) Die Compression des Herzens, um blutlos zu operiren, ist bei Hunden nicht anwendbar, weil lebensgefährlich. Deswegen ist auch grosse Vorsicht in dieser Beziehung beim Menschen geboten. P. Wagner (Leipzig).

423. **Ein Fall von multiloculärem Echinococcus**; von Dr. Brentano und Prof. Benda. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 1 u. 2. p. 206. 1899.)

Vff. theilen aus der chirurg. Abtheilung von Körte einen Fall von *multiloculärem Echinococcus* bei einem 61jähr. Kranken mit. *Heilung* durch *Exstirpation.* Die 3mannsfaustgrosse Geschwulst hatte sich in der Crista oss. ilei d. entwickelt. Im weiteren Verlaufe hatte sich der Parasit nicht in der Spongiosa des Knochens ausgebreitet und zu ansehnlichen Auftreibungen und Zerstörungen der Darmbeinschaufel wie in den sonst beobachteten Fällen geführt, sondern hatte die Corticalis bald durchbrochen und sich in den Weichtheilen weiter entwickelt. Der Echinococcus hatte dabei seinen multiloculären Charakter beibehalten und zur Bildung eines grossen knorpelharten Tumor mit centralem Zerfalle geführt.

Die genaue pathologisch-anatomische Beschreibung des Präparates rührt von Benda her.

P. Wagner (Leipzig).

424. **Ueber neuere Operationsmethoden des Echinococcus**; von Prof. Garrè. (Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 1. p. 227. 1899.)

Bobrow hat vor einigen Jahren eine Methode der Echinokokkenbehandlung angegeben, die darin besteht, dass man den vom Parasiten befreiten Sack austupft, durch fortlaufende Naht schliesst und in die Bauchhöhle versenkt. Bei peinlich aseptischem Vorgehen kann ohne jedwede Störung reaktionlose Verheilung des zugenähten leeren Sackes zu Stande kommen, trotz todten Raumes, trotz Gallensekretion und trotz des mit eingeschlossenen abgestorbenen Gewebes. Die Bobrow'sche Operation ist nur für die intraparenchymatös (in Leber, Niere, Milz, Pankreas) gelegenen Parasiten geeignet, deren bindegewebige Umhüllung nicht ohne grosse Blutung zu entfernen ist und bei denen nach Entleerung der Hydatide im Parenchym des betr. Organs eine klaffende Höhle zurückbleibt.

G. hat in der letzten Zeit 3 nicht vereiterte Leberechinokokken nach der Methode von Bobrow operirt und gefunden, dass selbst sehr grosse Echinokokkenhöhlen bei aseptischer Ausräumung primär verheilen können, und zwar innerhalb 4—5 Wochen. Allerdings ist es denkbar, dass Recidive im vernähten Echinococcussacke aus zurückgebliebenen Keimen entstehen.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/170

Eine weitere Methode, die Abtödtung des Echinococcus durch *Punktion mit nachfolgender Sublimatinjektion,* die sog. Bacelli'sche Methode, findet bei Langenbuch warme Befürwortung; er meint, dass diese Methode eventuell den grössten Theil der Operationen bei Echinococcus unnöthig machen würde. Er stellt aus der Literatur 16 Fälle zusammen, von denen in 14 ein voller Erfolg erzielt wurde. Obwohl G. in der Lage ist, einen weiteren günstigen Fall hier hinzuzufügen, theilt er den Enthusiasmus Langenbuch's bezüglich der Zukunft dieser Methode doch nicht. Denn die Punktion des Echinococcus an und für sich schliesst schon so viele Gefahren in sich, dass einer Verallgemeinerung der Methode keinesfalls das Wort geredet werden darf. Ausgeschlossen ist jede Gefahr nur da, wo ein völliger Abschluss gegen das Peritonaeum durch Verwachsungen gegeben ist.

P. Wagner (Leipzig).

425. **Ueber die Keimzersetzung des Echinococcus im Peritonaeum.** *Klinische und experimentelle Untersuchungen;* von Dr. H. Riemann. (Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 1. p. 187. 1899.)

Die Ruptur des Leberechinococcus in die Peritonäalhöhle, mag sie spontan oder durch ein Trauma, bez. einen chirurgischen Eingriff (Punktion) entstanden sein, ist in dem mannigfaltigen, oft sehr complicirten Bilde der Echinokokkenerkrankung von je her als ein sehr ernstes Ereigniss angesehen worden wegen der häufig sich anschliessenden schweren Krankheiterscheinungen. Grundsätzlich sind dabei auseinander zu halten: die Einwirkung des flüssigen Cysteninhaltes und die Folgen, die die direkte Aussaat des organisirten lebenden Cysteninhaltes — der Scolices, Brutkapseln mit Scolices und Tochterblasen — in die Peritonäalhöhle haben kann.

Die Einwirkung des rein flüssigen Echinokokkeninhaltes auf die Peritonäalhöhle muss als ein Ereigniss von höchst zweifelhafter prognostischer Bedeutung für den Kranken angesehen werden.

Die sog. *Keimzerstreuungsgefahr* ist durchaus noch nicht allseitig anerkannt. Es handelt sich hierbei um die Frage, ob die bei der Ruptur der Primärcyste in die Peritonäalhöhle gelangten lebenden Scolices daselbst anwachsen, lebenskräftig bleiben und als Aeusserung ihrer Lebensthätigkeit an Grösse zunehmen und sich in der ihrer Art eigenthümlichen Weise vermehren können.

Zu den schon in der Literatur niedergelegten klinischen Fällen von Echinokokkenaussaat im Peritonaeum durch Punktion oder durch Ruptur, fügt R. 4 Beobachtungen aus der Rostocker chirurgischen Klinik. In einem Falle, der lethal endete, konnte auch pathologisch-anatomisch genau untersucht werden. Durch *experimentelle Untersuchungen* konnte R. feststellen, dass Tochterblasen des Echinococcus, die in die freie Bauchhöhle gelangen, hier nicht nur am Leben bleiben, sondern auch an Volumen zunehmen und sogar im Stande sind, Brutkapseln zu bilden und schliesslich auch Enkelblasen zu erzeugen.

Diese Versuche bestätigen somit die positiven Resultate von Lebedeff und Andrejew.

P. Wagner (Leipzig).

426. **Ueber erfolgreiche intraperitonäale Verimpfung von Echinokokken auf Thiere;** von Prof. Garrè. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 393. 1899.)

G. hat vor mehreren Jahren durch seinen Assistenten Riemann Versuche über *intraperitonäale Verimpfung von Echinokokken auf Thiere* anstellen lassen, die ergaben, dass Echinokokken aus der menschlichen Leber, in das Peritonaeum des Kaninchens übertragen, hier sich ansiedeln können und ungestört weiter wachsen. Wie viel leichter werden dann Hydatidentochterblasen, die durch Ruptur eines Leberechinococcus in's freie Peritonaeum beim Menschen gelangen, hier die Bedingungen zur Weiterentwickelung finden, da ja kein Wechsel des Wirthes, keine Abkühlung und keine sonstigen Schädlichkeiten bei solcher Ortsveränderung auf sie einwirken. *Diese Thatsachen dürften auf's Neue eine Warnung vor der leider immer noch zu oft gemachten Probepunktion intraperitonäaler Echinokokken sein.*

P. Wagner (Leipzig).

427. **Beitrag zur Lehre der angeborenen Skoliosen;** von Hirschberger. (Ztschr. f. orthop. Chir. VII. 1. 1899.)

Mittheilung von 2 interessanten Präparaten. Das eine zeigt ausgebildete Skoliose bei gleichzeitig bestehender Hüftluxation. Ursache war hier wohl eine fehlerhafte intrauterine Belastung, Raumbeengung. Das 2. Präparat weist eine Skoliose auf in Folge unregelmässiger Verschmelzung von Lendenwirbeln durch intrauterin ausgeheilte Entzündung.

Als Anhang wird eine Zusammenstellung aller hierhergehörenden Fälle aus der Literatur gegeben.

Vulpius (Heidelberg).

428. **Die Gymnastik in der Behandlung der Skoliose;** von Haudek. (Ztschr. f. orthop. Chir. VII. 1. 1899.)

Der Widerstandsgymnastik gebührt ein breiter Raum in der Skoliosentherapie. Zu diesem Zweck hat H. einen dem *Krukenberg*'schen Pendelapparate nachgebildeten Apparat construirt, der sich ihm gut bewährt hat. Vulpius (Heidelberg).

429. **The class method of gymnastic treatment of lateral curvature of the spine;** by Walter Truslow. (Med. News LXXV. 9. p. 262. Aug. 1899.)

Tr. leitet im New York Hospital for Ruptured and Crippled die Skoliosenbehandlung.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/171

Sie besteht in der Abhaltung von Turnstunden an 3 Nachmittagen der Woche. Die Skoliotischen turnen jeweils in 3 Gruppen von 15—25 Kindern, haben also im Ganzen etwa 3 Turnstunden die Woche.

Es wird nur schwedische Heilgymnastik ohne Benutzung von Apparaten getrieben. Nur einzelne Patienten werden individuell behandelt. Dass hierdurch nennenswerthe Erfolge erzielt wurden, scheint mehr als zweifelhaft.

Vulpius (Heidelberg).

430. **Zur Behandlung der Spondylitis**; von J. Perl. (Arch. f. Kinderhkde. XXVI. 3 u. 4. p. 228. 1899.)

P. giebt die Erfahrungen und Anschauungen wieder, die Karewski an ca. 600 Kranken gesammelt hat. Er bespricht die 3 Aufgaben: Hebung des Allgemeinbefindens, Beseitigung der Entzündung, Verhütung des Gibbus. Er empfiehlt den universellen „Gipsanzug" Karewski's, den er dem Gipsbette vorzieht. Er ist skeptisch gegenüber dem Calot'schen Redressement. Bei Abscessen räth er zunächst zur Punktion, dann zur Incision mit Injektion und völligem Nahtverschlusse, falls nicht eine Mischinfektion offene Behandlung erfordert. Bei Lähmung hat er zur continuirlichen Extension Vertrauen. Vulpius (Heidelberg).

431. **Redressionscorsett zur Behandlung der Skoliose**; von Dreesmann. (Münch. med. Wchnschr. XLVI. 4. 1899.)

Dr. zerlegt ein auf Modell gewalktes Cellulosemieder in eine untere und in eine obere Hälfte. Mittels eines an letzterer angebrachten Gummizuges sucht er eine Detorsion der Brustwirbelsäule zu erzeugen. Vulpius (Heidelberg).

432. **Offener Brief an Herrn Zander-Stockholm**; von Jagerink. (Ztschr. f. orthop. Chir. VII. 1. 1899.)

Wirklich offen ist das Urtheil über Zander's Skoliosenmessapparat oder richtiger dessen Verurtheilung. Damit fallen auch die angeblichen Heilungen der Skoliosen durch die Zander'sche Therapie als Phantasiegebilde zusammen, insoweit sie aus den ganz unzuverlässigen Messbildern erschlossen worden sind. Vulpius (Heidelberg).

433. **The correction of spinal deformity by stages**; by V. P. Gibney. (Med. News LXXIII. 13. p. 361. Sept. 1898.)

G. empfiehlt das Redressement des Gibbus in Etappen unter Narkose.

Der Gipsverband wird ohne Wattepolsterung angelegt, vorstehende Knochen werden mit Klavierfilz gedeckt, wodurch Decubitus verhütet wird. Endresultate bringt G. nicht. Aehnliche Versuche bei Skoliosen waren nicht gerade sehr ermuthigend, die Behandlung ist auch hier noch nicht abgeschlossen. Vulpius (Heidelberg).

434. **Forcible straightening of spinal curvatures**; by John Ridlon. (Med. News LXXIII. 16. p. 484. Oct. 1898.)

R. stellt eine Reihe von Fragen zur Diskussion sowohl bezüglich der Technik, als der Gefahren und des Dauererfolges des gewaltsamen Redressement spinaler Deformitäten.

Bei Spondylitis hat er Schädigungen nicht erlebt, aber bisher auch noch keinen Fall gesehen, mit knöcherner Ausheilung.

Bei Skoliosen hat er wohl Augenblicksresultate erzielt, diese aber regelmässig im Verbande wieder verloren. Vulpius (Heidelberg).

435. **Zwei Unfälle nach modellirendem Redressement**; von Hermann Kaposi. (Münchener med. Wchnschr. XLVI. 23. 1899.)

1) Nach dem Redressement des Plattfusses entstand eine sehr schwere Osteomyelitis des Os cuboideum mit höchst bedenklichen Allgemeinerscheinungen, so dass die Amputation erwogen wurde. Der Plattfuss wurde viel schlimmer als vor dem Eingriffe, da das ganze Würfelbein nekrotisch wurde.

2) Nach dem Redressement eines leichten paralytischen Klumpfusses traten Parästhesien im Bereiche des Nerv. plant. intern. auf, die so störend waren, dass die Kranke schwer nervös, schlaflos wurde. Der Zustand dauerte ein halbes Jahr.

Beide in der Czerny'schen Klinik passirten Unfälle zeigen, dass auch unblutige orthopädische Eingriffe unter Umständen nicht als ganz ungefährlich zu erachten sind.

Vulpius (Heidelberg).

436. **On the immediate reduction of the angular deformity of spinal caries**; by Jones and Tubby. (Lancet Aug. 7. 1897.)

J. und T. haben das Calot'sche Verfahren 11mal ausgeübt unter Anwendung eines Extensionapparates. Es wurden keine nachtheiligen Folgen gesehen.

Durchweg wurde der Gibbus beseitigt oder erheblich vermindert. Natürlich keine Dauerresultate! Vulpius (Heidelberg).

437. **The immediate correction of the deformities resulting from Pott's disease**; by Joel E. Goldthwait. (Boston med. and surg. Journ. CXXXIX. 4. p. 77. July 1898.)

G. hat das Calot'sche Verfahren modificirt. Er lagert den Kranken auf einen mit Gurten bespannten Rahmen in Rückenlage und bringt unter dem Gibbus eine Pellotte an. Die Körperschwere besorgt dann supra- und infragibbär die Lordosirung der Wirbelsäule. In dieser Stellung wird auch das Gipscorsett angelegt. G. hat eine ziemliche Anzahl von Gibbositäten in dieser Weise erfolgreich in Angriff genommen.

Vulpius (Heidelberg).

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/172

438. **Zur Statistik der Spondylitis**; von Oscar Vulpius. (Arch. f. klin. Chir. LVIII. 2. p. 268. 1899.) Autorreferat.

Die Arbeit sucht durch Zusammenstellung einer möglichst grossen Literatur eine Reihe von Fragen zu beantworten über Häufigkeit, über Lokalisation der Spondylitis, über Alter und Geschlecht der Kranken, über hereditäre Belastung, über Combination mit anderen tuberkulösen Affektionen, ferner über die Häufigkeit von Complikationen, Abscess und Lähmung, schliesslich über die Mortalität. Gerade die letztere ist noch keineswegs sichergestellt, so dass wir über den Heileffekt verschiedener therapeutischer Methoden noch kein begründetes Urtheil haben können.

439. **Die moderne Behandlung der Spondylitis**; von Vulpius. (Centr.-Bl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. II. 17 u. 18. 1899.) Autorreferat.

Die therapeutischen Ergebnisse der letzten 10 Jahre auf dem Gebiete der Spondylitis werden zusammengestellt: 1) Der *Allgemeinbehandlung* der Kranken (Luft, Licht, Diät u. s. w.) ist mehr Aufmerksamkeit geschenkt worden. Die Schmierseifenkur ist neu empfohlen worden. 2) Die *lokale Therapie* ist namentlich mit *mechanischen Mitteln* gefördert worden. Unter den Lagerungvorrichtungen hat sich das Gipsbett steigende Anerkennung verschafft. Die *chirurgisch-operative* Behandlung hat im Ganzen wenig Erfreuliches geleistet. 3) Die *Behandlung des Gibbus* ist eine weit energischere, ja zu energische geworden. Auch hier kamen unblutige und blutige Methoden zur Verwendung. Eine gewisse Frucht haben diese Anstrengungen gezeitigt, wenn auch Missgriffe und Enttäuschungen vorkamen. 4) Die *Behandlung des Abscesses* ist öfters chirurgisch geworden, und zwar bei richtiger Indikationstellung mit gutem Erfolge. 5) Die *Therapie der Lähmung* schwankte zwischen unblutigem und operativem Vorgehen. Ersteres hat bisher im Ganzen bessere Erfolge zu verzeichnen.

440. **Die Behandlung der Spondylitis im Gipsbett**; von Oscar Vulpius. (Therap. Monatsh. XIII. 2. p. 65. 1899.) Autorreferat.

V. fügt den spärlichen Mittheilungen, die bisher in der Literatur über das Gipsbett sich finden, seine Erfahrungen an 96 Kranken seiner Praxis hinzu, deren Schicksal er festzustellen versucht hat.

Es werden zunächst die Vorzüge des Gipsbettes beschrieben, das Fixation, Entlastung, Extension der kranken Wirbel gestattet, ohne den Kranken in das Zimmer zu fesseln. Dann wird die Technik eingehend geschildert. Was die Erfolge betrifft, so wirkte das Gipsbett vor Allem sehr prompt schmerzstillend, so dass die Mehrzahl der Patienten gerne im Gipsbette lag. Von 84 controlirbaren Kranken sind 19 gestorben, davon 11 an der Spondylitis, 5 an anderweitigen tuberkulösen Affektionen. In Wirklichkeit ist die Mortalität grösser, da die älteren Jahrgänge weit höhere Verlustziffern (34%) aufweisen, als die Spondylitiden der letzten 2 Jahre (15%).

Bezüglich der definitiven *Heilung* muss man also mit Zahlen recht vorsichtig umgehen, es fanden sich in der Serie 41 Geheilte, von denen 26 über 2 Jahre gesund sind. Eine 53 Jahre alte Frau ist seit 5 Jahren geheilt! *Abscesse* traten 24mal in klinische Erscheinung, einige bildeten sich im Gipsbette zurück, andere wurden incidirt, mit Jodoform gefüllt und vernäht. 7mal gingen Rückenmarkserscheinungen im Gipsbette zurück.

Zur Nachbehandlung wird möglichst lange ein Stützcorsett getragen.

441. **Traumatic dislocation of the hip in children**; by Sherman. (Philad. med. Journ. Aug. 20. 1898.)

Sh. berichtet über 2 Fälle von frischer traumatischer Luxation des Hüftgelenks bei Kindern von 3, bez. 12 Jahren. Die Reposition gelang leicht in Narkose. Er fügt 2 weitere Beobachtungen von veralteten Luxationen bei $4^1/_2$, bez. 9 Jahre alten Patienten hinzu, die blutig reponirt werden mussten. Diese Fälle sind wohl zu unterscheiden von den sogen. entzündlichen Luxationen, von denen Sh. ebenfalls ein Beispiel aus seiner Praxis anführt. Die Reposition gelang zwar, kehrte aber später unter erneuten entzündlichen Erscheinungen wieder.

Vulpius (Heidelberg).

442. **Questions in the treatment of congenital dislocations of the hip;** by Sherman. (Journ. of the Amer. med. Assoc. Aug. 27. 1898.)

Es ist gewiss sehr dankenswerth, dass Sh. über Misserfolge und Schwierigkeiten berichtet, die sich ihm bei der blutigen und unblutigen Reposition der angeborenen Hüftverrenkung ergeben haben. Er will dadurch keineswegs diese Methoden diskreditiren, betont vielmehr, dass er meist Besserung erzielt hat und die therapeutischen Neuerungen für sehr erfreulich hält.

Bei der *blutigen* Reposition fiel es ihm anfangs schwer, die Pfanne zu finden. Später ging er in den eröffneten Kapselschlauch mit dem Finger ein und verfolgte diesen, bis er in die Pfannentasche gelangte.

Einmal beobachtete er, dass nach Abnahme des Gipsverbandes das Gelenk versteift war, allmählich aber ohne Behandlung gut beweglich wurde. 3mal aber und 1mal doppeltseitig trat das Gegentheil ein, nämlich völlige Ankylose. Es ist schwer zu sagen, ob die mobilisirende Nachbehandlung nicht durch stete Reizung das Eintreten der Versteifung manchmal begünstigt, doch führt Sh. jetzt stets eine solche durch. 2mal hat er nachträglich in Narkose Verwachsungen des Kopfes lösen müssen. 1mal erlebte er beiderseits Reluxation, vielleicht hatte er die Pfannen nicht genügend gross gebildet. 1mal endlich konnte er den Kopf überhaupt nicht

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/173

in die Pfanne bringen, er machte an Ort und Stelle eine neue Höhlung, perforirte das Becken, bekam eine Eiterung und Versteifung.

Das Haupthinderniss für die *unblutige* Reposition giebt die in die Länge gezogene und über die Pfanne gelagerte Kapsel. Sie legt sich, wenn der Kopf nicht durch die enge Passage des Kapselschlauches sich durchzwängt, in doppelter Falte zwischen Kopf und Pfannenknorpel und verhindert die feste Einstellung des ersteren. Unter 10 Fällen gelang zunächst die Reposition offenbar 9mal. 1mal wurde bei doppeltseitig bestehender Luxation (7jähr. Mädchen) auf einer Seite die Reposition gemacht, auf der anderen misslang sie. Ein anderes Mal wollte Sh. den Erfolg controliren, er incidirte nachträglich, fand mit dem palpirenden Finger den Kopf in guter Stellung, erzielte aber eine Eiterung und Versteifung. 2mal trat Reluxation ein, ein definitives Resultat ergab sich erst durch Wiederholung des Verfahrens. Ein anderes Mal schwoll das ganze Bein nach Abnahme des Gipsverbandes heftig an, es entstand erhebliche Versteifung des Hüftgelenkes. 1mal mussten nachträglich der Tensor fasciae und der Rectus femoris tenotomirt werden.

In einem Falle von doppeltseitiger Luxation gelang die unblutige Einrenkung nicht, weil die verdickte und gefaltete Kapsel die Pfanne ausfüllte.

Es wurde letztere operativ freigelegt, der Kopf eingepflanzt, aber am Knochen keine Wunde gesetzt. Dadurch erhofft Sh. ein besonders günstiges Resultat. Vulpius (Heidelberg).

443. **Die moderne Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkungen**; von Albert Hoffa. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 543. 1899.)

H. hat die verschiedenen unblutigen Verfahren durchprobirt und berichtet über ihre Dauerresultate.

Die Methode von Lorenz führt stets zur Reposition, die Retention aber gelingt nur sehr selten. Meist findet man später eine Transposition unter oder neben die Spina. Trotzdem sind die funktionellen Ergebnisse gute.

Die Schede'sche Extensionreposition hat H. nur bei älteren Patienten angewendet und von vornherein sich mit der Transposition des Kopfes nach vorn begnügt. Denn hier sind Kopf und Pfanne so incongruent, dass ersterer kein sicheres Lager finden kann.

Die Lagerungsmethode von Mikulicz hat H. mit Innenrotation combinirt bei Kindern in den allerersten Lebensjahren durchgeführt mit gutem funktionellen, weniger gutem anatomischen Resultate.

Es ergiebt sich also als häufigster Befund die *Transposition des Kopfes bei relativ günstiger Funktion.* Diese Reluxation nach vorn, bez. oben wird nach H. begünstigt einmal durch das Vorhandensein eines starken Ligamentum teres, dann aber auch durch die Fixation in Aussenrotation, die den Kopf von der Pfanne wegwendet. H. ist deshalb dazu übergegangen, nach gelungener Reposition in mittlerer Einwärtsrotation mittels exakten Gipsverbandes zu fixiren, und glaubt, seitdem schon eine Besserung seiner Resultate beobachtet zu haben. Tritt trotzdem Reluxation ein, so empfiehlt H. für jüngere Kinder immer noch die blutige Operation. Bei älteren Patienten erzeugt letztere öfter Ankylosen, so dass hier die subtrochantere Osteotomie oder die Pseudarthrosenoperation vorzuziehen ist.

Vulpius (Heidelberg).

444. **Ueber die unblutige Einrenkung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung**; von Wolff. (Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 18. 19. 21. 1898.)

Zunächst giebt W. eine Statistik seiner Hüftgelenksluxationen. Bei 89 Kranken mit 125 verrenkten Gelenken (36 doppeltseitige, 53 einseitige Luxationen) wurde die Lorenz'sche unblutige Reposition an 104 Gelenken vorgenommen. Einmal wurde bei einer 22jähr. Kranken die Paci'sche Reposition gemacht.

Bei 82 Kr., bez. 97 Gelenken gelang die unblutige Einrenkung, während sie bei 6 Kr., bez. 7 Gelenken bisher trotz wiederholter Versuche nicht glückte. Bei 64 Kr., bez. 77 Gelenken gelang die Reposition schon beim ersten Versuche. Die jüngste der Kranken war $1^1/_2$, die älteste $15^3/_4$ Jahre alt. Bei 18 Pat., bez. 20 Gelenken erfolgte die Einrenkung erst bei dem 2., 3. oder 4., jedesmal mehr als 1 Stunde dauernden Versuche.

Bei 39 Kr., bez. bei 46 Gelenken ist Reluxation eingetreten. Jedoch ist in 21 dieser Fälle, bez. bei 22 Gelenken eine wiederholte Einrenkung erfolgreich geblieben.

Der Enderfolg war bei 12 einseitigen und einer doppeltseitigen Verrenkung ein durchaus idealer, und zwar in anatomischer wie funktioneller Hinsicht. Bei 2 einseitigen und 3 doppeltseitigen Verrenkungen ist der Erfolg ein nahezu idealer. 9mal traten üble Nebenzufälle ein, 2mal Lähmungen, 5mal Frakturen, 2mal Hämatomvereiterungen.

Es folgen dann Röntgenaufnahmen von einigen Kranken vor Beginn und nach Abschluss der Behandlung. Bezüglich ihrer Deutung wird W. gewiss auf vielfachen Widerspruch stossen, wenn auch die Wichtigkeit der Röntgenbilder für die Beurtheilung unserer Erfolge überall anerkannt ist.

Jedenfalls erscheinen aber die W.'schen Resultate als auffallend günstig, so dass nur zu wünschen ist, dass sie der Kritik dauernd Stand halten.

Vulpius (Heidelberg).

445. **Operative Behandlung der angeborenen Hüftluxation älterer Patienten**; von Emil Senger. (Virchow's Arch. CLIV. 2. p. 263. 1898.)

Die unzuverlässige Schraubenextension des Beines ist gefährlich, sie kann, von Zerreissungen abgesehen, höchst bedenklichen Collaps erzeugen. Aeltere Kranke sind schon darum von der Reposition auszuschliessen. S. empfiehlt für solche

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/174

Fälle ein der Hoffa'schen Pseudarthrosenoperation sehr ähnliches Verfahren. Die Berechtigung zur Resektion des Kopfes leitet er ab von dessen Atrophie, in der S. eine Heilbestrebung der Natur erblickt [? Ref.].

Dann resecirt er ein Stück der hinteren Kapselwand, schiebt das Periost des Darmbeines etwas zur Seite. Eventuell kann man hier auch eine Art Pfanne ausbohren oder einen Periostknochenlappen nach aussen umlegen.

2mal hat er in dieser Weise operirt.

Vulpius (Heidelberg).

446. **Some salient points in the treatment of hip disease**; by B. E. Mc Kenzi. (Med. News LXXV. 6. p. 164. Aug. 1899.)

Mc K. vertritt die conservative orthopädische Therapie der Coxitis. Sind operative Eingriffe nöthig, so sollen die Gelenkconstituentien möglichst geschont werden. Der Schienenapparat soll nach Mc K. nur fixiren nnd Deformirung verhüten, aber nicht als entlastende Krücke dienen. Dagegen sollen gewöhnliche Krücken gebraucht werden.

Vor Allem betont Mc K., dass die Coxitis der Ausdruck einer allgemeinen Krankheit ist, dass also Kräftigung des Gesammtorganismus die Hauptsache ist.

Vulpius (Heidelberg).

447. **Zur Anatomie und Aetiologie der Coxa vara adolescentium**; von P. Sudeck. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 504. 1899.)

An einem Präparate von Coxa vara hat S. ein Bälkchensystem festgestellt, das, von hinten unten nach oben vorn verlaufend, den Oberschenkelhals gegen Verbiegung nach unten und hinten schützt. Diese Einrichtung erhält gegen Ende des Wachsthums vermehrte Festigkeit. Eine frühzeitige zu schwere Belastung dieses Systems kann zur Coxa vara führen.

Vulpius (Heidelberg).

448. **Ueber einen operirten und einen nicht operirten Fall von Coxa vara traumatica**; von Prof. Sprengel. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 4. p. 937. 1899.)

Sp. hat bisher 3 Kr. mit *Coxa vara* gesehen; 2 davon hat er mittels Resektion oberhalb des Trochanters operirt. Er konnte in diesen beiden Fällen, in denen es sich um Veränderungen in der Gegend der Kopfepiphyse handelte, zeigen, dass das typische klinische und anatomische Bild der Coxa vara nicht blos durch *statische Veränderungen,* sondern auch *traumatisch* zu Stande kommt, durch traumatische Lösung der Kopfepiphyse des Femur und Wiedervereinigung mit dem Schenkelhalse an abnormer Stelle.

Auf Grund einer ausführlich mitgetheilten Krankengeschichte ohne Operation begründet Sp. die auf *Coxa vara traumatica* gestellte *Diagnose.*

I. Es spricht für Coxa vara im Allgemeinen: 1) der Umstand, dass es sich um ein männliches Individuum am Ende der Wachsthumsperiode handelt; 2) das Vorhandensein der klassischen Coxa-vara-Symptome: Hochstand des Trochanter, Aussenrotation, Adduktion.

II. Es spricht für Coxa vara im engeren, Kocher'schen Sinne: 1) die Stärke der Contraktur, die um so stärker sein muss, je näher die Veränderung dem Gelenke liegt; 2) das im Röntgenbild deutlich erkennbare pilzartige Ueberragen des unteren Kopfrandes; 3) das normale Verhalten des Schenkelhalswinkels.

III. Es spricht für Coxa vara traumatica: 1) der Nachweis des Trauma; 2) die absolute klinische Uebereinstimmung mit den früher beobachteten und anatomisch untersuchten Fällen.

Der springende Punkt für die definitive Entscheidung ist das Trauma. In den Fällen, in denen ein solches in der Anamnese nicht deutlich hervortritt, sprechen folgende Momente für die traumatische Entstehung: 1) das plötzliche Auftreten der Krankheit; 2) das Bestehen heftiger, bald verschwindender Schmerzen zu Anfang; 3) die Einseitigkeit der Erkrankung; 4) das Fehlen sonstiger Belastungdeformitäten.

An dem zweiten, durch Beckenwandschnitt oberhalb des Trochanters resecirten Kranken demonstrirt Sp. das gewonnene Resultat. Es ist orthopädisch vollkommen, da das Hüftgelenk in abducirter Stellung, fest und mässig beweglich ist; funktionell lässt es bisher noch zu wünschen übrig, da Pat. beim Gehen ohne Stock nicht unerheblich einknickt. Weitere Besserung dürfte nicht ausgeschlossen sein.

P. Wagner (Leipzig).

449. **Ueber die akute Osteomyelitis im Gebiete des Hüftgelenkes**; von Prof. v. Bruns und Dr. Honsell. (Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 1. p. 41. 1899.)

Durch eine genaue Sichtung des grossen Materiales der Tübinger Klinik konnte festgestellt werden, *dass die grosse Mehrzahl sämmtlicher akuten und subakuten Coxitisfälle, namentlich des Kindes- und Jünglingsalters, osteomyelitischen Ursprunges ist.* Die Zahl der dieser Arbeit zu Grunde gelegten Fälle von *Hüftosteomyelitis* aus der Tübinger Klinik beträgt 106. Diesen innerhalb 40 Jahren beobachteten Fällen stehen etwa 500 Osteomyelitiden des unteren Femurendes gegenüber.

Die *Aetiologie* der Hüftosteomyelitis deckt sich mit der anderweitiger osteomyelitischer Lokalisationen in allen wesentlichen Punkten. Wo bakteriologische Untersuchungen ausgeführt worden sind, wurde der Staphylococcus pyog. aureus gefunden.

Pathologisch-anatomisch kann die osteomyelitische Coxitis ihren Ausgang sowohl vom Femur, wie von der Hüftpfanne nehmen. Was zunächst den *Ausgang vom Femur* anlangt, so scheint eine rein epiphysäre Lokalisation im engeren Sinne am seltensten vorzukommen. Häufiger findet man ausschliesslich das obere Diaphysenende, den Schenkel-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/175

hals mit oder ohne Trochanterpartie erkrankt, meist aber werden Diaphyse und Epiphyse gleichzeitig ergriffen und endlich kommen auch Fälle vor, in denen ausserdem der Femurschaft ganz oder theilweise an der Erkrankung theilnimmt. Im Hinblicke auf die Entwickelungsgeschichte kann die Erkrankung des ganzen oberen Femurtheiles bis zur Höhe des Trochanter minor als epiphysäre im Weiteren bezeichnet werden. Das Charakteristische der epiphysären Osteomyelitis im Gegensatze zu der diaphysären besteht im Allgemeinen darin, dass die einzelnen Entzündungherde lange Zeit, wenn nicht für immer, umschrieben bleiben. *Primäre Osteomyelitis der Pfanne* scheint, wie die Osteomyelitis der platten Knochen überhaupt, nur selten vorzukommen.

Je nach der Ausdehnung und dem Sitze der während des entzündlichen Stadium eingetretenen Zerstörungen, nach dem Zustande von Periost und Epiphysenknorpel, endlich auch nach den Zug- und Druckverhältnissen an der erkrankten Partie kommt es zu verschiedenartigen Formveränderungen: Veränderungen der Form des Gelenkkopfes, Verkürzungen am Schenkelhalse, Verbiegungen des Schenkelhalses. v. B. u. H. unterscheiden drei Typen der *osteomyelitischen Schenkelhalsverbiegung:* 1) Einwärts- und Abwärtsbiegung des ganzen oberen Femurendes einschliesslich der Trochanterpartie; 2) Einknickung des Halses an seiner Basis; 3) Einrollen des Kopfhalstheiles gegen die Spitze des kleinen Trochanter zu.

Symptome und *Verlauf:* In den meisten Fällen wies schon der erste Beginn des Leidens auf die osteomyelitische Natur hin: Hohes Fieber, spontane Schmerzen, Schwellung der Hüfte, multiple Gelenkschwellungen. Der weitere Verlauf gestaltet sich verschieden, je nachdem der Gelenkerguss die Kapsel perforirt und nach aussen durchbricht oder nicht.

Ausgänge: In Fällen ohne offene Eiterung tritt etwa innerhalb eines Jahres, in solchen mit offener Eiterung durchschnittlich nach 3—4 Jahren, falls die Kranken überhaupt am Leben bleiben, ein definitiver Abschluss der Krankheit, eine Heilung, ein. Eine völlige Restitutio ad integrum erscheint für die leichtesten Fälle nicht ausgeschlossen; gewöhnlich aber bleiben entsprechend den an Knochen und Gelenken entstandenen Veränderungen gewisse Störungen in der Gebrauchsfähigkeit des Gliedes, Contrakturen, Ankylosen, Verkürzungen und Atrophien zurück. Verhältnissmässig häufig werden auch Spontanluxationen, Epiphysenlösungen, sehr selten Spontanfrakturen beobachtet.

Von den 106 Kranken *starben* 15, darunter 4, bei denen die Resektion, bez. Exartikulation vorgenommen worden war. Von 89 Kranken, bei denen weder die Resektion, noch die Exartikulation vorgenommen wurde, genasen 78, und zwar 33 mit Gelenkversteifung, 28 mit Spontanluxation, 17 mit Epiphysenlösung.

Die *Resektion des Hüftgelenks* wurde 14mal ausgeführt (2 gest.); in einem verzweifelten Falle wurde ohne Erfolg die *Exartikulation in der Hüfte* vorgenommen. 7mal wurde die *lineare Osteotomie* unterhalb des grossen Trochanters gemacht. 5mal kam es zum *Redressement forcé;* meist traten hinterher üble Begleiterscheinungen auf, so dass von diesem Eingriffe nach abgelaufener Gelenkosteomyelitis dringend abzurathen ist.

P. Wagner (Leipzig).

450. **Die moderne Behandlung des Klumpfusses**; von Prof. Albert Hoffa. (Sond.-Abdr. aus Deutsche Praxis Nr. 11—14. 1899.)

H. ist Anhänger der unblutigen Therapie. Er schildert das Verfahren, das ihm bei 80 Klumpfüssen im Laufe von 10 Jahren gute Dienste gethan hat.

Die Behandlung soll begonnen werden, so bald das Neugeborene sich als lebensfähig erwiesen hat. Das Hauptmittel ist die Ausführung systematisch redressirender Bewegungen. Das jeweils erzielte Resultat wird durch Bindenwickelung festgehalten, später mittels einer Schienenvorrichtung.

Kann das Kind laufen, so erhält es einen Hülsenapparat für das ganze Bein mit einer redressirenden, bez. adducirenden Vorrichtung am Sohlentheil. Massage und Gymnastik müssen aber noch mindestens ein ganzes Jahr fortgesetzt werden!

Bei älteren Kranken wird der Fuss gewaltsam, eventuell mit einem Schraubenapparat redressirt, für einige Wochen im Gipsverband gehalten, bis der erwähnte Hülsenapparat fertig gestellt ist und die Nachbehandlung beginnen kann.

Wenn H. auf diese Weise auch gute Erfolge erzielt hat, so ist das Verfahren doch ein umständliches und langwieriges, das für poliklinische Praxis sich nicht eignet. Vulpius (Heidelberg).

451. **Zur Klumpfussbehandlung**; von O. Neuber. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 335. 1899.)

N. behandelt den Klumpfuss mit einer Schiene, deren Sohlentheil gegen die Unterschenkelschiene beliebig bewegt werden kann durch elastische Züge. Der Fuss wird mit der Hand leicht redressirt und dann in den Apparat geschnürt. Täglich wird massirt.

Die Tenotomie wird hoch oben und offen ausgeführt. Es wird die Sehne eingeschnitten, sie dehiscirt dann, die Continuität wird aber durch den unverletzten Muskelbauch erhalten. N. bevorzugt diese Modifikation, weil er früher 2mal die Vereinigung der Sehnenenden hat ausbleiben sehen.

Schlimme Klumpfüsse dürften dem N.'schen Verfahren kaum zugänglich sein.

Vulpius (Heidelberg).

452. **Trauma und Gelenkmaus**; von Oscar Vulpius. (Mon.-Schr. f. Unfallhkde. VI. 4. p. 115. 1899.) Autorreferat.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/176

4 Fälle von freien Körpern im Kniegelenk werden mitgetheilt, die sowohl bezüglich ihrer Entstehung, als hinsichtlich ihrer Bewerthung als Unfallfolgen verschiedenartig beurtheilt werden müssen.

1) Traumatische Absprengung im gesunden Gelenk.
2) Alte deformirende Arthritis, Absprengung einer Wucherung durch Unfall.
3) Durch Trauma entstandene deformirende Arthritis mit spontaner Ablösung kleiner Körper.
4) Durch Trauma entstandene Synovitis villosa mit Lösung von Zotten.

453. **Kritischer Ueberblick über Umfang, Bedeutung und Leistungen der modernen Orthopädie**; von Vulpius. (Wien. klin. Rundschau Nr. 33. 1899.) Autorreferat.

Zuerst wird die Frage erörtert, *wie gross das Gebiet der Orthopädie ist.* Genaue Grenzen lassen sich nicht überall aufstellen, da vielerorts die Beziehungen zur Chirurgie sehr innige sind, so namentlich bei den Knochen- und Gelenkleiden. Das Gebiet der Unfallheilkunde, die Neurologie liefern der Orthopädie neuerdings Arbeitmaterial. Die öffentliche Krüppelfürsorge wird künftig den Orthopäden viel beschäftigen.

Die Statistik der angeborenen Deformitäten, die Unzahl rhachitischer Verbiegungen, die Skoliosen, die Plattfüsse in Betracht ziehend und bedenkend, wie viele Kranke sich dem Arzt vorzustellen unterlassen, übersehen wir ein grosses Arbeitgebiet.

Eine weitere Frage ist die, ob die orthopädischen Leiden *hinreichend Wichtigkeit* besitzen, um das allgemeine Interesse zu verdienen. Man kann in dieser Hinsicht lebensgefährliche und ungefährliche orthopädische Leiden unterscheiden. Aber auch letztere sind von grosser Bedeutung, da sie vielfach Beschwerden machen, den Lebensgenuss, die Arbeitfähigkeit stören und durch allmähliche Zunahme gefährlich werden können.

Eine dritte Frage ist endlich die, ob *die Erfolge die aufgewendete Mühe rechtfertigen.*

Fortschritte in der Therapie sind allenthalben zu finden. Einmal ist die Apparattechnik vervollkommnet worden, dann sind neue unblutige und blutige Methoden ersonnen worden. Ein Ueberblick über die zu erwartenden Erfolge bei den wichtigsten orthopädischen Gebrechen beschliesst die Arbeit.

454. **Blutige und unblutige Orthopädie**; von Vulpius. (Deutsche Aerzte-Ztg. Nr. 3. 1899.) Autorreferat.

Bei der Behandlung einer grossen Zahl orthopädischer Leiden kommen blutige und unblutige Verfahren in Frage.

Die Vorzüge dieser oder jener Methode bei den wichtigsten Affektionen dem praktischen Arzt zu erläutern, ist der Zweck der Arbeit, die sich mit der Therapie der Spondylitis, der Skoliose, der Gelenktuberkulose, der Coxa vara, der angeborenen Hüftluxation, des Klumpfusses, des Plattfusses, der Contrakturen und Ankylosen, des Genu valgum, der rhachitischen Verbiegungen, der Kinderlähmung, der spastischen Parese beschäftigt.

455. **Orthopädie und Neurologie**; von Vulpius. (Deutsche Praxis Nr. 3. 1899.) Autorreferat.

V. weist auf die vermehrten Beziehungen zwischen beiden Gebieten hin. Die Nervenleiden sind in grösserer Zahl und mit weit grösserem Erfolge als früher Gegenstand orthopädisch-chirurgischer Therapie geworden, was an einigen der wichtigsten Beispiele erläutert wird.

Die spinale Kinderlähmung kann mit Apparaten, mit Arthrodese, neuerdings mit Sehnenüberpflanzung angegriffen werden und so, wenn auch nicht geheilt, doch hinsichtlich der funktionellen Restitution gebessert werden.

Das Gleiche gilt für spastische Lähmungen, für die Little'sche Krankheit, angeborene allgemeine Starre, für die cerebrale hemiplegische Kinderlähmung. Ferner kommen in Betracht die transversale, die sogen. Compressionmyelitis, Arthropathien auf nervöser Basis, peripherische Nervenleiden, gelegentlich die apoplektische Lähmung u. s. w.

456. **Die orthopädisch-chirurgische Behandlung der spinalen Kinderlähmung**; von Vulpius. (Der Kinder-Arzt Heft 7. 1899.) Autorreferat.

Ist nach Eintritt der Poliomyelitis 1 Jahr vergangen, so ist der Zustand als endgültig anzusehen bezüglich der Muskelrestitution. Es gilt nun 1) den Funktiondefekt auszufüllen, 2) sekundäre Deformitäten zu beseitigen.

Die Apparatbehandlung ist durch Einführung der Schienenhülsenapparate vervollkommnet worden. Immerhin haben die Apparate auch Nachtheile, können die Funktion nicht wieder völlig herstellen, eine Contraktur nicht beseitigen.

Die Arthrodese vermag in mancher Hinsicht den Apparat zu ersetzen, ersetzt aber im Grund einen pathologischen Zustand durch den anderen.

Das Beste vermag entschieden die Sehnenüberpflanzung, am richtigen Ort angewendet, zu leisten.

Schliesslich wird kurz besprochen, welche Methode an jedem der grossen Gelenke den Vorzug verdient.

457. **Ueber cerebrale Kinderlähmungen**; von Böcker. (Ztschr. f. orthop. Chir. VII. 1. 1899.)

Von mehr praktischen, als wissenschaftlichen Gesichtspunkten ausgehend, theilt B. die cerebralen Kinderlähmungen in 4 Gruppen: 1) Starre der Beine (echte Little'sche Krankheit), Prognose gut. 2) Starre aller Extremitäten, Prognose ungünstig. 3) Ueberwiegende Athetose, Prognose relativ günstig (?). 4) Cerebrale Hemiplegie, Prognose günstig.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/177

Die Therapie besteht in Tenotomien, Fixirung in Uebercorrektur, medico-mechanischer Nachbehandlung. Vulpius (Heidelberg).

458. **A new method of restoring the absent function of muscles in infantile paralysis**; by Noble Smith. (Lancet Nov. 25. 1898.)

Ausgehend von der Ansicht, dass die Tenotomie nicht allein freiere Bewegungfähigkeit in einem gelähmten, in Contraktur stehenden Gliede ermöglicht, sondern dass sie gerade durch Erzeugung einer nachhaltigen Wärmevermehrung und besseren Ernährung in ihm günstig auf die Besserung der gelähmten Muskeln einwirkt, und dass diese Wirkung durch die Durchtrennung auch der Sehnen nur erhöht werden könnte, hat Sm. in 2 Fällen von Kinderlähmung ausser der in Contraktur befindlichen Achillessehne auch die Sehnen der gelähmten, die Zeichen partieller Entartungreaktion darbietenden Muskeln (MM. tibialis antic., extens. dig. long., extens. propr. poll.) durchtrennt und damit überraschend gute Resultate erzielt. In dem 1 Falle wurde auch bald danach Zunahme der elektrischen Muskelerregbarkeit festgestellt.

W. Voigt (Oeynhausen).

459. **Ueber das Indikationsgebiet der Sehnenüberpflanzung**; von Vulpius. (Klin.-therap. Wchnschr. 11. 1899.) Autorreferat.

Am naheliegendsten ist die Sehnenüberpflanzung bei *traumatischen* Verlusten von Sehnen und Muskeln, frischen sowohl wie alten. Aehnlich liegen die Verhältnisse bei traumatischen Verlusten peripherischer Nerven.

Ein grosses Gebiet stellen die *Rückenmarkserkrankungen* dar, obenan die *spinale Kinderlähmung,* die complete sowohl, als viel mehr natürlich die partielle. Der Unterschenkel bietet die besten Verhältnisse, minder gute der Oberschenkel. Am Vorderarme ist das Verfahren noch nicht genügend erprobt und ausgebildet. Weiter kommen in Betracht die spastischen Lähmungen, die cerebrale Kinderlähmung, die apoplektische Hemiplegie, die Little'sche Krankheit und verwandte Leiden.

460. **Weitere Erfahrungen über die Sehnenüberpflanzung**; von Vulpius. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 17. 1899.) Autorreferat.

V. berichtet auf Grund von 80 eigenen Operationen über das Verfahren. Die Technik wurde in verschiedener Hinsicht vervollkommnet, die letzten 60 Ueberpflanzungen heilten ohne jede Störung. Hinzugefügt wurde neuerdings die Verkürzung und dadurch das Resultat gesichert.

Das Indikationgebiet wurde erweitert, so dass es jetzt schon ein ziemlich grosses geworden ist. Peripherische, spinale, cerebrale Lähmungen verschiedenen Ursprunges sind dem Verfahren zugänglich. Wichtig sind die Nachuntersuchungen der Operirten, von den 4 dem Jahre 1896, 20 dem Jahre 1897, 42 dem Jahre 1898 angehören.

Im Ganzen sind die Resultate recht zufriedenstellend, völlige Misserfolge sind sehr selten.

461. **Beitrag zur Lehre von der Sehnenplastik**; von Gocht. (Ztschr. f. orthop. Chir. VII. 1. 1899.)

G. berichtet ausführlich über 21 Ueberpflanzungen, die wegen spinaler Kinderlähmung, cerebraler Lähmung, spastischer Gliederstarre, traumatischer Lähmung in der Hoffa'schen Klinik ausgeführt wurden.

Die Erfolge waren zufriedenstellende, zum Theil sehr gute. Bezüglich der Technik äussert G. theilweise Anschauungen, die sich mit den Erfahrungen des Ref. nicht decken. Vulpius (Heidelberg).

462. **Beitrag zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre**; von Dr. A. Brunner. (Wien. med. Presse XL. 38. 1899.)

Br. empfiehlt zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre $2^1/_2$proc. Lösungen von Natrium carbon. siccum in destillirtem Wasser. Auf das mit einer heissen Sublimatlösung gereinigte Geschwür kommt zuerst eine einfache Lage von steriler Gaze, die mit gelber Vaseline oder Lanolin gefettet ist, auf diese kommt eine einfache Schicht von Cellulose, die mit der $2^1/_2$proc. Natrium-Carbonicumlösung getränkt ist, und hierauf Billroth-Battist; das Ganze wird mit einer Calicotbinde fest verbunden. Alle 24 Stunden wird der Verband erneuert.

Die Erfolge waren selbst bei alten verwahrlosten Geschwüren sehr günstig.

P. Wagner (Leipzig).

463. **Sarcoma ossium pedis**; von Dr. M. Borchardt. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 4. p. 909. 1899.)

B. theilt folgende Beobachtung aus der v. Bergmann'schen Klinik mit.

Ein 47jähr. Herr litt seit 10 Jahren im Anschlusse an einen Sprung von der Pferdebahn an Schmerzen im rechten Fusse. Da ein geringer Plattfuss vorlag, so wurden seine Klagen als Plattfussbeschwerden gedeutet. Trotz geeigneter Behandlung trat allmählich Verschlechterung ein; erst im Laufe des letzten Jahres machte sich unterhalb des Fussgelenkes eine Schwellung bemerkbar, die aber noch immer ihrem Wesen nach unklar blieb. Im September 1898 wurde ein Röntgogramm angefertigt, auf dem sich eine Aufhellung sämmtlicher Fusswurzelknochen, vor Allem aber des Talus und Calcaneus zeigte, bei auffallend gut erhaltenen Gelenkcontouren. Die Diagnose wurde umgeändert, es konnte sich nur um Tumor oder Tuberkulose handeln. Eine Probepunktion, die etwas Blut und Gewebepartikelchen herausbeförderte, entschied die Frage zu Gunsten einer Geschwulstbildung. 11. Oct. 1898 Ablatio cruris. Complikationlose Heilung.

Sehr interessant war das durch die Amputation gewonnene Präparat. Man hatte zunächst den Eindruck, als ob es sich um 2 verschiedene primäre Tumoren handele, von denen der eine im Talus, der andere im Calcaneus sass. Nach genauerer Untersuchung glaubt B. annehmen zu dürfen, dass der *primäre Tumor seinen Sitz im Talus hatte,* dass

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/178

er hier als *Enchondrom* angelegt war. Dieses Chondrom hatte aus irgend welchen Gründen sarkomatösen Charakter angenommen, war in den *Calcaneus* eingebrochen und hatte hier unter besonderen statischen und besonderen Ernährungverhältnissen den Typus des *Riesenzellensarkoms* angenommen. *Maligne Tumoren der Fusswurzelknochen* sind überhaupt selten. B. konnte in der Literatur nur 15 Fälle von Calcaneussarkom und 1 Fall von malignem Talustumor finden.

Auch der eigenthümliche *klinische Verlauf* beansprucht ein gewisses Interesse. In der Regel macht die Erkenntniss der bösartigen Geschwülste der Fusswurzel nicht geringe Schwierigkeit. Gerade die Sarkome des Talus und Calcaneus sind denn auch meist längere Zeit verkannt und mit Tuberkulose oder Osteomyelitis verwechselt worden.

Differentialdiagnostisch am wichtigsten ist das Verhalten der Weichtheile. Rothe, livide Verfärbung der Haut, Fistel- und Abscessbildung sprechen für tuberkulöse oder osteomyelitische Knochenerkrankung, während cutane Venenektasien bei sonst normaler Haut für Tumorbildung fast pathognomonisch sind. Entscheidung bringen kann in manchen Fällen das Resultat der *Probepunktion* (reines Blut!), noch sicherer ist das Ergebniss der Probeincision. Für die Differentialdiagnose von grosser Bedeutung scheint ferner das *Röntgogramm* zu sein; B. hat wenigstens eine so gleichmässige Aufhellung des Knochenschattens, ein so gleichmässiges Verschwinden der normaler Weise sichtbaren Knochenarchitektur bisher nur bei Knochengeschwülsten gesehen.

Der in manchen Fällen beobachtete *langsame Verlauf* lässt sich nur durch die Annahme erklären, dass ein verhältnissmässig grosser Procentsatz dieser Tumoren anfangs gutartig angelegt ist und erst im Laufe der Zeit bösartig wird. In einem grösseren Procentsatze der Fälle entwickeln sich die Sarkome aus Chondromen. So lange die Erkrankung auf einen Knochen beschränkt ist, kann man sich, wenigstens bei den Chondromen, den Myxochondromen und den centralen Sarkomen auf die sorgfältige Exstirpation der Geschwulstmassen, oder auf die Enucleation des erkrankten Knochens beschränken. Handelt es sich aber um peripherische und die Weichtheile infiltrirende Sarkome, dann sind eingreifendere Operationen, Exartikulation oder Amputation, am Platze. P. Wagner (Leipzig).

464. **Zur operativen Behandlung der Aneurysmen**; von Dr. H. Hofmann. (Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 2. p. 418. 1899.)

H. berichtet über 7 *Aneurysmen,* die in den letzten Jahren in der Breslauer chirurg. Klinik *operativ behandelt* wurden. Es handelte sich um Aneurysmen der Artt. vertebral., carot., poplit., radial., femoral. (2 Fälle), temporalis. 2mal wurde die *zuführende Arterie* allein *unterbunden* (nach Hunter); 3mal wurde die *Exstirpation* ausgeführt, in einem Falle allerdings nur unvollständig und 2mal wurde ein Verfahren angewandt, das H. das Mikulicz'sche nennen möchte, da dieser seines Wissens zum ersten Male Aneurysmen auf diese Weise mit Erfolg behandelt hat. Das Verfahren ist ein zweizeitiges, indem zuerst die zuführende Arterie unterbunden wird, und zwar am Orte der Wahl (Hunter) oder dicht über dem Aneurysma (Anel), wie es die Verhältnisse eben als zweckmässig und nothwendig erscheinen lassen. Nach Verheilung dieser Wunde wird das Aneurysma, falls es keine Neigung zur Verkleinerung zeigt und in Folge von Druck auf die Nachbarschaft den Kranken in Gefahr bringt oder dauernd quält, durch eine Incision gespalten, die gerade gross genug ist, um alle darin enthaltenen Coagula herauszupressen, worauf die Wunde sofort durch Nähte geschlossen und mit einem Compressivverbande bedeckt wird. Der Erfolg der Operation wird wesentlich gesichert durch eine mässige Compression, eventuell mit elastischen Binden, die am besten noch einige Monate nach Verheilung der Wunde ausgeübt wird. Anzuwenden dürfte diese Art zu operiren nur dann sein, wenn eine Infektion des aneurysmatischen Sackes sicher ausgeschlossen werden kann.

H. empfiehlt das Mikulicz'sche Verfahren namentlich für die Fälle, in denen die Exstirpation des aneurysmatischen Sackes verboten ist. Es ist bedeutend weniger schwierig und auch weniger gefährlich als die Exstirpation; man braucht auch den Nachtheil der Narkose weniger zu fürchten, da man sie höchstens bei der Unterbindung der zuführenden Arterie nöthig hat. Der 2. Theil der Operation kann unter Schleich'scher Anästhesie vorgenommen werden. P. Wagner (Leipzig).

465. **The eye symptoms in so-called „hay fever"**; by Dr. John Hern. (Brit. med. Journ. Sept. 23. 1899.)

Die Augensymptome beim Heufieber sind bei verschiedenen Personen und auch bei der gleichen Person sehr verschieden. Den grössten Theil des Jahres sind die Leute gesund; im Allgemeinen handelt es sich aber um nervöse Personen.

In der 2. Juni-Woche (12. bis 15.), manchmal nach einem Spaziergange im Freien tritt plötzlich ein heftiges kratzendes und brennendes Gefühl im inneren Augenwinkel auf, „wie wenn heisser Sand im Auge wäre". Die Bindehaut ist geschwollen, ödematös; reicht die Schwellung bis zum Hornhautrande, so besteht starke Lichtscheu. Werden die Augen ruhig gehalten, so verschwindet das Oedem nach einigen Stunden. In der Nacht wacht der Kranke nach einigen Stunden Schlaf mit dem gleichen lästigen Gefühle auf. Bei Verstopfung der Nase tritt Asthma hinzu. Borlösungen verschaffen Linderung, ebenso Cocain, aber keine Heilung. An der See verschwindet die Krankheit nach 6 bis 7 Wochen von selbst.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/179

H. fragt: Sind diese Symptome auf eine Reflexneurose von der Nase her oder auf den Blüthenstaub und andere Fremdkörper in der Bindehaut oder auf eine vasomotorische Störung zu beziehen?

Devereux Marshall, der selbst seit langer Zeit an dieser Krankheit leidet, warnt vor der länger fortgesetzten Anwendung des Cocains als einem für den Körper gar nicht indifferenten Mittel.

Lamhofer (Leipzig).

466. **Du rôle des toxines dans la production des inflammations de la conjonctive**; par V. Morax et M. Elmassian. (Ann. d'Oculist. CXXII. p. 81. Août 1899.)

M. u. E. haben im Laboratorium des Instituts Pasteur die verschiedene Wirkung von Mikroorganismen auf und in der Bindehaut des Kaninchens untersucht. Es wurden Stunden lang alle 2—3 Minuten lebende oder todte Culturen oder Filtrate davon in den Bindehautsack geträufelt. Das Ergebniss der Untersuchung war folgendes:

Toxine gonococcique. Wenn man nur einige Tropfen einträufelt, entsteht keine Reaktion; kurz nach der Einträufelung kann man weder mit dem Mikroskop, noch durch die Cultur Gonokokken nachweisen. Hat man oft eingeträufelt, so treten nach 1—2 Std. Bindehaut-Injektion und -Oedem auf; fibrinös-eitrige Sekretion 2—5 Std. nach der Einträufelung; anderen Tages sind nur mehr die Lider etwas verklebt. Es findet keine Vermehrung der Gonokokken statt. Die gleiche Reaktion tritt ein auch nach Filtration der Gonokokken. Die Virulenz bleibt erhalten bei einer Erhitzung der Flüssigkeit bis zu 120°.

Wurden 6 Tropfen einer in Bouillon-Ascites-Flüssigkeit gewonnenen Cultur in den *menschlichen* Bindehautsack gebracht, so war die Reaktion auch gering; erst nach 20 Tropfen trat ordentliche Reizung, bez. Entzündung auf, aber nicht so wie bei typischer Blennorrhöe, sie verschwand am nächsten Tage wieder. Gonokokkenculturen, in trachomatöse Augen gebracht, sollen durch die entstehende Entzündung günstig auf die Trachomkrankheit einwirken; davon konnten sich M. u. E. nicht überzeugen.

Der *Diplobacillus der subakuten Conjunctivitis* oder seine Toxine bewirken während der ersten 2 Std. keine Reaktion; später bildet sich etwas Oedem mit Absonderung, die aber geringer sind als beim Bacillus de Weeks und beim Gonococcus. Die Injektion verschwindet mit dem Aufhören des Einträufelns. Mit einer auf 110° erhitzten Cultur erhält man immer noch eine, wenn auch abgeschwächte Reaktion; die löslichen Produkte dieses Bacillus sind widerstandsfähiger gegen die Hitze als die des Bacillus de Weeks, des Gonococcus und Staphylococcus.

Bacillus de Weeks. Beim Kaninchen erst nach 6—7 Std. geringe Reaktion. Bei Erhitzung auf 115° fehlt jede Reaktion. Die Reaktion mit nicht filtrirten Culturen ist stärker als die mit filtrirten, aber geringer als die mit Staphylokokken und Gonokokken.

Staphylococcus. Eine auf Staphylokokken beruhende Entzündung ist sehr selten. Es scheint, dass nur bei allgemeinen Schwächezuständen, wie nach Masern, Scharlach, günstige Bedingungen für die Entwickelung des Staphylococcus vorhanden sind. Die Reaktion unterscheidet sich wenig von der durch Gonokokkencultur bewirkten. Nach 4 Std. ist die Höhe der Entzündung erreicht und ein weiteres Einträufeln bringt keine Steigerung. Niemals traten dabei Hornhauterkrankungen auf. Die Wirkung wird gering bei Erhitzung auf 115°.

Die Untersuchungen über *Streptokokken* und *Pneumokokken* sind durch M. u. E. noch nicht abgeschlossen.

Diphtheriebacillus. Es ist unter allen Umständen eine längere Einträufelung nöthig. Erst nach 36—48 Std. ist das typische Bild der Bindehautdiphtherie mit Trübung der Hornhaut vorhanden. Nach 3—4 Tagen nehmen die Schwellung und das Oedem der Bindehaut ab; die Hornhauttrübung verschwindet nach weiteren 2 Wochen vollständig. Eine noch so concentrirte Lösung macht keine Verkürzung der Incubationzeit.

Bei *Schlangen-* und *Jequirity*-Gift genügen schon 1—2 Tropfen, um heftige Entzündung zu bewirken. Während aber bei Jequirity die Höhe der Entzündung erst nach 20 Std. erreicht wird, ist dies beim Schlangengifte schon nach 15 Min. der Fall; hier überwiegt mehr die Schwellung im Verhältnisse zur Eiterung.

Es ist also bei den verschiedenen Mikroorganismen im Bindehautsacke des Kaninchens ein grosser Unterschied in der nothwendigen Dauer der Berührung mit der Bindehaut, um eine Reaktion zu erzeugen; in der Dauer der Incubationzeit und der Stärke und Dauer der Reaktion. Mit Ausnahme von Schlangen- und Jequiritygift ist bei allen anderen eine langdauernde Berührung nothwendig, vorausgesetzt, dass das Epithel unverletzt ist. Beim Gonococcus, Bacillus de Weeks ist eine 1—2 Stunden dauernde Einträufelung nöthig (alle 2—3 Min.), beim Diphtheriebacillus selbst 8—10 Stunden. Die Incubationzeit ist wieder am kürzesten beim Schlangengifte, am längsten bei Diphtherie und Jequirity. Die Dauer der Reaktion ist am längsten bei der Diphtherie; sie kann 48 Std. und noch länger bestehen, nachdem schon kein Bacillus mehr nachzuweisen ist; dagegen ist sie bei der Blennorrhöe, bei der akuten und subakuten Conjunctivitis so enge mit der Anwesenheit der Mikroorganismen verbunden, dass sie kaum einige Stunden noch andauert, nachdem jene aus dem Sekrete verschwunden sind.

Eine Vermehrung der Mikroorganismen im Bindehautsacke haben M. u. E. niemals nachweisen können.

Lamhofer (Leipzig).

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/180

467. **Ueber einen neuen, nach Gram sich entfärbenden, semmelförmigen intracellulären Pseudogonococcus auf der menschlichen Conjunctiva**; von Dr. Fr. Krukenberg in Rostock. (Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXVII. p. 271. Aug. 1899.)

K. fand auf der Bindehaut eines wegen geringen Bindehautkatarrhs in der Poliklinik behandelten Kr. einen Diplococcus, der in morphologischer Beziehung und in Bezug auf schnelle Entfärbung nach Gram vollständig dem Gonococcus glich. Nur die Züchtungsversuche (üppiges Wachsthum auf thierischem Blutserum, auch auf gekochtem; grosse Widerstandsfähigkeit gegen Temperaturen, lange Fortzüchtungsfähigkeit), sowie seine Virulenz bei intraperitonäalen Impfungen von weissen Mäusen bildeten einen deutlichen Unterschied. K. glaubt auch nicht, dass der von ihm gefundene Coccus mit dem Weichselbaum'schen Meningococcus gleich sei.

Lamhofer (Leipzig).

468. **Primary sarcoma of the fornix conjunctivae**; by John Griffith. (Brit. med. Journ. Sept. 23. 1899.)

Gr. entfernte eine lobuläre Geschwulst, ein Sarkom mit ganz geringer intercellularer Zwischensubstanz und mit sternförmigen Pigmentzellen, aus dem oberen Fornix des rechten Auges einer Frau, das sich an dieser Stelle, einem ungemein seltenen Sitze eines Sarkoms, vor ungefähr 2 Jahren entwickelt hatte und bereits auf den Tarsus übergegangen war. Die Bindehaut des Augapfels war gelblich verfärbt. Obgleich bei der Operation die obere Hälfte des Tarsus weggenommen werden musste, trat keine Ptosis ein. Lamhofer (Leipzig).

469. **Ueber das Vorkommen von Iris-Rissen**; von Prof. Weiss u. Dr. Klingelhöffer in Mannheim. (Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 3. p. 237. 1899.)

W. u. K. stellen in einer Tabelle alle bisher in der Literatur erwähnten Fälle von Iris-Rissen, deren Ursache und Complikationen zusammen und geben die Krankengeschichte von 4 Personen mit dieser Art der Verletzung. In diesen 4 Fällen war der Riss in der Iris durch Anspringen eines Holzes, eines Steines, eines Pfeiles und durch einen Faustschlag bewirkt. Bei allen Kranken war das Auge direkt getroffen worden; der Iris-Riss lag der Stelle der Gewalteinwirkung gegenüber. Die Pupille erleidet eine Erweiterung, meist ist die Iris gelähmt. Wie die Einreissung der Iris vor sich geht, ob und wie eine Ueberdehnung des Sphinkter stattfindet, ob die eingedrückte Hornhaut die Iris an die Linse presst, ob eine spastische Contraktion des Sphinkter nothwendig ist, um einen Riss möglich zu machen — über alles Das streiten sich noch die Autoren. Lamhofer (Leipzig).

470. **A discussion on the pathological significance of sympathetic irritation, and its connection, if any, with sympathetic ophthalmitis**; by Richardson Cross. (Brit. med. Journ. Sept. 23. 1899.)

In der Brit. med. Association in Portsmouth hielt C. einen sehr lehrreichen Vortrag über sympathische Augenentzündung, wobei er auf Grund seiner eigenen Erfahrung und der bekanntesten Veröffentlichungen eine genaue Sonderung und Erklärung der sympathischen Reizung gegenüber der sympathischen Entzündung anstrebte. Die Störungen bei der sympathischen Reizung sind: Das Gefühl des Unbehagens, der Empfindlichkeit, der Ermüdung im nicht verletzten Auge; Schmerzen im Auge oder in der Augenhöhle, Thränen, Lichtscheu, Verdunkelung und Umnebelung von kürzerer oder längerer Dauer, vorübergehende Gesichtsfelddefekte, Krampf oder Erschlaffung der Accommodation, abnorme Pupillenthätigkeit; aber kaum, dass etwas Röthung der Bindehaut oder der Sehnervenpapille vohanden ist. Diese Reizerscheinungen können wie die der Entzündung bald oder erst viele Jahre nach der Verletzung des anderen Auges eintreten.

Es giebt dagegen nur ein sicheres Mittel, die Enucleation des verletzten Auges. Darin stimmten in der Verhandlung die erfahrensten englischen, amerikanischen und französischen Aerzte mit C. überein. Lamhofer (Leipzig).

471. **Die chirurgische Behandlung des Exophthalmus pulsans durch einseitige, resp. doppelseitige Unterbindung der Carotis communis**; von Dr. K. Bodon. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LI. 5 u. 6. p. 605. 1899.)

Die Grundursache des *durch traumatische Einwirkung entstandenen Exophthalmus pulsans* ist darin zu suchen, dass die Carotis interna im Sinus cavernosus zerreisst und sich das Blut in den Sinus ergiesst. Der erhöhte Blutdruck verhindert den Rückfluss des Blutes aus der V. ophthalmica sup., demzufolge in dem Gebiete dieser Vene eine Stauung mit allen ihren Folgezuständen (Chemosis der Augenbindehaut, Exophthalmus, Pulsationen u. s. w.) entsteht. Der *traumatische Exophthalmus* ist manchmal doppeltseitig.

Die rationellste *Behandlung* ist die *Ligatur der betroffenen Carotis communis.*

B. theilt aus der Dollinger'schen chirurg. Klinik 2 Beobachtungen von *traumatischem pulsirenden Exophthalmus* der rechten Seite mit. In dem 1. Falle genügte die Unterbindung der rechten Carotis communis, um Heilung zu erzielen; im 2. Falle musste später auch noch die linke Carotis communis unterbunden werden.

Seinen Fall eingerechnet, verfügt B. über 58 Fälle von *traumatischem pulsirenden Exophthalmus,* in denen eine *einseitige Unterbindung der Carotis communis* gemacht worden war: 26 Kr. wurden geheilt, 20 gebessert, 6 nicht gebessert, 6 sind gestorben. Die Operation hatte somit 80% Heilungen oder Besserungen zur Folge. Fälle von *doppeltseitiger* Unterbindung sind 6 bekannt. Sämmtliche Kranke überstanden diesen operativen Eingriff gut; 5 Kranke wurden geheilt oder erheblich gebessert. In jenen Fällen, in denen auch das Unterbinden der anderen Carotis angezeigt ist, soll man mit dieser Maassnahme nicht zu lange

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/181

warten, um die Sehkraft des Auges möglichst zu erhalten.

In dem 2. Dollinger'schen Falle trat erst dann vollkommene Heilung ein, als auch noch der pulsirende Gefässknoten am inneren oberen Orbitalrande, der so zu sagen ein ständiger Begleiter des Exophthalmus pulsans ist, resecirt worden war. Vielleicht kann in einzelnen Fällen eine Heilung durch die blosse Unterbindung dieses Gefässknotens erzielt werden. P. Wagner (Leipzig).

472. **Fötale eitrige Entzündung als Ursache des congenitalen Mikrophthalmos und Anophthalmos**; von Prof. Hoppe in Köln. (Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 3. p. 201. 1899.)

Für die Entstehung des Mikrophthalmos wird von vielen Autoren eine bakteriell-eitrige Entzündung angenommen. Diese ist aber nach H. bisher noch gar nicht einwandfrei erwiesen, auch nicht sehr wahrscheinlich. Metastatische Eiterungen an sonst bevorzugten Theilen, z. B. den Gelenken, sind bei Föten noch nicht beobachtet worden; es ist also auch eine Infektion auf dem Wege der Blutbahn auszuschliessen. Eine Infektion durch das Fruchtwasser ist ebenso unwahrscheinlich. Wenn auch in vielen Fällen von Mikrophthalmos angeblich gleich nach der Geburt Eiterung der Augen bemerkt wurde, so kann die Eiterung doch erst Folge einer Infektion während der Geburt sein oder bei der eigenartigen Stellung der Lider von Augen mit Mikrophthalmos eine Folge von angestautem Sekret, eine Eiterung nicht bakterieller Natur sein. In einem der von H. erwähnten 10 Fälle von Mikrophthalmos und Anophthalmos täuschte eine Dermatitis der gefalteten Lider eine eitrige Entzündung vor. Lamhofer (Leipzig).

473. **Ueber die Entstehung von Gehirnabscessen nach Orbitalphlegmone**; von Dr. Ad. Szulislawski. (Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXVII. p. 289. 1899.)

Ein 22jähr. Arbeiter erhielt einen Hieb in die Gegend des linken Auges. Starke Schwellung der Lider, Quetschung und Risswunde des unteren Lides nach innen zu; die Sonde glitt tief in die Augenhöhle. Der Augapfel war vorgetrieben. Während der nächsten 14 Tage starker Eiterfluss aus der Wunde. 3 Wochen nach der Verletzung wurde mit der Kornzange ein 29 mm langer, 7 mm breiter, 1—1.5 mm dicker Holzspahn entfernt. 8 Tage später Kopfschmerz, erhöhte Temperatur, doch nur während 2 Tagen. Augenhintergrund normal. Wieder nach 2 Tagen 2mal Erbrechen ohne Fieber, Kopfschwindel. Die innere Untersuchung ergab nichts Abnormes. Der Kr. wurde auf Wunsch des Vaters entlassen. Tod 8 Tage später. Bei der *Sektion* wurden Orbitalknochen, Sinus, Gefässe und Hirnhäute unversehrt gefunden, aber im linken Stirnlappen ein faustgrosser Abscess.

Da nach dem Sektionbefunde eine Fortpflanzung der Orbitalentzündung per contiguitatem, durch die Gefässe oder die Hirnhäute ausgeschlossen werden muss, so bleibt nur die Annahme einer Metastase übrig. Nach Sz. soll man in jedem Falle von Orbitalphlegmone bei Hinzutritt „allgemeiner Gehirnerscheinungen“ und auszuschliessender Meningitis an die Möglichkeit eines metastatischen Gehirnabscesses denken. Und wo allgemeine Gehirnerscheinungen ohne Herdsymptome bestehen, wäre an einen Abscess in dem der Orbitalphlegmone entsprechenden Frontallappen und an chirurgisches Eingreifen zu denken.

Lamhofer (Leipzig).

474. **a) L'hétéroplastie orbitaire.** *Étude clinique et expérimentale;* par E. Valude. (Ann. d'Oculist. CXXII. 1. p. 46. Juillet 1899.)

b) Nouveau procédé d'implantation de boules de verre dans l'orbite; par Oliver, Philadelphie. (Ibid. p. 54.)

a) Valude nähte in die Tenon'sche Kapsel von Kaninchen nach Enucleation des Augapfels ein Stück Holzkohle, den Kopf eines Oberschenkels von einem jungen Hunde mit und ohne Knorpel, ein Stück Schwamm und ein mit Catgut umwickeltes Stück Seide. Die Thiere wurden 20 Tage nach der Operation getödtet. Nur in dem Falle, wo der Femurkopf mit Knorpel eingelegt worden war, war an einer Stelle eine Verwachsung mit dem Knochen zu sehen, und in einem Falle einer Schwamm-Einlegung waren von hinten her Granulationen in den verdickten und verfilzten Schwamm hineingewachsen. Alle übrigen Versuche schlugen fehl; der Fremdkörper wurde ausgestossen. Bei einem Manne, der 1 Jahr lang einen eingenähten Schwamm in der Augenhöhle getragen hatte, waren die in die Lücken des Schwammes hineingewachsenen Granulationen bereits wieder in der Rückbildung. V. legt jetzt eine silberne Kugel ein, die dann dauernd liegen bleiben soll, wenn die Naht besonders gut und genau gemacht wird.

b) Oliver legt eine Glaskugel ein, näht nicht nur sehr genau die Bindehaut, sondern knüpft vorher die an ihren Enden angeschlungenen geraden Muskeln erst über der Kugel zusammen.

Lamhofer (Leipzig).

475. **The use of homatropine in some cases of muscular asthenopia**; by Adolph Bronner. (Brit. med. Journ. Sept. 23. 1899.)

Nach B. nimmt durch die immer mehr gesteigerte Thätigkeit in den Schulen und im täglichen Leben die muskuläre Asthenopie auch immer mehr zu. Die grösste Zahl der Leidenden wird durch passende Brillen von ihren Beschwerden befreit. Im Jahre 1885 wurden in der Augenklinik in Bradford 324 Brillen, darunter 16 cylindrische verordnet, im Jahre 1898 aber nicht weniger als 2300 Brillen, darunter ungefähr 400 cylindrische. Wo das Tragen von Brillen keine Hülfe brächte, müsste mehrere Wochen lang Homatropin in das Auge geträufelt werden, das den Vorzug vor dem Atropin hätte, dass die Betroffenen nicht Wochen lang ihre Berufsthätigkeit aufgeben müssen.

Arnold Lawson glaubt, dass in manchen Fällen, besonders bei Kindern, das Atropin nicht ganz zu entbehren sei. Es träte dadurch oft Hei-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/182

lung ein, ohne dass geringe Refraktionfehler corrigirt zu werden brauchten. [Gott sei Dank, dass in Deutschland die sogen. „Atropin-Kur“ bei Kindern, die vor circa 15 Jahren noch allgemein üblich war, ganz ausser Mode gekommen zu sein scheint. Richtige Eintheilung der Arbeit, gesunde Lebensweise, Befreiung der Schwachbefähigten von wissenschaftlichen Studien und Abhaltung aller Störungen von der Arbeit der Befähigten, allgemeine Behandlung der kranken Kinder — das Alles ist besser als Atropin-Einträufelung. Ref.] Lamhofer (Leipzig).

476. **Das Verschwinden des Accommodationskrampfes in Folge von Eserin-Anwendung**; von Prof. W. Dobrowolsky in Petersburg. (Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXVII. 6. p. 216. 1899.)

D. beobachtete bei einem 62jähr., an chronischem Glaukom leidenden Manne starken Accommodationkrampf, scheinbare Myopie $^1/_{16}$, S = $^{20}/_{70}$. Nach Eserin-Einträufelung war die Myopie verschwunden, es bestand Emmetropie und S = $^{20}/_{70}$. Pilocarpin bewirkte nur eine Verringerung der Myopie auf $^1/_{20}$. D. erklärt die Wirkung des Eserins in diesem Falle durch die Regulirung der Blutvertheilung im Ciliarkörper und in der Aderhaut.

D. erwähnt noch, dass es Fälle giebt, wo Atropin den Accommodationkrampf nicht nur nicht aufhebt, sondern sogar steigert. Lamhofer (Leipzig).

477. **Des spasmes toniques du muscle ciliaire chez les enfants et de la valeur de la skiascopie dans l'oeil atropinisé**; par F. Lagrange, Bordeaux. (Ann. d'Oculist. CXXII. 1. p. 29. 1899.)

L. führt eine grosse Reihe von Augenuntersuchungen an, die mit dem Skiaskop und mit dem Augenspiegel bei erweiterter und nicht erweiterter Pupille und unter Einschaltung eines Diaphragma ausgeführt wurden, um zu zeigen, wie häufig bei jungen Leuten auch im Dunkelzimmer der Accommodationkrampf nicht verschwinde. Dadurch entstünden Irrthümer, die im Mittel circa 2 D betrügen. Es sei daher stets Atropinisung der Augen erforderlich. Die Weite der Pupille bedinge bei der skiaskopischen Untersuchung höchstens einen Fehler von einer halben Dioptrie. [Der Ref. hat sich bisher weder von der Häufigkeit des Accommodationkrampfes überhaupt, noch von der Beibehaltung stärkeren Krampfes im Dunkelzimmer bei den von ihm stets auch im aufrechten Bilde untersuchten Augen überzeugen können.] Lamhofer (Leipzig).

478. **Kann Schielen Schwachsichtigkeit verursachen?** von Dr. M. Sachs. (Wien. klin. Wchnschr. XII. 25. 1899.)

Früher erklärte man die Schwachsichtigkeit des Schielauges für eine Folge des Schielens, später für Ursache des Schielens. Eine zunehmende Verschlechterung des Sehvermögens von den frühen Kinderjahren an ist bei Schielenden sicher wiederholt beobachtet worden. S. meint, dass die Annahme einer durch Schielen herbeigeführten Schwachsichtigkeit eine bedeutende Stütze dann gewinnen würde, wenn sich die Amblyopie des Schielauges durch gewisse Merkmale von der Amblyopie aus anderen Ursachen unterschiede. S. sieht diese Unterscheidung in dem Verluste der Fähigkeit, beim Sehen mit beiden Augen den Eindrücken des abgelenkten Auges die volle Aufmerksamkeit zuzuwenden. Der Verfall des Sehvermögens unterbleibt bei Strabismus alternans. Das wesentliche Kennzeichen des Alternirens soll aber nicht darin gesehen werden, dass der Schielende jedes einzelne Auge gleich gut zum Geradaussehen verwenden, sondern darin, dass er jedes Auge bei geöffnetem zweiten Auge zum Fixiren verwenden kann. Gerade in letzterem Umstand liegt der Schutz gegen den Verfall des Sehvermögens, vorausgesetzt, dass das Sehvermögen nicht schon vor dem Schielen herabgesetzt war. Dass das schielende Auge durch Verschluss des Fixirauges leistungsfähiger werden kann, darin sieht S. einen augenfälligen Beweis für das Bestehen einer vom Schielen abhängigen Sehschwäche.

Lamhofer (Leipzig).

479. **Erfahrungen über die Behandlung der hochgradigen Myopie durch Linsenextraktion**; von Dr. Velhagen in Chemnitz. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 30. 1899.)

V. berichtet über 15 wegen sehr grosser Kurzsichtigkeit von ihm operirte Augen. Das Verfahren war das allgemein übliche, Discission und nachfolgende Entfernung der Linse. Der jüngste Kranke war 6, der älteste 38 Jahre alt. Das Ergebniss war sehr gut. Fast alle Operirten sahen in die Ferne besser als vorher. 3 Operirte konnten ihre gewohnte Nahearbeit nicht mehr so gut verrichten wie früher. V. bespricht die Indikation zur Operation und räth, sich dabei weise Beschränkung aufzulegen. Kann ein Kurzsichtiger mit seinen Gläsern seinen Beruf ausfüllen und macht er keine besonderen Ansprüche auf ein Weitsehen, so soll man ihm nicht zur Operation rathen, da der immerhin mögliche Verlust des Auges durch die Operation noch viel trauriger ist, als z. B. der Verlust eines staarblinden Auges. Darum soll auch nicht die Höhe der Dioptrien maassgebend für die Operation sein. Netzhautablösung trat in keinem operirten Auge ein, ein paar Mal nur Vorfall der Iris, die abgetragen wurde. Lamhofer (Leipzig).

480. **Beitrag zur Casuistik der Myopieoperationen**; von Dr. W. Zimmermann in Stuttgart. (Sond.-Abdr. aus d. ophthalmol. Klinik Nr. 13. 1899.)

Dem Beispiele Schreiber's folgend, auch unglückliche Erfahrungen bei der neuen Operation kurzsichtiger Augen aufrichtig mitzutheilen, berichtet Z. ausführlich über einen von ihm operirten Kurzsichtigen, bei dem nach der Discission des Nachstaares ein sehr schweres Glaukom ausbrach, dessen Erscheinungen trotz Schmierkur (der Kr. war nie inficirt) und wiederholter Iridektomie nicht ganz zurückgingen, bis sehr starke Gaben von Jodkalium eine dauernde Besserung bewirkten.

Lamhofer (Leipzig).

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/183

IX. Hygieine und Staatsarzneikunde.

481. **Ueber Soson, ein aus Fleisch hergestelltes Eiweisspräparat**; von R. O. Neumann. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 40. 1899.)

Soson (ein geruchloses Eiweisspräparat) hat einen Stickstoffgehalt von 14.71%, was, falls der Stickstoffgehalt dem Eiweiss entspricht, einen Eiweissgehalt von 92.5% bedeutet, ein abnorm hoher Werth.

N. stellte mit dem Präparate einen Stoffwechselversuch an sich selbst an. An den 9 Versuchstagen wurden 75% der Tageseiweissmenge durch Soson ersetzt. In der Vor- und Nachperiode bestand nahezu Stickstoffgleichgewicht; die Stickstoffwerthe des Harns der Sosonperiode sind die gleichen wie die der Vor- und Nachperiode; das Sosoneiweiss ist also ebenso assimilirbar wie das Fleischeiweiss. Die Stickstoffausscheidung im Koth ist in der Sosonperiode deutlich vermehrt, gegenüber den Werthen der Vor- und Nachperioden; es zeigt also das Sosoneiweiss eine etwas geringere Ausnutzbarkeit als das Fleischeiweiss. Das Präparat kann längere Zeit ohne Widerwillen genommen werden und ist billiger als Fleisch.

W. Straub (Leipzig).

482. **Ueber Tropon**; von Dr. H. Lichtenfeld. (Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 42. 1899.)

Nach zahlreichen Analysen, einem Ausnutzungversuch und dem in der Literatur bekannt Gegebenen stellt L. das Tropon sehr hoch. Es ist ein im Durchschnitte aus 98.89 Nh in der Trockensubstanz bestehender Eiweisskörper, dessen Ausnutzung augenscheinlich gut ist. „Die volkswirthschaftliche Bedeutung aber besteht darin, dass die Verbrauchsmöglichkeit des Eiweisses durch die Schaffung des Tropons überhaupt erhöht worden ist."

Dippe.

483. **Experimentelle Untersuchungen über das Conserviren von Fleisch und Fisch mit Salzen**; von Alfred Pettersson in Upsala. (Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 42. 1899.)

In Fleisch- und Fischpräparaten mit weniger als 15% Kochsalz findet eine starke Wucherung von Mikroorganismen statt. Die meisten im Handel befindlichen Präparate enthalten weniger als 15% Kochsalz und es ist daher anzunehmen, „dass Mikroorganismen bei dem Entstehen des specifischen Geschmackes, Geruches, der Consistenz und Farbe dieser Salzconserven die bestimmende Rolle spielen".

Stäbchen sind empfindlicher als Kokken, sie wachsen schon nicht mehr bei 10—12% Kochsalz. Fisch wird schneller zersetzt als Fleisch und braucht deshalb, um gegen die Fäulniss geschützt zu sein, einen höheren Kochsalzgehalt. Auch bei 15% Kochsalz wuchs in Fisch und Fleisch sehr üppig ein kleiner Sprosspilz, wahrscheinlich die von Wehmer aus Heringslake gezüchtete Salzhefe.

Dippe.

484. **Ueber den Schmutzgehalt der Marktmilch**; von C. Baron. (Arch. f. Kinderhkde. XXVII. 1 u. 2. p. 36. 1899.)

Durch das Centrifugiren der Milch wird ihr Schmutzgehalt nicht ganz beseitigt, noch ungenügender ist ihre bakterielle Reinigung, da die meisten Keime in den Rahm gelangen, sehr viele in der Magermilch bleiben und nur wenige in den Centrifugenschlamm übergehen. Eine bessere Reinigung geschieht durch Filtration, die sich im Grossbetriebe immer mehr einbürgert; am besten haben sich Kiesfilter bewährt, bei denen der Zutritt der Milch von unten her erfolgt. Der Fettgehalt wird durch die Filtration nur um ganz minimale Werthe verringert, etwa um $^1/_3$%. Den meisten Haushaltungen ist filtrirte Milch nicht zugänglich, und es hat daher nicht an Versuchen gefehlt, Familienfilter zu construiren. Für die bakterielle Reinigung sind deren Leistungen nicht ausreichend, sie empfehlen sich aber, weil sie die gröberen Schmutztheile zurückhalten. Bei der behördlichen Ueberwachung des Milchverkehrs ist der Gewinnung, dem Transporte und der Aufbewahrung mehr Beachtung zu schenken als bisher, und die Reinlichkeit der Milch durch die Schmutzprobe zu controliren.

Woltemas (Diepholz).

485. **Keimfreies Trinkwasser mittels Ozon**; von Th. Weyl. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 1. 1899.)

Die Versuche von Ohlmüller, van Ermengem, Tindal und Marmier, das Ozon zur Sterilisirung des Wassers zu benutzen, führten W. dazu, selbst solche Versuche über die keimtödtende Wirkung des Ozons anzustellen. Diese wurden im Laboratorium von *Siemens* und *Halske* mit einer sogenannten kleinen Ozonanlage vorgenommen. Das dazu nöthige Wasser wurde aus dem Tegeler See, der Spree u. s. w. geschöpft und es zeigte sich, dass aktives Ozon (O_1) eine eminent bakterientödtende Kraft besass. (Durch 3—4 mg Ozon wurden alle 3002000 Keime, die in 500 ccm Wasser enthalten waren, vernichtet.) Versuche mit Ozon und Eisen zur Sterilisation von Trink- und Abwässern ergaben, dass diese Combination eine viel energischere Wirkung hatte und der von Eisen und Luft bei weitem überlegen war. Worauf die Wirkung des Eisen-Ozonverfahrens beruht, kann nicht mit Sicherheit angegeben werden. Nach einigen Beobachtungen hat es den Anschein, als wenn Eisen und Ozon sich bei Gegenwart von Wasser unter Bildung von Eisensäure vereinigen, und dass diese Verbindung, beziehentlich die beim Zerfalle der Eisensäure entstehenden Componenten, eine hohe keimtödtende Kraft besitzen.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/184

Durch die Firma *Siemens* und *Halske* wurde auf einem Wassergrundstücke der Firma das erste deutsche Ozonwasserwerk errichtet, das bei 20stündiger Arbeitzeit 80000 Liter ozonisirtes Wasser liefert. W. ist der Meinung, dass die Ozonwasserwerke die Sandfiltration überflügeln werden, da die hygieinischen Gründe sehr zu Gunsten der ersteren sprechen und auch die ökonomische Seite derartigen Einrichtungen günstig ist.

W. schliesst seine Veröffentlichung mit dem Hinweise darauf, dass die Technik der Wassersterilisation mittels Ozon sich bereits auf einer Höhe befindet, die es jeder Stadt, die auf die Versorgung mittels Oberflächenwasser angewiesen ist, zur Pflicht macht, die Ozonmethode zu studiren, bevor sie sich der kostspieligen und stets bedenklichen Sandfiltration zuwendet.

H. Beschorner (Dresden).

486. **Ueber ein einfaches, für den praktischen Arzt bestimmtes Verfahren zur Kleiderdesinfektion mittels Formaldehyds**; von Dr. Alexander v. Rositzky. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 42. 1899.)

v. R. hat in einem fest verschlossenen Schranke (die Thürränder wurden durch Wattecylinder gedichtet) Formaldehydlösung versprüht und nachgewiesen, dass man auf diese Weise ohne zu grosse Umstände und Kosten Kleidungstücke sicher desinficiren kann. Genaueres im Originale. Dippe.

487. **Unter welchen Verhältnissen tritt Kohlenoxyd in die Luft bewohnter Räume ein und durch welche Maassregeln wird diese Gefahr beseitigt?** von W. Sachs. (Deutsche Vjhrschr. f. öffentl. Geshpfl. XXXI. 3. p. 480. 1899.)

Eine gute Zusammenstellung über die in unseren Wohnräumen in Betracht kommenden Quellen von CO und über die Verhütung von Vergiftungen durch dieses. Woltemas (Diepholz).

488. **Kohlenoxydgasvergiftung durch einen Gasbadeofen**; von Schäfer. (Vjhrschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätsw. 3. F. XVIII. 1. p. 123. 1899.)

Sch. theilt verschiedene Beobachtungen über die Gefährlichkeit der Gasbadeöfen mit, unter Anderen traten bei ihm selber sehr bedenkliche Erscheinungen einer durch einen derartigen Ofen verursachten Kohlenoxydvergiftung auf.

Woltemas (Diepholz).

489. **Ueber das „Oedem" der Kehlkopfeingangsfalten in Wasserleichen**; von M. Richter. (Wien. klin. Wchnschr. XII. 25. 1899.)

Bei manchen Wasserleichen findet sich ein Oedem der Kehlkopfeingangsfalten, und es ist mehrfach behauptet, von anderer Seite wieder bestritten worden, dass dieses sich für die Diagnose des Ertränkungtodes verwerthen lässt. Zur Entscheidung der Frage stellte R. Versuche mit Kinderleichen an, die mit dem Kopfe nach abwärts in fliessendes Wasser getaucht wurden. Von 18 derartigen Leichen zeigten 8 nach einer Versuchsdauer von 1—4 Tagen ein deutliches Oedem der Kehlkopfeingangsfalten, das zuweilen so beträchtlich war, dass sich die Wülste in der Mittellinie berührten. Bei anderen Leichen zeigte sich selbst nach 6 Tagen keine Spur einer Quellung. Aehnlich waren die Befunde an ausgeschnittenen Kehlköpfen und an Wasserleichen. Das Oedem der Kehlkopfeingangsfalte ist daher als blosse Leichenerscheinung zu betrachten, und spricht eben so wenig wie die anderweitigen an Wasserleichen beobachteten Quellungerscheinungen für den Ertränkungtod. Weshalb es sich bei manchen Leichen selbst bei tagelangem Aufenthalte im Wasser nicht bildet, bleibt unaufgeklärt. Woltemas (Diepholz).

490. **Ueber die Gesundheitsverhältnisse der Metallschleifer im Kreise Solingen**; von Dr. Moritz u. Dr. Röpke. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXI. 2. p. 231. 1899.)

Die Hauptschädlichkeit für die Schleifer ist der bei der Arbeit in grossen Mengen entstehende Staub, die Sterblichkeit unter ihnen an Lungenkrankheiten ist erheblich, besonders bei den Trockenschleifern. M. und R. berichten über das Ergebniss der Untersuchung von 1250 Schleifern, von diesen hatten als Folge der Staubinhalation 292 Atrophie der Nase, 602 Kehlkopfkatarrhe, 150 Lungenkrankheiten. Von den lungenkranken Schleifern ist etwa $^1/_3$ als tuberkulös zu betrachten. Als hygieinische Maassregeln kommen in Betracht Beseitigung des Staubes, Sauberkeit, Bekämpfung des Alkoholmissbrauches, Regelung der Arbeitzeit und genügend langes Fernbleiben vom Berufe beim Beginne von Lungenkrankheiten.

Woltemas (Diepholz).

491. **Om helso-och skjukvården i Upsala stad 1895—1898**; af Ernst Bolin. (Upsala läkareförens. förhandl. N. F. III. 3. s. 135. 1897; IV. 2 o. 3. s. 179. 1898; IV. 8 o. 9. s. 607. 1899.)

Der Verbrauch an Wasserleitungwasser betrug in den 4 Jahren 1895—1898 708246, 693979, 804299 und 792418 cbm im Laufe des ganzen Jahres, 91.5, 88.6, 97.9 und 94.8 Liter für den Tag und die Person berechnet.

Die Abfuhr der Fäkalien, des Kehrichts und der Hausabfälle wird durch Unternehmer besorgt.

Die Untersuchung im Bureau für Fleischbeschau wurde im Jahre 1895 in 92 Fällen angeordnet, in 2 Fällen wegen Milzbrand, in 18 Fällen wegen Tuberkulose, in 27 Fällen wegen Rothsucht. Von 199 Fällen, in denen im Jahre 1896 Fleischuntersuchungen stattfanden, wurde in 171 Fällen die Waare als unbrauchbar zur Ernährung für Menschen erkannt, in 28 Fällen als geniessbar; als ungeniessbar kassirt wurden die Fleischwaaren in 22 Fällen wegen Tuberkulose, in 11 Fällen wegen Rothsucht, in 1 Falle wegen Milzbrand. Im Jahre

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/185

1897 wurden bei 236 Untersuchungen die Fleischwaaren in 26 Fällen geniessbar, in 200 Fällen ungeniessbar befunden, in 34 Fällen war der Grund Tuberkulose, in 9 Fällen Rothsucht, in 12 Fällen Septikämie. Unter 436 Untersuchungen im Jahre 1898 wurde in 20 Fällen die Waaren geniessbar, in 416 Fällen ungeniessbar befunden, darunter in nicht weniger als 150 Fällen wegen Tuberkulose, in 33 Fällen wegen Septikämie.

Die Untersuchung auf Trichinen fiel im Jahre 1895 bei der Untersuchung von 2267 ganzen, 1991 halben Schweinen und 734 Stücken nur 1mal positiv aus; im Jahre 1896 bei der Untersuchung von 2293 ganzen, 2020 halben Schweinen und 739 Stücken 2mal; im Jahre 1897 fanden sich keine Trichinen in 1896 ganzen, 1925 halben Schweinen, auch im Jahre 1898 fanden sich keine Trichinen, untersucht wurden 1630 ganze und 1925 halbe Schweine.

Die Milchuntersuchungen ergaben im Jahre 1896 und 1898 einen Fettgehalt der nicht abgerahmten Milch, der zwischen 4.5 und 2.7, bez. 4.30 und 2.00% wechselte, bei der mit der Hand abgerahmten zwischen 1.5 und 0.5, bez. 1.00 und 0.20% wechselte, bei der separirten betrug er ungefähr 0.1%.

Die Einwohnerzahl betrug in den 4 Jahren 21153, 21457, 22500, 22890; geboren wurden 490, 474, 497, 485, die Nativität betrug also 23.2, 22.1, 22.1, 21.2‰ der Einwohnerzahl. Es starben 293, 305, 391, 302 = 13.9, 14.2, 17.4, 13.6‰ der Einwohner, davon standen im 1. Lebensjahre 50, 49, 76, 35 oder 17.1, 16.1, 19.4, 11.6% der Gestorbenen, 10.2, 10.5, 15.2, 7.2% der Geborenen. Das Mittel der Sterblichkeit aus den Jahren 1887 bis 1896 betrug 16.7‰.

An *Tuberkulose* im Allgemeinen starben 55.56, 62.58 oder 18.8, 18.4, 15.8, 19.2% aller Gestorbenen, an Lungentuberkulose 39, 45, 51, 45 = 13.3, 14.8, 13.0, 14.9% aller Gestorbenen. An *Pneumonie* und *Pleuritis* starben 39, 26, 56, 36 = 13.3, 8.5, 14.3, 11.9% der Gestorbenen. In den Jahren 1895 und 1896 nahmen auch die Krankheiten der Cirkulationorgane (10.2 und 11.8%) und die entzündlichen Krankheiten des Magendarmkanales (8.5 und 7.5%, überwiegend bei Kindern) eine hervorragende Rolle ein. An Krebs starben in allen 4 Jahren 15 (5.1%), 33 (10.8%), 39 (fast 10%), 29 (9.6%).

Masern kamen von 1895—1898 in den einzelnen Jahren zur Anmeldung 20, 687 (15 †), 157 (1 †), 8 (2 †) Fälle. Die epidemische Häufung der Masernerkrankungen im Jahre 1896 dauerte vom Januar bis Mai und hatte ihren Höhepunkt im März; vom August bis December kam keine Erkrankung an Masern vor; dagegen trat eine neue Epidemie in den letzten 2 Monaten des J. 1897 auf, während in den anderen Monaten dieses Jahres keine Erkrankungen vorgekommen waren, mit Ausnahme des Mai, in dem 4 Fälle gemeldet wurden; die neue Epidemie hatte ihren Höhepunkt im October; im Januar bis März 1898 kamen nur noch vereinzelte Fälle vor.

Scharlachfieber kam nur sporadisch vor, ohne bemerkenswerthe Anhäufung der Fälle: 41 (2 †), 20, 23 (1 †), 40 (2 †) Fälle, ebenso *Abdominaltyphus:* 23 (2 †), 24 (2 †), 20 (3 †), 15 (1 †) Fälle. Von *Cholera nostras* und *Cholera infantum* sind nur im Jahre 1895 2 Fälle erwähnt, beide mit tödtlichem Ausgange.

Parotitis war epidemisch in den ersten 5 Monaten des Jahres 1895 und kam später nur in vereinzelten Fällen vor, angemeldet wurden in den 4 Jahren 250, 5, 15, 20 Fälle. Von *Keuchhusten* wurden angemeldet 2, 27, 320 (20 †), 29 (2 †) Fälle; die Epidemie, die im Jahre 1897 auftrat, bestand hauptsächlich in der ersten Hälfte des Jahres und hatte ihren Höhepunkt im März (75 Erkrankungen mit 3 Todesfällen).

Die *Influenza,* die seit ihrem ersten Auftreten im Jahre 1889 heimisch geworden war, trat im Spätherbst 1894 wieder häufiger auf (im Januar bis April 95, 76, 65, 37 Fälle), nahm dann vom Mai (2 Fälle) rasch ab, im Juni bis September wurden keine Erkrankungen angemeldet, im October bis December traten wieder einzelne Fälle auf, sie nahm dann im März (214 F.) und April (106 F.) 1896 wieder epidemische Form an, dann kamen wieder vereinzelte Fälle vor (im August keiner), im December 1896 begannen die Erkrankungen wieder häufiger zu werden, im Januar 1897 erreichte die Erkrankungfrequenz ihre Höhe und nahm dann langsam ab, vom August bis October wurde kein Fall angemeldet. Im Januar 1898 zeigte die Influenza eine geringere Ausbreitung als in irgend einem der vorhergehenden Jahre seit 1889, eine ganz geringe Steigerung kam nur im März, April und Mai 1898 vor (13, 15, 12 Fälle). Die Zahl der in den einzelnen Jahren von 1895 bis 1898 angemeldeten Fälle betrug: 306 (5 †), 446 (3 †), 188 (2 †), 63 (2 †).

Von *Diphtherie* wurden in den 4 Jahren gemeldet 1, 2, 5 (2 †), 24 (5 †) Fälle. Die Erkrankungen häuften sich in der letzten Hälfte des Jahres 1898. In einem Falle war die Ansteckung mit Wahrscheinlichkeit durch Berührung in der Schule erfolgt.

Von *Puerperalfieber* wurde nur im Jahre 1895 1 Fall gemeldet. *Wechselfieber* wurde gemeldet in 7, 22, 7, 4 Fällen, *Pneumonie* und *Pleuritis* in 145 (39 †), 157 (26 †), 123 (56 †), 119 (36 †) Fällen. *Katarrhe* und *Entzündungen der Luftwege* kamen vor in 1107 (8 †), 1067 (9 †), 1027 (14 †), 906 (4 †) Fällen, von *Entzündungen des Magendarmkanales* wurden 643 (23 †), 683 (15 †), 480 (11 †), 450 (10 †) angemeldet. Die übrigen Krankheiten zeigten in ihrer Frequenz und ihrem Verhalten keine besonderen Abweichungen von den gewöhnlichen Verhältnissen.

Walter Berger (Leipzig).

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/186

B. Originalabhandlungen
und
Uebersichten.

VII. Ueber Pocken und Pockenimpfung.[1])

Von Dr. Woltemas in Diepholz.

I. Pocken.

1) Arnaud, F., La variole hémorrhagique, ses causes, sa nature, ses lésions viscérales. Revue de Méd. XIX. 3. 4. p. 169. 303. 1899.

2) Hervieux, La variole en Indo-Chine. Bull. de l'Acad. 3. S. XLII. 28. p. 61. Juillet 1899.

3) Dingle, Ch. V., A short account of the Middlesbrough small-pox epidemic 1897—1898. Lancet April 23. 1898.

4) Small-pox in Middlesbrough, Kentucky, U. S. A. Lancet April 23. 1898.

5) Hoerschelmann, E., Zur Behandlung der Variola mit Ichthyol. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XV. 32. 1898.

6) Lindsay, W. J., On antistreptococcic serum in the treatment of small-pox. Brit. med. Journ. May 13. 1899.

7) Thomson, R. S., and J. Brownlee, Observations on an infectious disease in Lascars having close relations with variola and varicella. Lancet Oct. 22. 1898.

In der Marseiller Epidemie von 1891—1896 behandelte Arnaud (1) im Hôpital de la Conception 756 pockenkranke Frauen, von denen 63 an der hämorrhagischen Form litten. In der Männerabtheilung wurde letztere in dieser Zeit bei 54 unter 772 Pockenkranken beobachtet, so dass sich ihr häufigeres Auftreten bei Frauen auch hier wieder bestätigt. Die Hälfte der Erkrankten stand im Alter von 20—30 Jahren, das grösste Contingent danach lieferte bei den Männern das Decennium von 30—40 Jahren (Alkoholismus), bei den Frauen das von 40—50 Jahren (Menopause). Die jüngeren Altersklassen erkranken seltener; zieht man aber nur die Ungeimpften in Betracht, so treten die hämorrhagischen Pocken bei Kindern eben so häufig auf wie bei Erwachsenen. Von den 63 Erkrankten genasen nur 7, darunter eine Ungeimpfte.

Unter den prädisponirenden Ursachen fanden sich Alkoholismus bei 2 Frauen, Schwangerschaft oder Puerperium bei 12, ferner waren Menstruation, Menopause und eine Reihe pathologischer Zustände von Einfluss. Die *Impfung* gewährt einen entschiedenen Schutz, wenn sie nicht zu lange Zeit zurückliegt, die scheinbaren Ausnahmen betreffen Personen, die in ihrer Widerstandsfähigkeit geschwächt und besonders für die hämorrhagische Form disponirt sind. Am besten ergiebt sich das, wenn man die Erkrankten nach ihrem Impfzustand in verschiedene Gruppen theilt:

1) *Geimpft* und *wiedergeimpft* waren 3 Frauen. Die eine stand im Alter von 26 Jahren, war 1 Jahr vor ihrer Erkrankung mit Erfolg wiedergeimpft, litt aber seit $2^1/_2$ Jahren an einem Mitralfehler, der schon mehrfach Compensationstörungen hervorgerufen hatte, bei der Obduktion fand sich ferner Tuberkulose beider Lungenspitzen. Die zweite, 29jähr. Kranke war mit 8 Jahren wiedergeimpft und befand sich im 7. Monate der Schwangerschaft, nach Ausstossung eines todten Kindes erfolgte der Tod der Mutter. Die dritte Kranke befand sich wegen einer alten Paraplegie im Krankenhause und bekam hier Variola. Sie war 42 Jahre alt und der Impfschutz daher sehr abgeschwächt.

2) *Vor weniger als 20 Jahren geimpft* waren 2 Frauen, die beide starben; die eine litt an Alkoholismus und starker Albuminurie, bei der anderen ergab die Obduktion alte Nephritis, fibröse chronische Splenitis, Fettherz, beginnende Lebercirrhose.

3) *Vor mehr als 20 Jahren geimpft* waren 24 Frauen, von diesen waren nur 3 ohne physiologische oder pathologische Belastung; Schwangerschaft bestand in 5, Menstruation oder Menopause in 6 Fällen, verschiedene pathologische Zustände (Herzfehler, Nephritis, Malaria, Syphilis, Alkoholismus, Lungentuberkulose) lagen bei 20 Kranken vor.

4) *Zweifelhafter Impfzustand* war 7mal vorhanden, dabei bestanden 6mal prädisponirende Momente (2mal Schwangerschaft, 1mal Menstruation, 1mal Malaria, 2mal Lungentuberkulose).

5) *Ungeimpft* waren 27 Frauen, unter ihnen lagen 3mal Schwangerschaft vor, 1mal Schwangerschaft mit Herzfehler, 2mal Menstruation oder Menopause, 7mal verschiedene pathologische Zustände (Nephritis, Syphilis, Pleuritis, kurz vorhergegangene Masern, beginnende Tuberkulose). Die übrigen 14 Frauen waren ohne physiologische oder pathologische Belastung und wären durch eine Impfung wahrscheinlich vor dieser schweren Pockenform bewahrt geblieben.

[1]) Vgl. Jahrbb. CCLX. p. 186.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/187

Auf die *klinischen* Erscheinungen geht A. nicht ein, er hebt nur als ein besonders früh auftretendes prognostisch wichtiges Zeichen eine Schwellung und bläuliche Verfärbung des oberen Augenlides, besonders an seinem freien Rande, hervor. Ob die hämorrhagische Form durch erhöhte Virulenz des Pockenerregers oder durch Mischinfektion entsteht, lässt sich nicht entscheiden; von besonderer Wichtigkeit ist die Disposition des Kranken. Specifische Organveränderungen werden nicht hervorgerufen; es finden sich nur solche, die auch bei der gewöhnlichen Form der Pocken beobachtet werden.

In dem französischen *Indo-China* richten nach einem von Hervieux (2) mitgetheilten Berichte des Dr. Simond, Vorsteher des Pasteur'schen Instituts in Saïgon, die Pocken fortgesetzt grosse Verheerungen an und die Impfung macht nur langsam Fortschritte.

In der englischen Stadt *Middlesbrough* wurde der erste Pockenfall am 22. November 1897 angezeigt, die Ansteckung war wahrscheinlich durch den Schiffsverkehr mit Bilbao vermittelt. Anfangs schlossen sich nur wenig Erkrankungen an und Ende December glaubte man schon der Seuche Herr geworden zu sein. Am 31. December starb ein Irländer, dessen Krankheit nicht zur Kenntniss gekommen war, an Pocken; an der Leichenwache hatten Dutzende von Personen theilgenommen und von dieser Quelle aus erfolgte rasch eine grössere Ausbreitung. Am 6. Februar 1898 wurden 37 Fälle gemeldet, am 8. Februar 75, im Ganzen bis zum 31. März 1200, von denen 166 tödtlich endeten. Middlesbrough ist eine Stadt mit gutem Impfwesen; nach Dingle's (3) Berechnung befanden sich unter den etwa 90000 Einwohnern beim Beginne der Epidemie nur 1682 Ungeimpfte, dagegen war die Wiederimpfung sehr vernachlässigt worden, nur etwa der fünfte Theil der Einwohner war zu irgend einer Zeit seines Lebens wiedergeimpft worden, so dass der Impfschutz der Bevölkerung nicht ausreichte, die Ausbreitung der Epidemie zu verhindern.

Es waren anfangs 14 Betten für Pockenkranke vorhanden, die Gesundheitbehörde verfügte sofort den Bau einer Baracke und liess einstweilen 4 Krankenzelte aufstellen, nun weigerten sich aber die beim Bau der Baracke, in deren Nähe die Zelte standen, beschäftigten Arbeiter weiter zu arbeiten, so dass man von der Benutzung der Zelte absehen musste. Bis zum 6. Februar hatte man alle Erkrankten isoliren können, dann wurde das unmöglich und man musste einen Theil in den Wohnungen lassen. Der Barackenbau schritt so schnell fort, dass vom 3. März ab wieder alle Kranken isolirt werden konnten, zuletzt waren 822 Betten verfügbar, die grösste Belegungziffer war 573. Die Kranken befanden sich in 22 Baracken, während das ursprüngliche Pockenspital nur für Verwaltungzwecke benutzt wurde, ferner waren eine Desinfektionanstalt, ein Wohnhaus für 2 Aerzte und den Geistlichen, Gebäude für Küchen, Wäschereien u. s. w. errichtet worden. Die Häuser, in denen Erkrankungen vorgekommen waren, wurden desinficirt und es wurden unentgeltliche Impfungen in zwei öffentlichen Stationen und in den Häusern vorgenommen.

Das Verhältniss der Mortalität zum Impfzustand der Erkrankten geht aus folgender Tabelle hervor:

Alter	geimpft	davon gestorben	ungeimpft	davon gestorben
unter 5 J.	9	1	20	10
5—10 „	32	—	33	14
10—15 „	99	2	18	3
15—25 „	384	19	25	13
25—60 „	501	64	73	38
über 60 „	3	1	3	1
	1028	87	172	79

Von dem ungeimpften Theil der Bevölkerung erkrankten also 20.2%, von dem geimpften 1.1%, und die Sterblichkeit betrug bei den Ungeimpften 45.93%, bei den Geimpften 8.46%. Von den 56 wiedergeimpften Erkrankten starb nur ein 26jähr., vor 13 Jahren wiedergeimpfter Mann.

Die Epidemie in *Middlesbrough* in Kentucky (4) hat Interesse wegen der unglaublichen Zustände, die sie im Gefolge hatte. Middlesbrough ist eine tief verschuldete Stadt von 4200 Einwohnern, als die Epidemie ausbrach waren nicht die geringsten Mittel zu ihrer Bekämpfung vorhanden, nicht einmal zur Bezahlung von Aerzten und Krankenwärtern. Die Gesundheitbehörde von Kentucky verhängte eine Quarantäne über die Stadt, die zu ihr führenden Strassen wurden Tag und Nacht bewacht und keiner durfte hinein oder heraus, ausserdem wurden Zwangsimpfungen angeordnet. Die Grafschaft, zu der die Stadt gehört, ist ebenfalls verschuldet und weigerte sich Mittel zu bewilligen, so dass die Gesundheitbehörde zu der Drohung schreiten musste, die ganze Grafschaft unter Quarantäne zu stellen. Zahlreiche Ortschaften der Umgebung schützten sich durch „Flintenschuss-Quarantäne" und liessen keine Fremden ein.

Hoerschelmann (5) sah in einem Pockenfalle gute Erfolge von Pinselungen mit 20proc. Ichthyolcollodium. Er citirt eine russische Arbeit von Kolbassenko, der eine Reihe von Pockenkranken vom Beginn der Eruption bis zur Abstossung der Borken 3mal täglich mit Einpinselungen des ganzen Körpers oder der ergriffenen Stellen, je nach der Stärke des Exanthems, mit Ichthyolsalben behandelte. Die Einpinselungen wurden stets gut vertragen, auch von Kindern, und bewirkten eine Begrenzung der Eiterung, sowie die Beschleunigung der Eintrocknung und Abstossung der Borken. Es kommt theils die Fernhaltung der chemischen Lichtstrahlen durch die Schwarzfärbung der Haut, theils die specifische Wirkung des Ichthyols zur Geltung.

Lindsay (6) lobt die Anwendung von Antistreptokokkenserum in schweren Pockenfällen.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/188

Beim Beginne des pustulösen Stadium wurden 10 ccm unter die Bauchhaut injicirt und dies wurde in Zwischenzeiten von 24 Stunden bis zu 3mal wiederholt.

Eine eigenthümliche Epidemie (7) wurde unter dem indischen Theil der Besatzung eines Dampfschiffes, das von Calcutta nach Glasgow gekommen war, beobachtet. Der erste Fall war schon während der Reise vorgekommen, nach Ankunft des Schiffes in Glasgow erfolgten in Gruppen weitere Erkrankungen, die einzelnen Gruppen waren durch Zwischenzeiten von 10—15 Tagen getrennt, die der Incubationperiode entsprachen. Im Ganzen erkrankten 16 von den 69 an Bord befindlichen Indiern, während weder unter der europäischen Besatzung, noch unter den Hafenarbeitern, die auf dem Schiffe beschäftigt waren und mit den Indiern in engsten Connex kamen, ein Fall der Krankheit vorkam.

Die auffallendste Erscheinung war ein Exanthem, das vorwiegend aus Papeln bestand. Es trat schon am ersten Krankheittage auf, zuerst im Gesicht und auf dem Rumpf und erreichte hier am zweiten Tage seinen Höhepunkt. Am reichlichsten war es auf dem Rücken entwickelt, spärlicher an den Gliedern, besonders den Beinen, wo es auch später auftrat, die Hohlhände und Fusssohlen blieben stets verschont. Auch auf dem Gaumen und den Rachenwänden waren Eruptionen vorhanden. Die Papeln waren ziemlich gross, hart, anfangs von derselben Farbe wie die umgebende Haut, später dunkelroth. Die meisten Papeln, bei 2 Patienten sämmtliche, hatten keine Tendenz zur Bläschenbildung, sondern verschwanden allmählich, eine Reihe von anderen Papeln ging aber in Bläschen über. In einigen Fällen zeigten sich schon am ersten Krankheittage einige Bläschen, bei denen ein papulöses Vorstadium nicht beobachtet worden war, die meisten Bläschen entwickelten sich aus den Papeln, um die sich vorher eine rothe Areola bildete, die dann bis zur Abtrocknung der Bläschen bestehen blieb. Ihre höchste Entwickelung erreichten die Bläschen nach 28—48 Stunden, die Dauer des Bläschenstadium betrug 36—72 Stunden. Der Inhalt war anfangs klar, später trübe, zur Pustelbildung kam es niemals. Allmählich trockneten die Bläschen ein, nach dem Abfall der Borken hinterblieben etwas vertiefte Narben. Die Krankheit begann mit fieberhaften Allgemeinerscheinungen, zuweilen mit sehr heftigen Kopf- und Rückenschmerzen, das Fieber verlief remittirend mit Temperaturen von 38—40°, hielt 3—6 Tage an und löste sich allmählich. Alle Fälle gingen in Genesung über.

Anfangs wurde die Krankheit als pockenverdächtig behandelt, jedoch sprach ausser dem Krankheitverlauf und dem Charakter des Exanthems noch der Umstand gegen Pocken, dass die Kranken theils Pocken gehabt hatten, theils vor Kurzem geimpft waren, theils während ihrer Reconvalescenz mit Erfolg geimpft wurden. Auch um Varicella konnte es sich nicht handeln, wahrscheinlich lag eine specifische Infektionkrankheit vor, wie sie ähnlich 1866 auf Jamaika beobachtet wurde.

[Hansen, Sören, Köbenhavns kommunale Vaccination 1874—1896. Ugeskr. f. Läger 5. R. VI. 30. 1899.

Im Jahre 1872 wurde nach Sören Hansen Kopenhagen von einer der schlimmsten Pockenepidemien seit der Einführung der Impfung heimgesucht, 2762 Fälle (mehr als 14‰ der damaligen Bevölkerung) wurden angemeldet mit 219 Todesfällen. Nachdem sich bis 1874 eine Abnahme gezeigt hatte, steigerten sich die Pockenfälle im Jahre 1875 wieder bis zu 1672 mit 190 Todesfällen; 387 Erkrankungsfälle fielen in die letzten 16 Wochen des Jahres; die Zahl der Erkrankungen stieg noch bis zum März 1876, zu welcher Zeit in einer einzigen Woche 86 Fälle angemeldet wurden, dann erfolgte eine bedeutende Abnahme, doch immer mit einzelnen Exacerbationen, in den Jahren 1886, 1887, 1888, 1889, 1892, 1895 und 1898 kamen keine Pockenfälle vor.

Backman, Herman, Om Variola vera och de kemiska strålorna. Finska läkaresällsk. handl. XL. 5. s. 486. 1898.

Im Epidemiekrankenhause zu Viborg wandte Backman im Jahre 1894 in 62 Fällen von Pocken der schwersten Art die von Finsen zuerst empfohlene Behandlung im rothen Lichte mit Ausschluss der chemischen (violetten) Strahlen an. Von diesen 62 Kranken starben 7 (3 Erwachsene an Pneumonie und 4 Kinder, von denen eins 1½, eins 1 Jahr alt war, 2 waren 8 Monate alt), in den übrigen Fällen war der Erfolg der Behandlung sehr gut, das Suppurationstadium verlief schnell und leicht, Narben blieben nicht zurück. Die mittlere Behandlungsdauer betrug 19.5 Tage.

Abel, S., Dr. *Finsen's* behandling af smittkoppor medels uteslutande af ljusets kemiska strålor. Eira XXII. 2. s. 46. 1898.

Im Epidemiekrankenhause zu Bergen ist Finsen's Methode seit 1893 ununterbrochen in Anwendung gekommen und 23 Pockenkranke sind seitdem auf diese Weise behandelt worden; 15 von diesen Fällen betrafen leichtere Formen und in ihnen wurde die Behandlung nicht ganz so streng durchgeführt, wie in den 8 schweren Fällen. Suppuration und sekundäres Fieber blieben in allen Fällen aus bis auf einen, in dem bei einem sehr spät Aufgenommenen am 10. Tage starke Temperaturerhöhung auftrat, die jedenfalls als Resorptionfieber zu betrachten war und nur 3 Tage dauerte. Die Ergebnisse der Behandlung waren vorzüglich, nur die Narbenbildung wurde nicht ganz verhindert, freilich waren die Pat. immer sehr spät zur Aufnahme gekommen.

Walter Berger (Leipzig).]

II. Kuhpocken.

8) Manke, Varioloiden nach Infektion mit originären Kuhpocken. Ztschr. f. Med.-Beamte XI. 24. p. 773. 1898.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/189

Die von Manke (8) beobachtete Uebertragung von Kuhpocken zeichnete sich dadurch aus, dass sie nicht nur eine örtliche Reaktion, sondern einen ausgebreiteten Ausschlag zur Folge hatte.

Sie betraf 2 Mädchen von 14 und 20 Jahren, beide geimpft und im 12. Jahre mit Erfolg wiedergeimpft, die sich beim Melken an ihren aufgesprungenen Händen inficirt hatten. Bei den Kühen waren die streng auf den Euter beschränkten Pocken, für die eine Quelle nicht auszumitteln war, am 15. Oct. bemerkt worden, am 21. Oct. standen sie auf ihrem Höhepunkte. Am 24. Oct. zeigten sich bei dem älteren Mädchen an den Händen die ersten Pocken, in den nächsten Tagen traten Nachschübe auf beiden Vorderarmen auf. Am 5. Nov. bildete sich unter fieberhaften Allgemeinerscheinungen ein neuer Nachschub im Gesichte und an den Oberarmen, auf der Conjunctiva palpebrarum und auf den Lippen bestanden vereinzelte kleine Eruptionen, die Mundschleimhaut war stark geröthet. Bei dem jüngeren Mädchen traten die ersten Pockenbläschen an den Händen Ende October auf, sie zeigten grosse Neigung zum Confluiren. Am 11. Nov. entwickelte sich im Gesichte, am Halse und am Nacken unter leichtem Fieber ein masernartiges Exanthem, auf dem sehr dicht stehende kleine Bläschen aufschossen, gleichzeitig zeigten sich neue Pusteln in der Hohlhand und an den Ohren. Die Abheilung im Gesichte zog sich bis in den December hinein. Narben blieben nicht zurück.

Die Bezeichnung „Varioloiden“ scheint dem *Ref.* recht unglücklich gewählt zu sein, sie muss für die milde Form der Variola reservirt bleiben. Sehr zu bedauern ist, dass mit dem Inhalte der Blasen keine Impfversuche angestellt wurden.

III. Varicella.

9) Sykes, W., On the incubatory period in varicella or chicken-pox. Brit. med. Journ. Jan. 14. 1899.

10) Desoil, P., Varicelle et irritation. Echo méd. du Nord III. 17. p. 193. 1899.

In einer Varicellen-Epidemie konnte Sykes (9) die Incubationdauer bei einer Reihe von Kindern mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit bestimmen; von der Ansteckung bis zum Ausbruche des Exanthems verliefen 1mal 6 Tage, 1mal 7 Tage, 1mal 11 oder 12, 6mal 14 oder 15, 1mal 15 oder 16, 2mal 19 Tage.

Desoil (10) bringt einige Belege für den ungünstigen Einfluss, den Hautreize auf den Verlauf der Varicellen haben.

Ein 3jähr. Kind wurde im Prodromalstadium von seinen Eltern auf dem Rücken mit Jodtinktur gepinselt, das Exanthem trat hier besonders früh auf, die Bläschen wurden pustulös und es kam zu einer langwierigen Eiterung, die das Kind sehr herunterbrachte. Bei einem anderen Kinde hatte ein im Prodromalstadium gegebenes Senfbad eine besonders reichliche Eruption mit Pustelbildung zur Folge.

D. führt noch einige ähnliche Beobachtungen an.

IV. Impfberichte und Organisation der Impfung.

11) Voigt, L., Bericht über die im Jahre 1898 erschienenen Schriften über die Schutzpockenimpfung. Arch. f. Kinderhkde. XXVII. 1 u. 2. p. 107. 1899.

12) Stumpf, C., Ergebnisse der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern im Jahre 1897. (Münchn. med. Wchnschr. XLV. 51. 52. 1898.

13) The vaccination bill. Brit. med. Journ. July 30. 1898.

14) Bond, F. T., Vaccination with special reference to prospective legislation. Lancet Aug. 20. 1898.

15) The number of conscientious objectors. Brit. med. Journ. Jan. 14. 1899.

16) Abel, R., Ueber den Stand der Schutzpockenimpfung in England. Deutsche Vjhrschr. f. öff. Geshpfl. XXXI. 3. p. 507. 1899.

17) Vital and vaccination statistics in Scotland. Lancet April 23. 1898.

18) Hervieux, Rapport sur les instituteurs et institutrices qui ont contribué le plus activement à la propagation de la vaccine. Bull. de l'Acad. de Méd. 3. S. XL. 28. p. 9. 1898.

19) Hervieux, Derselbe Bericht für das Folgejahr. Bull. de l'Acad. de Méd. 3. S. XLI. 19. p. 485. 1899.

20) Saint-Paul, G., Quelques réflexions sur la vaccination et sur la prophylaxie en Tunisie à propos d'une épidémie de variole au pays de Gafsa (1897). Ann. d'Hyg. publ. etc. 3. S. XLI. 1. p. 40. Janv. 1899.

In *Bayern* (12) wurde im Jahre 1897 die Erstimpfung an 150942 impfpflichtigen Kindern vollzogen, die Zahl der Fehlerfolge betrug 3075 = 2%, die Zahl der während des Geschäftsjahres geborenen und mit Erfolg geimpften Kinder 12268. Ungeimpft blieben 13858, darunter 1050 wegen vorschriftswidriger Entziehung. Wiedergeimpft wurden 122919 Kinder, davon 2292 = 1.9% ohne Erfolg, vorschriftswidrig der Wiederimpfung entzogen wurden 238. Bei den Heeresimpfungen wurde ein Gesammterfolg von 93% erzielt. Die vereinzelten Fälle von Impfexanthemen, reaktiven Entzündungen und Erysipel liefen alle günstig ab, ohne dass es zu bleibenden Nachtheilen kam.

Die Münchener Impfanstalt hatte bisher fast ausschliesslich mit Retrovaccine gearbeitet, kleinere Versuche, rein animale Lymphe zu erzielen, waren in den Vorjahren stets fehlgeschlagen. Im Berichtsjahre wurde ein solcher Versuch im grösseren Maassstabe angestellt, indem von den 90 benutzten Impfkälbern 62 mit reiner Thierlymphe geimpft wurden, die theils in der eigenen Anstalt gewonnen, theils aus den Anstalten in Karlsruhe und Genf bezogen war. Ausserdem wurden 3 Thiere mit Variolastoff geimpft, mit gänzlich negativem Resultate. Die Impfung mit der animalen Lymphe schlug bei allen Thieren an, nicht selten wurden sogar quantitativ bedeutende Erfolge erzielt, die Qualität der gewonnenen Lymphe war aber unbefriedigend. Bei nicht weniger als 22 Thieren war sie so schlecht, dass sie gar nicht zur Verwendung kommen konnte, weil sie theils gänzlich versagte, theils schlechte Pusteln zu Stande brachte. Aber auch die bei den übrigen Kälbern erzielte Lymphe stand in ihrer Wirksamkeit der sonst gewonnenen nach, dementsprechend war denn auch die Zahl der Fehlerfolge bei den Impfungen bedeutend grösser als in den Vorjahren und auch die nicht selten beobachtete verspätete Entwickelung der Impfpusteln hängt wohl mit der geringen Virulenz der Lymphe zusammen. Eine Besserung der Impferfolge trat erst ein, nachdem

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/190

man wieder zur Züchtung von Retrovaccine übergegangen war.

Am 1. Januar 1899 ist die Novelle zum *englischen Impfgesetze* in Kraft getreten (11. 13—16). Ihre wichtigsten Bestimmungen sind: 1) Die Impfung soll innerhalb der ersten 6 Lebensmonate des Kindes vollzogen werden, während die Frist bisher 3 Monate betrug. 2) Auf Verlangen der Eltern oder Vormünder soll der Impfarzt die Impfung im Hause des Impflings vornehmen. 3) Wenn das Kind innerhalb der ersten 4 Lebensmonate nicht geimpft ist, soll der Impfarzt nach vorheriger Benachrichtigung die Familie aufsuchen und die Impfung mit animaler Lymphe anbieten. 4) Wenn der Impfarzt die sanitären Verhältnisse im Hause des Impflings für bedenklich hält, soll er die Impfung aufschieben und die Gesundheitbehörde von dem Aufschube benachrichtigen. 5) Wenn der Vater oder Vormund eines impfpflichtigen Kindes innerhalb der ersten 4 Lebensmonate desselben zwei Richter oder Polizeibeamte davon überzeugt, dass er nach seinem Gewissen glaubt, die Impfung würde nachtheilig für die Gesundheit des Impflings sein und die darüber ausgestellte Bescheinigung innerhalb 7 Tagen dem Impfbeamten einreicht, so kann er wegen Unterlassung der Impfung nicht bestraft werden. 6) Die Wiederholung eines Strafverfahrens wegen vorschriftwidriger Impfentziehung kann erst stattfinden, wenn das impfpflichtige Kind 4 Jahre alt geworden ist. 7) Zu Gefängnissstrafen verurtheilte Personen sollen als „Häftlinge erster Klasse“ behandelt werden. 8) In Schottland und Irland hat die Novelle keine Gültigkeit, in England und Wales ist sie bis zum 1. Jan. 1904 gesetzkräftig.

Bei der Beurtheilung der Novelle muss man beachten, dass sie keine endgültige Regelung des Impfwesens bringen soll und dass die Bestimmungen der Impfgesetze von 1867, 1871 und 1874 in Kraft bleiben, soweit sie nicht durch die Novelle geändert sind. Der Zweck der Novelle ist, die Impfung bequemer zu machen, die Klasse der Impfmärtyrer aus der Welt zu schaffen und überzeugten Impfgegnern die Möglichkeit zu gewähren, ihre Kinder durch die „Gewissensclausel“ der Impfung zu entziehen, damit soll der Agitation der in England so einflussreichen Impfgegner die Spitze abgebrochen und die Impfung im grossen Publicum beliebter gemacht werden. Wie weit dieser Zweck erreicht werden wird, kann erst die Praxis lehren. Für unsere Anschauungen hat es etwas Befremdendes, die Gültigkeit der Bestimmungen von vorn herein auf 5 Jahre zu beschränken, es ist das aber gar nicht unzweckmässig, da sich in dieser Zeit herausstellen wird, in wie weit sie verbesserungsbedürftig sind. Die Gewissensclausel war im Gegensatze zu den übrigen Theilen der Novelle bereits mit der Annahme des Gesetzentwurfes im August 1898 in Kraft getreten, bis zum Jahresschlusse sind nicht weniger als 275000 durch sie begründete Impfdispense ertheilt worden! Einen Schluss auf die künftige Wirkung der Clausel kann man aus dieser überraschend hohen Zahl nicht ziehen, weil der Dispens in dieser Zeit nicht nur für Kinder in den ersten 4 Lebensmonaten, sondern für ungeimpfte Kinder jeden Alters gegeben werden konnte und es daher an vielen Orten zu einem wahren Ansturme von Impfrestanten kam.

Viel unglücklicher als in ihren Bestimmungen ist die Novelle in ihren Unterlassungen; bei der grossen Erleichterung der Impfung für das Publicum und bei der gegebenen Möglichkeit, dass Jeder sich der Impfung entziehen kann, wäre es doppelt nöthig gewesen, die erheblichen Mängel des englischen Impfwesens zu beseitigen, darin ist aber nichts geschehen. Die ausführenden Organe bleiben nach wie vor die häufig impfgegnerischen Armenräthe, obgleich der Bericht der Impfcommission (vgl. Jahrbb. CCLVI. p. 167) die Uebertragung ihrer Befugnisse auf andere Behörden für nothwendig erklärt hatte. Ferner fehlt eine Controle über die vorschriftsmässige Ausführung der Impfungen, die von Privatärzten vorgenommen werden. Der grösste Mangel ist die Unterlassung der Einführung einer Wiederimpfung. Eine Verbesserung der traurigen englischen Impfzustände darf man sich demnach von der Novelle nicht versprechen.

Günstiger als in England sind die Verhältnisse in *Schottland,* wie die Statistik für 1896 zeigt (17). Nur 3.9% der impfpflichtigen Kinder blieben der Impfung entzogen, in dieser Zahl sind auch diejenigen einbegriffen, die vor der Impfung verzogen, so dass die eigentlichen Impfgegner keine erhebliche Rolle zu spielen scheinen.

Die Zahl der Lehrer und Lehrerinnen, die sich um die Ausbreitung der Impfung in *Frankreich* verdient machen, nimmt langsam zu. Hervieux (18. 19) findet nichts darin, dass viele Lehrer selbst impfen; ein weit gefährlicherer Eingriff, der Aderlass, sei Jahrhunderte lang von Nichtärzten ausgeführt worden.

Die Mittheilungen Saint-Paul's (20) aus einer Impfcampagne in dem tunesischen Distrikt *Gafsa* haben vorwiegend ein lokales Interesse. Er empfiehlt, intelligente Eingeborene im Impfverfahren zu unterrichten und befürwortet die Niederlassung von Aerztinnen, die bei der mohammedanischen Bevölkerung leichter zur Impfung von Frauen und Kindern kommen. Die Zwangsimpfung hält er in Tunis für durchführbar und bei den Verheerungen der Pocken für nothwendig.

[Hansen, Sören, Köbenhavns kommunale Vaccination 1874—1898. Ugeskr. f. Läger 5. R. VI. 30. 1899.

Bei einer grossen Pockenepidemie im J. 1892 in Kopenhagen war das königliche Vaccinationinstitut nicht im Stande, den ausserordentlich vermehrten Anforderungen zu entsprechen; es wurden deshalb auf Veranlassung der Gesundheitcommission mehrere interimistische Vaccination-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/191

anstalten errichtet, die den Ausgangspunkt für das communale Institut bildeten. Die Lymphe, die nicht von den im Institute geimpften Kindern entnommen wurde, wurde theils vom königlichen Vaccinationinstitute requirirt, theils aus England verschrieben, bis man anfing, animale Vaccine zu verwenden, was im J. 1886 versuchsweise und später immer häufiger geschah, bis fast ausschliesslich die animale Vaccination angewendet wurde.

Bondesen, J., Aarsberetning fra den kgl. Vaccinationsanstalt for Aaret 1897. Ugeskr. f. Läger 5. R. V. 12. 1898.

For Aaret 1898. Ibid. VI. 19. 20. 1899.

Von 51 zur Lymphgewinnung benutzten Kälbern mussten 5 (wegen Krankheit oder abortiven Ausschlags) ausgeschlossen werden; von den übrigen 46 wurden 376.77 g Rohstoff (8.19 g von einem Kalbe) gewonnen, die 119365 Portionen Vaccine (2595 von einem Kalbe) lieferten. Versendet wurden 81610 Portionen. Von 39761 öffentlichen Vaccinationen, von denen das Resultat bekannt wurde, war es positiv in 38747 (97.45%); 16 Distriktsärzte hatten 100% Erfolg gemeldet (6296 Vaccinationen). Von Privatärzten, die Lymphe vom Institute bezogen hatten, wurden die Resultate in 1536 Vaccinationen bekannt, bei 1502 Vaccinationen (98%) waren sie positiv.

In der Anstalt selbst wurden 3335 Kinder geimpft (davon 3285 mit animaler Lymphe) und 135 Personen revaccinirt. Von 45 mit animaler Lymphe geimpften Kindern wurde das Ergebniss nicht bekannt, von den übrigen 3240 Kindern war bei 3213 (99.14%) der Erfolg positiv. Von im Ganzen 19440 Impfschnitten wurden auf 18230 (93.78%) Pusteln erzielt.

Von Impfschädigungen ist nur ein Fall ernsterer Art bekannt geworden, in dem in Folge von Aufkratzen der Pusteln sich Infektion mit Streptokokken mit mehrfachen Eiterungen eingestellt hatte. In 7 Fällen kam es, meist durch Kratzen, zu Ulceration und Nekrose der Pusteln.

Von Complikationen kamen in einzelnen Fällen Hautaffektionen in gelinder Art vor, in 2 Fällen generalisirte Vaccine.

Im J. 1898 wurden von 36 Kälbern 5 ausgeschieden. Von den übrigen 41 Kälbern wurden 421.90 g Rohstoff geerntet, woraus 120015 Portionen Lymphe gewonnen wurden (im Durchschnitte von einem Kalbe 10.20 g Rohstoff, 2927 Portionen Lymphe, die stärkste Ernte von einem Kalbe waren 8000, die schwächste 655 Portionen). Versendet wurden 86696 Portionen. Von 39515 öffentlichen Vaccinationen war das Resultat positiv in 38941 Fällen (98.55%); 28 Distriktsärzte hatten in 100% erfolgreich geimpft. Von 1447 von Privatärzten ausgeführten Vaccinationen hatten 1420 (98.14%) positiven Erfolg.

In der Anstalt selbst wurden 3679 Kinder vaccinirt, 132 Individuen revaccinirt. Von 3595 Vaccinationen waren 3584 (99.69%) erfolgreich; an 95.13% der Impfschnitte entstanden Pusteln. Stärkere Reaktionen kamen unter den in der Anstalt Geimpften nur bei 8 vor, Complikationen in Form von Exanthemen wurden selten beobachtet.

Malm, O., Beretning om det animale vakcineinstituts virksomhet i 1897. Tidsskr. f. d. norske lägeforen. XVIII. 17. s. 474. 1898.

I 1898. Das. XIX. 11. s. 294. 1899.

Von 26 Kälbern, die im J. 1897 zur Lymphgewinnung benutzt wurden, mussten 2 wegen Diarrhöe und dadurch bedingten abortiven Anschlagens ausgeschieden werden; von den übrigen 24 Kälbern wurden zusammen 172 g Vaccinelymphe (7.166 g im Durchschnitte von einem Kalbe) gewonnen, die grösste von einem Kalbe gewonnene Menge betrug 13 g, die geringste 3 g. Von Lymphe wurden 11629 Röhrchen versendet. Von 40181 Vaccinationen (darunter 1963 Revaccinationen) wurden die Resultate bekannt; die Vaccination schlug an bei 98.2% Vaccinirten, bei 86.6% Revaccinirten. Die Resultate haben sich entschieden gebessert. Mit 2 Monate alter Vaccinelymphe von einem Kalbe wurden auf 636 Impfschnitten 604 Pusteln erzielt. Mit Lymphe von einem anderen Kalbe wurden auf 459 Schnitten 458 Pusteln erzielt, mit Lymphe von einem 3. Kalbe wurden auf 338 Schnitten eben so viele Pusteln erzielt.

Im J. 1898 wurden von 47 Kälbern 5 ausgeschieden; von den 42 übrig gebliebenen wurden 254.74 g Lymphe gewonnen, also im Durchschnitte 6.213 g von einem Kalbe; die grösste von einem Kalbe gewonnene Menge betrug 15 g, die geringste 2 g. Versendet wurden 16422 Röhrchen. Von 52898 Impfungen und 8946 Wiederimpfungen wurden die Resultate bekannt; bei den Vaccinationen war der Erfolg in 93.8% positiv, bei den Revaccinationen in 60.3%; von 4620 Revaccinationen beim Militär (3202 beim Landheere, 1418 bei der Flotte) waren 55.8% erfolgreich. Die grösste Zahl der von einem Kalbe aus gemachten Vaccinationen betrug 3210. Die von 3 Kälbern im J. 1897 entnommene Vaccinelymphe war noch nach 10, 11 und 13 Monaten wirksam.

Idsinger, J., Mededeelingen omtrent koepokinenting in Nederland gedurende de laatste vijftig jaren. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Suppl. blz. 135. 1899.

Ende des Jahres 1800 wurden zu Rotterdam die ersten Pockenimpfungen durch Dr. Davids vorgenommen, die aber missglückten und erst Erfolg hatten, als gute Vaccinelymphe aus Boulogne bezogen worden war. Die von Arm zu Arm ausgeführten Impfungen geschahen mit Lymphe, die zwischen Gläschen und Elfenbeinplatten aufbewahrt wurde. Die Wirksamkeit der Lymphe verminderte sich indessen, zum Theil auch durch das Fortpflanzen auf Menschen. Als Negri in Neapel die animale Impfung begonnen hatte, nahmen bald die Gesellschaften, die sich in Holland zur Verbreitung der Impfung und zur Beschaffung guter Lymphe gebildet hatten, sich der Sache an und im Jahre 1865 wurden die ersten Versuche mit aus Neapel bezogenem Vaccinestoffe ausgeführt, doch erst im Jahre 1887 wurde in Rotterdam zur ausschliesslichen Verwendung von animaler Vaccine übergegangen, die allmählich immer mehr Ausbreitung gewann.

Grijns, G., Zevende jaarsverslag van het Parc vaccinogene en Instituut Pasteur over 1897. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXVIII. 2. blz. 133. 1898.

Zur Gewinnung der Lymphe wurden im Jahre 1897 223 Kälber verwendet; 9369 Gläschen Lymphe wurden versendet, von 4905 wurden die Resultate bekannt, diese waren gut bei 3126 (63.7%). Im Institute wurden 3731 Personen geimpft, von diesen waren 1249 Europäer, 1143 Eingeborene, 1339 Militärpersonen. Von 266 Impfungen an Europäern, von denen der Erfolg bekannt wurde, schlug die Impfung 256mal (96.2%) an, bei 10 (Kindern) nicht; von diesen 10 hatten 2 früher Variola durchgemacht, bei einem Kinde wurde die Impfung 3mal wiederholt, immer ohne Erfolg. Von 416 Revaccinationen bei Europäern schlugen 229 (55.0%) an. — Von 594 Eingeborenen, von denen der Erfolg bekannt wurde, schlug die Vaccination bei 568 (95.6%) an, von 136 schlug die Revaccination bei 76 (55.9%) an. Die Resultate bei den Militärpersonen (Frauen und Kinder eingerechnet) wurden nicht bekannt.

Nijland, A. H., Achtste jaarsverslag van het Parc vaccinogene te Weltevreden voor 1898. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXIX. 2. blz. 197. 1899.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/192

Als Conservirungmittel für zu versendende Lymphe hat N. folgende Mischung als zweckmässig befunden: 1 Theil Vaccine zu 7 Theilen einer Mischung aus 1 Theil Wasser mit 4 Theilen Glycerin. Zur Gewinnung der Vaccinelymphe wurden im J. 1898 159 Kälber verwendet; 11243 Gläschen Lymphe wurden versendet. Im Institute wurden 4550 Personen (825 Europäer, 3043 Eingeborene und 682 Militärpersonen) geimpft. Unter 267 Europäern, über die Nachrichten vorlagen, war Misserfolg nur bei 5 zu verzeichnen (Kinder, von denen 4 früher Variola überstanden hatten, das 5. Kind wurde 3mal ohne Erfolg geimpft); von den Revaccinationen bei Europäern schlugen 72.1% an. Von 722 Impfungen bei Eingeborenen schlugen 12 fehl (10 Kinder hatten die Pocken gehabt); von den Revaccinationen bei Eingeborenen schlugen 68.6% an. Von den mit versendeter Lymphe ausgeführten Vaccinationen wurden die Resultate von 15262 bekannt; von 115664 Impfschnitten und Impfstichen entwickelten sich Pusteln auf 85057 (73.5%).

Walter Berger (Leipzig).]

V. Klinisches über Impfung. Impfschäden.

21) Casteret, Etude sur les éruptions „mal caractérisées" de la vaccine; leur signification. Presse méd. VII. 50. p. 301. Juin 24. 1899.

22) Illoway, As to insusceptibility of vaccinia. [Arch. of Pediatrics.] 8. 4 pp.

23) Schmidt-Petersen, Späte Impfpusteln. Ztschr. f. Med.-Beamte XI. 18. p. 577. 1898.

24) Carter, R. J., Vaccination rashes. Lancet Aug. 20. 1898.

25) D'Espine et Jeandin, Vaccine généralisée à forme éruptive. Arch. f. Kinderhkde. XXVI. 5 u. 6. p. 367. 1899.

26) Wetterer, J., Ueber Vaccinatio generalisata. Dermatol. Ztschr. V. 3. p. 373. 1898.

27) Haslund, Vaccina generalisata u. deren Pathogenese. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLVIII. 2. p. 205; 3. p. 371. 1899.

28) Goumy et Cozette, Contribution à l'étude de la vaccine rouge. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXII. 11. p. 313. 1898.

29) Bettmann, Ueber Lokalisation der Psoriasis auf Impfnarben. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 15. 1899.

30) Masset, Phlegmon profond souspectoral après vaccination, chez un enfant de huit mois. Pyopneumothorax consécutif. Echo méd. du Nord. III. 12. p. 135. 1899.

31) Schlossmann, Wie kann sich der Impfarzt vor wirklichen u. angeblichen Impfschädigungen schützen? Verhandl. d. 14. Versamml. d. Ges. f. Kinderhkde. in d. Abth. f. Kinderhkde. d. 68. Versamml. d. Ges. deutscher Naturforscher u. Aerzte in Braunschweig. Wiesbaden 1898. J. F. Bergmann. p. 215.

32) Haase, Zur Prophylaxe der Impfschädigungen. Ztschr. f. Med.-Beamte XII. 12. p. 378. 1899.

33) Saint-Yves-Ménard, Contre-indications momentanées de la vaccination. Presse méd. VII. p. 71. Févr. 1899.

34) Lowe, J., Vaccination and vaccination marks. Lancet Oct. 1. 1898.

Die Bedeutung der bei der Wiederimpfung häufig auftretenden *Abortivpusteln* suchte Casteret (21) durch einen Impfversuch festzustellen, zu dem er eine Anzahl Soldaten mit zweifelhaftem Impferfolge benutzte. Er theilte diese in 3 Gruppen; bei der 1. Gruppe von 20 Soldaten fand sich bei der Nachschau am 8. Tage nur an 1—2 Impfstellen eine kleine Borke, von einer Areola von $^1/_2$—1 cm Breite umgeben, bei der 2. Gruppe von 20 Soldaten waren die Borken grösser, die Areola 2 cm breit. Bei der 3. Gruppe, die 18 Soldaten umfasste, hatten 3—4 Pusteln bestanden, die einen schnellen Verlauf genommen hatten, unter den Borken war bei dieser Gruppe etwas blutiges Serum vorhanden. Er impfte nun von den Soldaten auf ein Kalb ab, bei dem die Impfschnitte in 3 getrennten, den einzelnen Gruppen entsprechenden Feldern angelegt wurden; bei jedem Soldaten wurde dabei die Borke mit einem besonderen Impfspatel abgehoben, die unter der Borke liegende Fläche abgeschabt und die abgeschabte Masse zu der Impfung verwandt. Das Resultat war, dass sich bei dem Kalbe von der 1. Gruppe nur 8 Pusteln entwickelten, von der 2. Gruppe 16 Pusteln, von der 3. Gruppe 18 Pusteln; die Entwickelung war gegenüber dem gewöhnlichen Verlaufe verzögert, indem sich die von der 3. Gruppe aus beschickten Impfschnitte erst am 6. Tage entwickelten, die der 2. und 3. Gruppe am 7. bis 8. Tage. Am 8. Tage wurde ein zweites Kalb von dem ersten abgeimpft, sämmtliche Pusteln des letzteren ergaben bei dem zweiten Kalbe positiven Impferfolg, und schon am 6. Tage waren alle Pusteln voll entwickelt; bei Verimpfungen auf den Menschen hatte die Lymphe des zweiten Kalbes gute Wirkung. Die Abortivpusteln der Soldaten hatten also eine Lymphe von verringerter Virulenz geliefert, die nach dem Passiren eines Kalbes ihre volle Wirksamkeit wieder erlangte. Ein Theil der Soldaten wurde 4 Monate später noch einmal geimpft, ohne dass irgend ein Erfolg eintrat.

Illoway (22) hatte einen ungeimpften Knaben im Laufe eines Jahres 6mal ohne Erfolg auf den Armen geimpft, eine nochmalige Wiederholung der Impfung auf dem Oberschenkel hatte dann ein positives Ergebniss. Er hält es für wahrscheinlich, dass bei einzelnen Personen ein Theil der Haut eine grössere Impfempfänglichkeit besitzt als ein anderer.

Schmidt-Petersen (23) beobachtete bei 2 Erstimpflingen eine verspätete Entwickelung von Impfpusteln. Bei der Nachschau am 7. Tage war noch keine Reaktion vorhanden, und die Impfung wurde daher als „ohne Erfolg" verzeichnet. Im Laufe der nächsten 8 Tage entwickelte sich bei jedem Impfling noch eine deutliche Impfpustel.

Der Carter'sche (24) Aufsatz ist eine Zusammenstellung der als Complikation der Impfung beobachteten Hautleiden und sonstigen Schädigungen.

Mit der *generalisirten Vaccine* beschäftigen sich mehrere Arbeiten.

Der von D'Espine und Jeandin (25) beschriebene Fall betraf ein 11 Monate altes Kind, bei dem am 5. Tage nach der Impfung gleichzeitig mit den Pusteln an den Armen 2 oder 3 Pusteln auf dem Leibe und im Gesicht erschienen. Am 6. Tage wurde der Ausbruch reichlicher, am 8. Tage hatte er sich über den ganzen Körper verbreitet; nach der beigegebenen photographischen Abbildung müssen an der Vorderseite des Körpers

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/193

etwa 150 Bläschen bestanden haben. Am 11. Tage wurden auch auf der Mundschleimhaut 3—4 Bläschen constatirt, die schon am 12. Tage verschwunden waren [also wohl keine Vaccinabläschen waren, *Ref.*], einige verspätete Bläschen zeigten sich noch auf den Beinen. Der Verlauf war durchaus gutartig, das Allgemeinbefinden kaum beeinträchtigt, die Abborkung aller Pusteln nach 3 Wochen beendet. Die am 8. und 9. Tage aus den Pusteln am Beine gesammelte Lymphe ergab bei einem Kalbe ein positives Impfresultat.

Wetterer (26) sah generalisirte Vaccine bei 4 Kindern.

Bei dem einen, einem Erstimpflinge mit Ekzem beider Wangen, trat am 9. Tage nach der Impfung nach vorausgegangenem Fieber und Erbrechen am Halse und im Gesicht eine Unmenge von Pusteln hervor, vereinzelte Pusteln fanden sich auch an anderen Stellen des Körpers. In den nächsten 4—6 Tagen folgten noch Nachschübe von Effloreszenzen, dann erfolgte Heilung. Von den übrigen 3 Kindern litten 2 an Ekzem, das 3. an Urticaria, die generalisirte Vaccine ging bei ihnen nicht von einer Impfung, sondern von einer Infektion durch geimpfte Geschwister aus, und führte bei dem einen Kinde den Tod herbei.

W. ist der Ansicht, dass die Generalisation des Vaccineausschlages niemals durch Vermittelung der Blutbahn geschieht, sondern stets durch Autoinoculation, und führt als Beweis dafür an, dass 1) in allen bekannten Fällen eine juckende Hautaffektion vorhanden war; 2) sich stets Kratzspuren fanden; 3) die Effloreszenzen schubweise auftraten; 4) an Stellen, die durch einen Verband geschützt sind oder die von dem kratzenden Finger nicht erreicht werden können, keine Impfpusteln auftraten. Haslund (27) hält mit Recht diese Beweisführung für unzulänglich: es haben durchaus nicht in allen Fällen Hautleiden bestanden, man findet nicht immer Kratzspuren, auch bei anderen infektiösen Exanthemen verbreitet sich der Ausschlag erst allmählich über den ganzen Körper, und Blasen entstehen bei der generalisirten Vaccine auch an Hautstellen, an denen ein Kratzen nicht stattgefunden haben konnte. In einzelnen Fällen kann es sich wohl um Autoinoculation gehandelt haben, eine ganze Anzahl von Gründen spricht aber dafür, dass die Eruption in der Regel von innen heraus entsteht. Schon die Unzahl von Blasen, die oft vorhanden ist, spricht gegen ihre Entstehung durch Autoinoculation, ebenso die Zeit ihres Auftretens gleichzeitig mit oder kurz nach der Entwickelung der primären Pusteln. Wenn sie durch Kratzen entstanden wären, so müssten sie doch bisweilen die längliche Form des Hautrisses aufweisen, statt dessen sind sie immer rund. Auch die Seltenheit der generalisirten Vaccine bei der Häufigkeit, mit der die primären Impfblasen zerkratzt werden, spricht dafür, dass die Autoinoculation keine grosse Rolle spielt. Den Schlüssel zum Verständniss der Pathogenese der generalisirten Vaccine findet H. in dem Ergebnisse, das Chauveau bei Impfversuchen am Pferde erhielt. Bei diesem tritt nach cutaner Impfung am 5. Tage Immunität gegen weitere Impfungen ein. [Das ist noch fraglich. *Ref.*] Bei Einführung der Lymphe in eine Vene, ein Lymphgefäss, in die Athmung- oder Verdauungorgane kommt es häufig zu generalisirter Vaccine, die nie früher als am 8. Tage auftritt, oft erst später. Nach cutaner Impfung sieht man diese Eruption nicht, da um die Zeit, da sie sich entwickeln könnte, nämlich nach dem 8. Tage, schon eine Immunität besteht, die vom 5. Tage datirt. Bei einem Pferde, dem Chauveau 24 Stunden nach der cutanen Impfung die geimpfte Stelle der Haut excidirt hatte, trat 15 bis 20 Tage nach der Impfung eine Allgemeineruption auf, weil durch die Excision die Bildung einer lokalen, gegen die Entstehung einer Allgemeineruption schützenden Impfpustel verhindert wurde. Aehnlich denkt sich H. die Verhältnisse beim Menschen; zuweilen tritt an der Impfstelle eine verspätete Immunisirung ein, deren Grund in individuellen Verhältnissen des Impflings zu suchen ist, und in solchen Fällen bringt der in die Blutcirkulation übergegangene Theil des Virus eine Allgemeineruption hervor.

H. theilt dann noch 6 Beobachtungen über generalisirte Vaccine mit. Bei einigen, bei denen sich nur wenige verirrte Blasen fanden, möchte *Ref.* die Möglichkeit einer Autoinoculation nicht ausschliessen; die Gleichzeitigkeit des Auftretens spricht nicht dagegen, denn die Verschleppung des Impfstoffes braucht nicht von der zerkratzten primären Blase ausgegangen zu sein, sondern es kann schon im Impftermine etwas von der noch nicht eingetrockneten Lymphe der Impfschnitte an die Finger des Kindes gelangen und auf andere Körperstellen übertragen werden. Für die überwiegende Mehrzahl der Fälle, besonders für diejenigen mit verbreitetem Ausschlage, hält *Ref.* die Entstehung von innen heraus für wahrscheinlicher. Der Vaccineprocess ergreift ja stets den ganzen Körper, und wenn sich auch die Hauterscheinungen in der Regel auf die Veränderungen an der Impfstelle beschränken, so kommt es doch gelegentlich zur Entwickelung eines Exanthems, besonders in der Zeit nach dem Auftreten des charakteristischen Impffiebers vom 8. bis 10. Tage nach der Impfung. Wenn sich das Exanthem auf Flecken und Knötchen beschränkt, so wird Niemand bezweifeln, dass es von innen heraus kommt; weshalb soll es denn anders sein, wenn es sich zur Bläschen- und Pustelbildung steigert?

Goumy und Cozette (28) beobachteten in den Jahren 1891—1896 bei 3344 mit Glycerinlymphe geimpften Soldaten 112mal das Auftreten von rothen Knoten an den Impfstellen. Dieselbe Erscheinung trat 1891 bei zahlreichen anderen Militärimpfungen auf, und Comte sah sie bei Soldaten, die von Thier zu Körper geimpft waren (vgl. Jahrbb. CCXLIV. p. 175). Meistens entwickelten sich die Knoten erst nach dem 8. Tage, und erlangten ihren Höhepunkt 15—16 Tage nach der Impfung, sie entstanden entweder allein oder bei gleichzeitiger Entstehung normaler Impf-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/194

pusteln. Wenn sie allein vorhanden waren, so immunisirten sie nicht gegen spätere Impfung, traten aber bei Wiederholung der Impfung nie zum zweiten Male bei demselben Impflinge auf. Sie enthielten eine rothe Flüssigkeit von der Consistenz der Impflymphe, in der viele rothe Blutkörperchen vorhanden waren. In Culturen wuchs nur ein Mikrococcus in charakteristischen weissen Colonien. Diese Kokken waren auch in der Lymphe enthalten, hier aber im Gemische mit anderen Mikroorganismen. Die Culturen lieferten bei Verimpfungen immer ein negatives Ergebniss, der Mikrococcus ist daher nicht als Ursache der rothen Pusteln zu betrachten, sondern es ist anzunehmen, dass diese bei Abwesenheit von Keimen entstehen, die sonst in der Lymphe vorhanden sind. [Anscheinend haben G. und C. nur Impfversuche mit den Culturen gemacht, nicht mit dem Inhalte der Knoten, nach dessen Verimpfung Comte wieder rothe Knoten erhielt. *Ref.*]

Bettmann (29) sah einen 12jähr. Knaben mit Psoriasis vulgaris von mässiger Ausdehnung, bei dem am linken Oberarme 4 in gerader Linie unter einander gelegene Effloreszenzen auffielen, von denen die oberste zwischen 2 Impfnarben lag, die nächste von einer Impfnarbe mitten durchzogen wurde. Der Knabe war im Jahre vorher geimpft worden, wenige Wochen später traten jene oberen Effloreszenzen als erste Manifestation der Psoriasis auf. Derartige Fälle, in denen die Impfung als agent provocateur der Psoriasis wirkt, sind mehrfach mitgetheilt worden, eine Parallele bildet der Fall von Cazenave, in dem die Psoriasis auf den frischen Narben einer abgelaufenen Variola erschien.

Das von Masset (30) beschriebene 8 Monate alte Kind war von einer Hebamme geimpft worden, 8 Tage später fand sich eine Eiterung unter dem Pectoralis, an die sich nach 14 Tagen ein Pyopneumothorax anschloss; das Kind starb.

Zur Vermeidung von Impfschäden verlangt Schlossmann (31) vorherige Desinfektion des Armes der Impflinge durch Abreiben, zuerst mit Benzin, dann mit 1proc. Lysollösung, und Abtrocknung mit sterilen Tupfern, sowie die Anlegung eines Schutzverbandes sofort nach der Impfung. Haase (32) setzte bei Erstimpflingen durch Waschung des Impffeldes mit Wasser und Seife und Abreiben mit 50proc. Alkohol die Zahl der Fälle mit stärkerer Reaktion herab. [Die Desinfektion des Armes wird fast allgemein als nutzlos und die Schutzkapsel als nachtheilig verworfen. *Ref.*]

In den Pariser Gebäranstalten werden, wie Saint-Yves-Ménard (33) mittheilt, die Neugeborenen schon in den ersten Lebenstagen geimpft, mit Ausnahme derjenigen, die unter 2500 g wiegen. Im späteren Lebensalter bildet das Ekzem die häufigste Contraindikation; ekzematöse Kinder sollen nur bei Pockengefahr geimpft werden und dann soll nur eine Impfstelle in gesunder Haut angelegt, die überflüssige Lymphe kurz nach der Impfung abgewischt und die Impfstelle mit Collodium elasticum bedeckt werden.

Zur Vermeidung von Narbenbildung nach der Impfung betupft Lowe (34) am 7. oder 8. Tage die Impfbläschen mit reiner Carbolsäure, nach vorheriger Einfettung der umgebenden Haut, wäscht wenige Sekunden später mit lauwarmem Wasser ab und legt einen antiseptischen Watteverband an. Die Borken sollen sich dann ohne Eiterung lösen und es soll keine Spur von einer Narbe hinterbleiben. Das Verfahren scheint dem *Ref.* überflüssig zu sein; wenn man mit recht kurzen Schnitten impft, so fallen die Narben ohnehin unscheinbar genug aus.

VI. Der Impfschutz und seine Dauer.

35) Kübler, Ueber die Dauer der durch die Schutzpockenimpfung bewirkten Immunität gegen Blattern. Arb. aus d. kais. Gesundheitsamte XIX. 2. Berlin 1898. J. Springer.

36) Böing, Zur Frage des Impfzwanges. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVII. 80—82. 1898.

37) Kübler, Bemerkungen zu dem Aufsatze von *Böing:* „Zur Frage des Impfzwanges". Allg. med. Centr.-Ztg. LXVII. 90. p. 1096. 1898.

38) Tebb, W. S., A century of vaccination. 2. Ed. London 1899. Swan Sonnenschein u. Co. Kl.-8. 452 S. (6 sh.)

39) Livi, R., On vaccination and small-pox in the Italian army. Brit. med. Journ. April 29. 1899.

40) Bernheim, A., Small-pox and vaccination. Amer. Pract. and News XXVI. 24. p. 446. 1898.

41) Bondesen, J., Ueber Immunität nach erfolgter Vaccination. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 28. p. 331. 1899.

42) Voigt, L., Impfschutz u. Variola-Vaccine. Referat. Ztschr. f. Med.-Beamte XI. 21. p. 682. 1898.

43) Hartisch, Einige Beobachtungen über Impferfolg. Ztschr. f. Med.-Beamte XII. 3. p. 71. 1899.

44) Dietrich, Beobachtungen über Impferfolg. Ztschr. f. Med.-Beamte XII. 12. p. 383. 1899.

45) Wex, Beobachtungen über Impferfolg. Ztschr. f. Med.-Beamte XII. 14. p. 471. 1899.

Nach Kübler's (35) Ausführungen nimmt der Schutz, den die Impfung gegen eine Revaccination verleiht, je nach der Individualität der Geimpften bald früher, bald später ab. Zuweilen haftet die Wiederimpfung schon nach Monaten, in anderen Fällen nach Jahren, und nach Ablauf eines Jahrzehntes fast immer. Aus dem abweichenden Verlauf der Revaccinationpusteln ergiebt sich jedoch, dass der durch die Erstimpfung erzielte Schutz bei den meisten Menschen nach 10 Jahren zwar abgeschwächt, aber nicht ganz erloschen ist. Auch durch Ueberstehen der Pocken wird keine dauernde Immunität gegen die Impfung erlangt, wenn auch der Schutz in der Regel länger vorhält, als nach einer Erstimpfung. Gegen eine neue Erkrankung an Pocken schützt das einmalige Ueberstehen zwar nicht ausnahmelos, aber in der überwiegenden Mehrheit der Fälle. Die Geimpften sind gegen die Pocken nicht so sicher geschützt wie die Gepockten, man darf aber aus dem Gelingen einer Wiederimpfung bei Geimpften nicht schliessen,

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/195

dass sie auch für die Pocken wieder empfänglich geworden sind. Aus zahlreichen Beobachtungen in Pockenepidemien geht hervor, dass die Impfung die meisten Menschen auf wenigstens 10 Jahre gegen eine Erkrankung an Pocken schützt, und auch später einen günstigeren Verlauf der Erkrankung bedingt. Noch sicherer wird der Schutz durch eine Wiederimpfung.

Böing (36) bleibt dem gegenüber bei seiner Anschauung, dass die Impfung, sobald sie keinen Schutz mehr vor der Wiederimpfung gewährt, auch vor den Pocken nicht mehr schützt. *Ref.* hat sich mit seiner Anschauung im vorigen Bericht auseinandergesetzt (vgl. Jahrbb. CCLX. p. 191). Verwunderlich erscheint es, dass B. trotz sonstiger scharfer Kritik zum Beweise dafür, dass die Vaccine beim Menschen auch bei innerer Darreichung wirksam ist, den Richard'schen Fall passiren lässt. Er betrifft ein 4jähr. Kind, das mit 6 Stichen geimpft wurde. Am 7. Tage hatten die Bläschen ihre volle Entwickelung erreicht, das Kind zerkratzte sie und sog den Inhalt mehrmals aus, 4 Tage später zeigte sich ein Ausschlag von 53 am Körper zerstreuten Bläschen, deren Inhalt sich verimpfen liess. *Ref.* kann durchaus nicht einsehen, wie man dieses Exanthem auf das Aussaugen der Impfblasen beziehen kann; es handelte sich um eine generalisirte Vaccine bei einem geimpften Kinde. Auch der zweite als Beweis angeführte Fall, der von Cazalas, ist nicht einwandfrei; ein 4jähr., schon mehrmals erfolglos geimpftes Kind wurde von Neuem geimpft und erhielt unmittelbar darauf eine Messerspitze voll gepulverten Vaccineschorfes. Am 4. Tage zeigten die geimpften Stellen „eine gewisse Thätigkeit" (un léger travail), dann wurde das Kind krank und nach 6 Tagen brach ein allgemeiner Ausschlag von 180 Bläschen hervor. Auch hier handelte es sich um ein geimpftes Kind, während als beweiskräftig doch nur Fälle gelten dürfen, in denen die Vaccine ausschliesslich innerlich beigebracht und nicht gleichzeitig in die Haut verimpft wurde. Unwahrscheinlich ist die Wirksamkeit bei innerer Darreichung nach Analogie von Thierversuchen nicht.

Einige von B. der Kübler'schen Arbeit gemachte Vorwürfe werden von Kübler (37) in seiner Entgegnung widerlegt.

Das Buch des Herrn Tebb (38) ist ein Compendium für Impfgegner.

Aus den von Livi (39) mitgetheilten Zahlen über Impfung und Pocken im italienischen Heer für die Zeit 1867—1897 geht mit überzeugender Sicherheit hervor, dass die Geimpften viel seltener an Pocken erkranken und gegen einen tödtlichen Ausgang derselben viel besser geschützt sind, als die Ungeimpften.

Der Bernheim'sche (40) Aufsatz bringt nichts Neues.

Nach Bondesen (41) bedarf die Anschauung, dass sich die Wirksamkeit des Impfstoffes nur durch die Pustelung zu erkennen giebt, einer Einschränkung. Stark wirksame Lymphe bringt bei Erstimpflingen fast ausnahmelos gute Impfpusteln hervor. Bei weniger wirksamer Lymphe sind die Pusteln kleiner, oder sie entwickeln sich später, oder bleiben ganz aus. Selbst in letzterem Falle, bei anscheinend gänzlichem Fehlschlagen der Impfung, zeigt sich aber doch oft ein gewisser Impfschutz, wenn man die Kinder im nächsten Jahre mit vorzüglich wirksamer Lymphe wiederimpft; in vielen Fällen erhält man wiederum keinen Erfolg, in anderen eine kümmerliche abortive Pustelung und nur selten sieht man die schönen Pusteln, die man mit derselben Lymphe an anderen, früher nicht geimpften Kindern erzielt. Diese immunisirende Wirkung scheint nur bestimmten Impfstoffkörpern zuzukommen und die erlangte Immunität scheint von kürzerer Dauer zu sein, als die nach regulärer Pustelung erfolgte.

Nach Voigt (42) wurde bei 120000 Hamburger Erstimpflingen ein Erfolg, d. h. Pustelung, bei über 99% erzielt. Bei den erfolglos Geimpften ergab die sofort vorgenommene Nachimpfung nur 88% und eine beim Fehlschlagen dieser Nachimpfung sofort vorgenommene dritte Impfung sogar nur 44% Erfolg. Geschah diese Nachimpfung aber erst im folgenden Jahre, so schlug sie wieder bei 96% der Kinder gut an. Die nach der ersten erfolglosen Impfung eingetretene Immunität war also schnell wieder verschwunden. Eine besonders starke Immunität der Wiederimpflinge zeigte sich in Hamburg, seitdem die mit der Variola-Vaccine des Jahres 1881 geimpften Kinder wieder impfpflichtig geworden sind, es ist aber fraglich, ob diese Immunität nur der Güte dieser Variola-Vaccine zu danken ist. Es kommt auch in Betracht, dass die in Hamburg benutzte Glycerinlymphe 33% Rohstoffe enthält, gegenüber 25%, 20% oder noch weniger anderer Anstalten.

Nach Beobachtungen von Hartisch (43), Dietrich (44) und Wex (45) gelingt es häufig, Kinder, bei denen die Erstimpfung nur eine Pustel ergeben hatte, im nächsten Jahre mit Erfolg wieder zu impfen, während die sofort vorgenommene Autorevaccination oder Nachimpfung fast immer erfolglos bleibt. Es ist daher besser, Erstimpflinge mit nur einer Pustel nicht sofort, sondern erst im nächsten Jahre nachzuimpfen.

VII. Allgemeine Pathologie der Impfung.

46) Béclère, Chambon et Ménard, Études sur l'immunité vaccinale. Deuxième mémoire. Ann. de l'Inst. Pasteur XII. 12. p. 837. Déc. 1898.

47) Béclère, Chambon et Ménard, Études sur l'immunité vaccinale. Troisième mémoire. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 2. p. 81. Févr. 1899.

In dem 1896 veröffentlichten ersten Theil ihrer Arbeit (vgl. Jahrbb. CCLII. p. 182) hatten die Vff. nachgewiesen, dass das Serum geimpfter Kälber immunisirend wirkt. Wird es einem anderen Kalbe in der Menge von 1% seines Körper-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/196

gewichts subcutan injicirt, so ergiebt die sofort nach der Injektion vorgenommene Impfung bei diesem Kalbe keinen vollen Erfolg; die meisten Schnitte bleiben steril, an anderen entwickeln sich rudimentäre Pusteln, deren Inhalt eine sehr verminderte oder aufgehobene Virulenz zeigt. Die Veränderung der Virulenz ist die wichtigste Folgeerscheinung; sogar die Lymphe von Pusteln, die anscheinend fast normal entwickelt sind, ist nicht mehr verimpfbar. Wenn das Serum nicht vor, sondern erst 1—2 Tage nach der Impfung injicirt wird, so hat es noch einen abschwächenden Einfluss auf den Impferfolg. Wird anstatt des Serum Lymphe subcutan injicirt, so tritt ebenfalls Immunität gegen die Impfung ein, aber langsamer; erst wenn 8 Tage zwischen der Injektion und der Impfung liegen, ist die letztere stets erfolglos. Bei diesen letzteren Versuchen war die allmählich eintretende Immunität nur nach der Abschwächung der Eruption beurtheilt worden, sie werden in dem *zweiten Theile* der Arbeit (46) dahin ergänzt, dass auch die Virulenz der entwickelten Lymphe untersucht wurde. Das Ergebniss war, dass bei einer Zwischenzeit von 3 Tagen zwischen der subcutanen Injektion von Lymphe und der Impfung weder die Eruption, noch die Wirksamkeit der 4—6 Tage nach der Impfung geernteten Lymphe irgendwie beeinflusst war. Betrug die Zwischenzeit 4 Tage, so war die Eruption um 24 Stunden verfrüht, die Lymphe von normaler Wirkung; bei einer Zwischenzeit von 5 Tagen war die Eruption verfrüht und abgeschwächt, die Lymphe bei Entnahme am 5. Tage normal, am 6. Tage dagegen sehr abgeschwächt. Bei einer Zwischenzeit von 6 und 7 Tagen steigerte sich die Abschwächung noch; die Lymphe, die am 5. Tage nach der Impfung aus der verfrüht erscheinenden und verkümmerten Eruption gewonnen wurde, war nicht mehr verimpfbar. Es ist also ein Zeitraum von 11 bis 12 Tagen nach der subcutanen Impfung erforderlich, um die Virulenz der durch spätere Hautimpfung erzielten Lymphe völlig aufzuheben. Ein Unterschied gegenüber der Serumbehandlung zeigt sich darin, dass bei der letzteren die Virulenz der Lymphe früher abgeschwächt wird als das Aeussere der Eruption, bei der subcutanen Behandlung dagegen tritt die Verkümmerung der Eruption früher ein als die Abschwächung der Virulenz. Beim Schweine vollzieht sich die Immunisirung nach subcutaner Injektion von Lymphe schneller als beim Kalbe, schon nach 6 Tagen schlägt eine Hautimpfung nicht mehr an und die Virulenz der Lymphe ist bereits 9—10 Tage nach der Injektion verschwunden.

Der *dritte Theil* der Arbeit (47) behandelt die Wirkung des Immunserum im *Reagenzglase*. Lymphe, die in vitro mit dem Serum eines vor 14 Tagen geimpften Kalbes in Berührung gestanden hatte, ist nicht mehr verimpfbar, während normales Serum keinen Einfluss auf sie hat. Ebenso wie das Serum geimpfter Kälber, wirkt das Serum geimpfter Pferde, geimpfter Menschen und das von Pockenreconvalescenten und variolisirten Affen und Pferden. Die Variolisirung durch Hautimpfung war nur beim Affen gelungen, beim Pferde geschah sie intravenös. Bei Kaninchen schlugen Hautimpfungen nicht an und nach subcutaner und intravenöser Beibringung von Lymphe erlangte ihr Serum nur unsichere antitoxische Wirkungen der Lymphe gegenüber.

Die immunisirende Substanz des Serum ist sehr stabiler Natur. Alter, Beleuchtung und Fäulniss, sowie Erhitzen auf 70° haben keinen Einfluss auf sie, im trockenen Zustande erträgt sie halbstündiges Erhitzen auf 100° und wird bei viertelstündigem Erhitzen auf 125° in ihrer Wirkung zwar abgeschwächt, aber nicht ganz zerstört. Sie ist an die Serumglobuline gebunden.

Die Zeit, die von der Impfung bis zum Auftreten des Immunkörpers im Serum vergeht, ist bei den einzelnen Thierarten ungleich. Bei cutan oder subcutan geimpften Kälbern beträgt sie 9 bis 13 Tage, die Antivirulenz ist anfangs nur schwach vorhanden, nach 12 Tagen ist sie gewöhnlich, nach 13 Tagen immer stark ausgeprägt. Beim Pferde ist ein um 1—2 Tage längerer, beim Schweine um 1—2 Tage kürzerer Zeitraum erforderlich. Beim geimpften Menschen ist er wahrscheinlich etwas länger als beim Kalbe. Nach welcher Zeit der Immunkörper bei den Pocken auftritt und ob Beziehungen zur Beschaffenheit des Exanthems bestehen, ist noch nicht festgestellt. Bei der Hautimpfung erfolgen der Stillstand und die Rückbildung der Impfpusteln einige Tage vor dem Auftreten der Schutzkörper. Die Verimpfbarkeit der endodermalen Lymphe nimmt mit der Ausbildung des Schutzkörpers ab, sie hört gänzlich auf, sobald das Serum im Reagenzglase die Lymphe sicher neutralisirt, beim Kalbe also nach 12—13 Tagen. Wird durch eine der Hautimpfung um 3—4 Tage vorausgehende subcutane Impfung die Verimpfbarkeit der endodermalen Lymphe schon früher aufgehoben, so treten auch die Schutzkörper früher auf; beide Erscheinungen sind mit einander verknüpft und man kann sich vorstellen, dass die Schutzkörper im Blute die endodermale Lymphe ebenso neutralisiren wie das Serum im Reagenzglase die Lymphe. Auch das Erlöschen der Empfänglichkeit für eine neue Impfung fällt mit dem Auftreten des Schutzkörpers zusammen. Scheinbar ist das nicht der Fall; bei geimpften Kälbern schlägt eine neue Impfung schon nach 8 Tagen nicht mehr an, während der Immunkörper erst nach 12 bis 13 Tagen ausgebildet ist. Man muss aber bedenken, dass die verimpfte Lymphe eine Incubationzeit von einigen Tagen hat, in dieser Zeit hat sich die Immunität herausgebildet und verhütet die Entwickelung von Impfpusteln.

Die antitoxische Wirkung des Serum ist bei Pferden und Kälbern schon nach einigen Monaten

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/197

abgeschwächt, nach 1—2 Jahren erloschen, während sich die Immunität gegen erneute Impfung länger erhält. Bei geimpften oder gepockten Menschen halten sich die Schutzkörper viel länger, zuweilen Jahrzehnte lang, verschwinden aber auch hier früher als die Immunität gegen erneute Impfung. Diese Verhältnisse erklären es auch, dass geimpfte Mütter ihre Impf-Immunität in einzelnen Fällen auf ihre Neugeborenen übertragen, in anderen Fällen dagegen nicht; die Uebertragung findet statt, wenn ihr Blut noch genügend Schutzstoffe enthält, die auf den Fötus übergehen und ihm eine passive, bald erlöschende Immunität verleihen.

VIII. Pockenerreger und Vaccineerreger.

48) Hückel, A., Die Vaccinekörperchen. Nach Untersuchungen an der geimpften Hornhaut des Kaninchens. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. II. Suppl.-Heft 1898.

49) Sanfelice, F., u. V. E. Malato, Studien über die Pocken. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 18 u. 19. p. 641. 1899.

Ueber die in der geimpften Hornhaut von Kaninchen auftretenden Vaccinekörperchen, die nach Guarnieri u. A. die Krankheiterreger darstellen, liegt eine sehr eingehende Arbeit von Hückel (48) vor. Der *erste Theil* derselben behandelt nach einem einleitenden Literaturüberblicke die Untersuchungsmethode und Technik, den makroskopischen Befund an der geimpften Cornea, den mikroskopischen Befund an gefärbten Schnitten und die Untersuchungsergebnisse an der überlebenden Cornea in eingehender, zum Referate nicht geeigneter Weise. Im *zweiten Theile* werden die über die Natur der Körperchen aufgestellten Hypothesen erörtert, H. hält sie weder für Abkömmlinge der Leukocyten, noch für solche der Kerne der Epithelzellen und verwirft auch die Protozoënhypothese; er kann in den Körperchen keine Parasiten und damit auch nicht die Erreger der Vaccine erblicken. In Beziehung stehen sie trotzdem zu dieser, da sie eben nur nach Verimpfung von Vaccine oder Variola in die Hornhaut vorkommen. Sie stammen, wie H. im *dritten Theile* der Arbeit ausführt, von dem Protoplasma der Epithelzelle ab, und zwar von der Markschicht. Es ist anzunehmen, dass das Vaccinegift vorzugsweise die centrale Protoplasmaregion angreift und verändert, das Contagium braucht sich dabei nicht in der Epithelzelle selbst zu entwickeln, sondern es kann sich um die Einwirkung eines Giftes handeln, das von einem extracellulär sich vermehrenden Contagium herrührt. Es kann aber auch das Contagium in seiner Entwickelung und Vermehrung an die Epithelzelle und speciell an die Vaccinekörperchen gebunden sein; vielleicht ist es so klein, dass es bei dem heutigen Stande der mikroskopischen Technik nicht wahrnehmbar ist.

Ob dem Mikrococcus, den Sanfelice und Malato (49) aus Pockenmaterial isolirten und bei dem sie nach Versuchen am Hunde eine ätiologische Beziehung zur Variola vermuthen, ein besseres Schicksal beschieden sein wird als seinen Vorgängern? Ref. will die in Aussicht gestellte ausführliche Abhandlung abwarten, bevor er näher darauf eingeht.

IX. Animale Lymphe.

50) Vanselow u. M. Freyer, Zur Prüfung der Impfstofffrage. 2. Bericht über die Thätigkeit der von dem Herrn Minister der geistlichen, Unterrichts- u. Medicinal-Angelegenheiten eingesetzten Commission. Vierteljahrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XVII. 1. p. 93. 1899.

51) Ascher u. Szymanski, Bakteriologische Erfahrungen über die Königsberger Thierlymphe. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXVIII. 3. p. 335. 1898.

52) Pfuhl, A., Weiteres über den Keimgehalt der Lymphe aus der königl. Impfanstalt Hannover. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXX. 2. p. 231. 1899.

53) Umlauf, K., Mittheilungen aus der k. k. Impfstoffgewinnungs-Anstalt in Wien. Ztschr. f. Thiermed. N. F. III. 1. p. 26. 1899.

Die weiteren Arbeiten der zur *Prüfung der Impfstofffrage* eingesetzten Commission (50), deren erster Bericht in diesen Jahrbüchern (CCLVI. p. 171) referirt worden ist, erstreckten sich auf:

1) *Zahl und Art der Bakterien in der Lymphe.* Im Ganzen stimmten die Ergebnisse mit den früher von der Commission gefundenen überein.

2) *Methoden zur Verbesserung der Lymphbeschaffenheit:* Alkoholdesinfektion und Schutzverbände beim Impfthiere setzten die Keimzahl der Lymphe herab, die Reizerscheinungen bei den Impflingen waren aber nicht geringer als bei bakterienreicher Lymphe. Verdünnung der Lymphe und Centrifugirung der verdünnten Lymphe mit nachheriger Eindickung setzten bei guter Technik den Impferfolg nicht wesentlich herab, die centrifugirte Lymphe bleibt aber nicht lange wirksam.

Von Freyer wurden Versuche darüber angestellt, wie lange der Vaccineerreger in den Organen des geimpften Kalbes kreist. Milz- und Drüsensaft eines vor 44 Tagen geimpften Kalbes erzeugte bei Verimpfung auf ein anderes Kalb noch eine echte Impfpustel. Ein gleicher Versuch, 58 Tage nach der Impfung angestellt, fiel bei 2 Kälbern negativ aus. [Danach würde der Organsaft viel länger verimpfbar bleiben als die endodermale Lymphe, die nach Béclère, Chambon und Ménard (47) ihre Verimpfbarkeit in Folge des Auftretens von Schutzkörpern im Blute 12—13 Tage nach der Impfung verliert. Ref.]

3) *Versuche zum Schutze der Impfwunden des Kindes* mit Schutzverbänden jeglicher Art, die keine Vortheile ergaben, auch nicht bei Verwendung des von Wien aus empfohlenen Epidermin. Dagegen waren die Nachtheile mannigfach.

Zur sauberen Abfüllung der Lymphe wurden 4) verschiedene Apparate als praktisch erprobt.

Ein Anhang von Vanselow und Czapleswki behandelt den aus Lymphe und aus dem Blute und

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/198

den Organen geimpfter Kälber gezüchteten *Staphylococcus quadrigeminus,* bei dem sich ätiologische Beziehungen zur Vaccine zu ergeben scheinen. Indess haben nach einer kurzen Mittheilung V.'s und C.'s (Vjhrschr. f. ger. Med. 3. F. XVII. 2. p. 401. 1899) weitere Versuche ergeben, dass dem Coccus keine specifische Bedeutung zukommt.

Die Versuche mit der Königsberger Lymphe von Ascher und Szymanski (51) ergaben gleichfalls, dass der Keimgehalt der Lymphe ohne Einfluss auf die Reizerscheinungen ist und dass Alkoholdesinfektion und Schutzverbände bei den Impflingen nutzlos sind. Auch die Versuche Pfuhl's (52) liefern keinen Anhalt dafür, dass die in der Lymphe enthaltenen Bakterien für den Menschen schädlich sind. Ein Tegminverband bei den Impfthieren setzte die Keimzahl der Lymphe herab.

In der *Wiener* Impfanstalt werden nach Umlauf (53) keine Kälber benutzt, sondern nur Jungrinder. Weibliche werden nur ausnahmeweise genommen, denn gesunde kommen nur selten auf den Markt, dagegen bewährte sich die Verwendung von Stieren und ausnahmeweise von Jungochsen, von denen die Mehrzahl im Alter von 16 Monaten bis $2^1/_2$ Jahren steht. Es folgen dann noch technische Mittheilungen über die Gewinnung des Impfstoffes.

VIII. Bericht über neuere Arbeiten auf dem Gebiete der Physiologie des Cirkulationapparates.

Von Dr. Richard Forstmann in Dresden.

Literatur.

1) Braun, Ludw., Ueber den Mechanismus der Herzbewegung u. des Herzstosses. Aus dem Institute für allgem. u. experim. Pathologie der Wiener Universität. Wien. klin. Wchnschr. XI. 5. 1898.

2) Braun, Ludw., Ueber die Rotationsbewegung der linken Herzkammer. Wien. med. Presse XXXIX. 13. 1898.

3) Staehelin, Aug., Ueber den Einfluss d. Muskelarbeit auf die Herzthätigkeit mit besonderer Berücksichtigung des Erholungsvorganges u. der Gewöhnung des Herzens an eine bestimmte Arbeit. Aus der med. Klinik zu Basel. Deutsches Arch. f. klin. Med. XLIX. 1 u. 2. p. 79. 1896.

4) Athanasiu et Carvallo, Le travail musculaire et le rythme du coeur. Arch. de Physiol. 5. S. X. 2. p. 347. 1898.

5) Wenusch, Friedr. v., Die Wirkung d. Centrifugalkraft auf die Blutcirkulation. Wien. klin. Wchnschr. XI. 15. 1897.

6) Hill, L., and H. Barnard, The influence of the force of gravity on the circulation. Part. II. Journ. of Physiol. XXI. 4 and 5. p. 323. 1897.

7) Hill, Barnard and Soltau, Influence of the force of gravity on the circulation of man. Journ. of Physiol. XXII. 4. p. XIX. 1898.

8) Hill, Leonard, Arterial pressure in man while sleeping, resting, working, bathing. Journ. of Physiol. XXII. 4. p. XXVI. 1898.

9) Langendorff, O., Untersuchungen am überlebenden Säugethierherzen. III. Abhandlung. Vorübergehende Unregelmässigkeiten des Herzschlages u. ihre Ausgleichung. Arch. f. d. ges. Physiol. LXX. 9 u. 10. p. 473. 1898.

10) Bottazzi, Sur la systole „postcompensatrice". Contribution à l'excitation électrique du coeur. Arch. ital. de Biol. XXVII. 1. p. 121. 1897. Deutsch: Centr.-Bl. f. Physiol. X. 14. 1896.

11) Cushny and Matthews, On the effects of electrical stimulation of the mammalian heart. Journ. of Physiol. XXIV. 4 and 5. p. 213. 1897.

12) Heitler, Arhythmie durch Reizung des Perikardium. Wien. klin. Wchnschr. XI. 3. 1898.

13) Rodet et Nicolas, Sur quelques troubles du rythme cardiaque. Arch. de Physiol. 3. S. VIII. 3. p. 640. 1896.

14) Chatitoff, Contribution à l'étude de différentes dissociations fonctionelles du coeur. Arch. russes de Pathol. etc. IV. 4. p. 422. 1897.

15) Biedl, Ueber Innervation des Herzens. (Die Pawlow'sche Lehre.) Wien. med. Presse XXXVIII. 16. 1897.

16) Maass, Paul, Ueber die Gefässnerven der Herzwand. Vorläufige Mittheilung. Arch. f. Physiol. LXXI. 7 u. 8. p. 399. 1898.

17) Hofmann, F. B., Beiträge zur Lehre von der Herzinnervation. Aus dem physiol. Institut der Universität Leipzig. Arch. f. Physiol. LXXII. 9 u. 10. p. 409. 1898.

18) Kronecker, H., Ueber Störungen der Coordination des Herzkammerschlages. Ztschr. f. Biol. XXXIV. p. 524. 1897.

19) Barbèra, A. G., Ein Gefässnervencentrum im Hundeherzen. Ztschr. f. Biol. XXXVI. 2. p. 239. 1898.

20) Langendorff, O., Ueber das Wogen oder Flimmern des Herzens. Arch. f. Physiol. LXX. 7 u. 8. p. 281. 1898.

21) Prevost, J. L., Contribution à l'étude des trémulations fibrillaires du coeur électrisé. Revue méd. de la Suisse rom. XVIII. 11. p. 545. Nov. 1898.

22) Muskens, L. J. J., La théorie moderne sur l'action du coeur et la fonction des nerfs du coeur. Arch. de Physiol. 1897.

23) Muskens, L. J. J., The analysis of the action of the vagus nerve upon the heart. Proceed. of the Amer. Acad. of Arts and Sciences XXXIII. 11. p. 185. Febr. 1898.

24) Knoll, Ph., Ueber den Einfluss des Herzvagus auf die Zusammenziehung der Vena cava superior beim Säugethier. Arch. f. Physiol. LXXVIII. 11 u. 12. p. 587. 1897.

25) Hunt, R., and W. Harrington, Notes on the physiology of the cardiac nerves of the opossum (didelphys virginiana). Journ. of experim. Pathol. II. 6. p. 711. 1897.

26) Hunt, R., and W. Harrington, Note on the physiology of the cardiac nerves of the calf. Journ. of experim. Pathol. II. 6. p. 723. 1897.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/199

27) Hering, H. E., Methode zur Isolirung des Herz-Lungen-Coronarkreislaufes bei unblutiger Ausschaltung des ganzen Centralnervensystems. Arch. f. Physiol. LXXII. 3 u. 4. p. 163. 1898.

28) Hofmann, A., Ueber den Zusammenhang der Durchschneidung des Nervus vagus mit degenerativen u. entzündlichen Veränderungen am Herzmuskel. Aus der med. Klinik zu Zürich. Virchow's Arch. CL. 1. p. 161. 1897.

29) Curtin, G. Roland, The influence of respiration upon the heart's action, with sphygmographic tracings of the case of cardiac inhibition. Univers. med. Mag. XI. 2. p. 69. Nov. 1898.

30) Cyon, E. v., Beiträge zur Physiologie d. Schilddrüse u. d. Herzens. Arch. f. Physiol. LXX. 3—6. p. 126. 1898.

31) Cyon, E. v., Die physiologischen Herzgifte. I. Theil. Arch. f. Physiol. LXXIII. 1 u. 2., 7 u. 8. p. 42. 339. 1898.

32) Winkler, F., Ueber den Effekt der reflektorischen Herznervenreizung unter dem Einfluss von Giften. Aus dem Laboratorium für experiment. Pathologie in Wien. Ztschr. f. klin. Med. XXXVI. 1 u. 2. p. 138. 1898.

33) Bottazzi, Phil., Sur le mécanisme d'action des sels de potassium sur le coeur. Arch. de Physiol. 5. S. VIII. 4. p. 882. Oct. 1896.

34) Charrin et Bardier, Influence des toxines sur le coeur. — Nature des principes actifs. Multiplicité des produits morbifiques d'un agent pathogène. Déduction. Arch. de Physiol. 5. S. IX. 3. p. 554. Juillet 1897.

35) Butler, G. R., Notes upon the position of the lower border of the heart and the topographical anatomy of the organ. Univers. med. Mag. XI. 2. p. 82. Nov.

36) Cannieu, A., Note sur l'anatomie du péricarde. Arch. clin. de Bordeaux VI. 6. p. 243. Juin 1897.

37) Keiller, W., The descriptive anatomy of the human heart. Amer. Journ. of med. Sc. CXV. 4. p. 428. April 1898.

38) Weber, A., et M. Deguy, La région mitro-aortique; étude anatomique et pathologique. Arch. de Méd. expérim. IX. 3. p. 339. Mai 1897.

39) Meigs, A., The penetration of the muscular fibres of the human heart by capillaries and the existence in that organ of very large capillaries. Journ. of Anat. and Physiol. XXXIII. 2. p. 243. Jan. 1899.

40) Nyström, G., Ueber die Lymphbahnen des Herzens. Arch. f. Anat. u. Physiol. [anat. Abth.] 5 u. 6. p. 361. 1897.

41) Jarotzky, A., Ein unmittelbar vom Herzen aufgenommenes Kardiogramm. Ztschr. f. klin. Med. XXXV. 3 u. 4. p. 301. 1898.

42) Frank, Otto, Ein experimentelles Hülfsmittel für eine Kritik der Kammerdruckcurven. Ztschr. f. Biol. XXXV. 4. p. 468. 1897.

43) Pfaundler, M., Eine graphische Darstellungsweise des auskultatorischen Herzbefundes ohne conventionelle Zeichen. Wien. klin. Wchnschr. XI. 48. 1898.

44) Holowinski, A. de, Sur la photographie des bruits du coeur. Arch. de Physiol. VIII. 4. p. 893. Oct. 1896.

45) Budier, M., Cardiographie du lapin et du cobaye (à propos d'un nouveau cardiographe). Arch. de Physiol. 5. S. IX. 3. p. 704. Juillet 1897.

In dem Institute für allgemeine und experimentelle Pathologie der Wiener Universität nahm L. Braun (1) kinematographische Aufnahmen am blossgelegten Hundeherzen vor. Der Herzstoss ist vorwiegend durch die während der Systole eintretende Härte und Formveränderung des Herzens bedingt. Durch die Aufnahmen konnte Br. die systolische Umformung des Herzens einem genauen Studium unterziehen. Als Hauptmoment dieser Umformung des linken Ventrikels kann zunächst die Wölbungzunahme seiner Wände, beziehungsweise die Verlängerung seines Tiefendurchmessers festgestellt werden. Ein Querschnitt des linken Ventrikels ist während der Diastole eine elliptische Figur, während der Systole nähert sich die Form mehr oder weniger der Kreisfigur. Während der Systole tritt an der Vorderfläche des Spitzentheiles eine kugelige Prominenz hervor, die höher als der untere Herzrand liegt. Dieser systolische Herzbuckel ist am diastolischen und todten Herzen nicht vorhanden. An der Vorderfläche des Herzens, zwischen dem rechten und dem linken Ventrikel, ist während der ganzen Dauer der Systole eine tiefe Furche ausgeprägt. Sie kommt dadurch zu Stande, dass sich der linke und der rechte Ventrikel entsprechend der verschiedenen Form der Höhlen nach verschiedenen Radien krümmen, sowie durch die Hebel- und Rotationbewegungen des linken Ventrikels.

Die Hebelbewegung ist die dominirende Bewegung des linken Ventrikels, der sich die Wölbungzunahme, die Rotation, die Bildung des systolischen Herzbuckels und die Verschmälerung der Kammer zugesellen. Durch die Durchleuchtung des Herzens mit Röntgenstrahlen wird die Annahme, dass der systolische Herzbuckel den Spitzenstoss erzeugt, bewiesen. Die Umformung in der Wand des Spitzenantheils imponirt nur scheinbar als Aufwärtsbewegung der Herzspitze, der anatomische untere Rand des Herzens bleibt stets an Ort und Stelle. In dem geschlossenen Brustraume, der einen sicht- und fühlbaren Herzspitzenstoss besitzt, sind die Bedingungen vorhanden, die ein Ausweichen des Herzens in toto nach rückwärts und nach oben verhindern, und die eine Uebertragung der Umformung- und Bewegungerscheinungen des systolischen Herzens auf die linke vordere Brustwand zur Folge haben.

Derselbe Verfasser (2) stellte weitere Beobachtungen über die Rotation der linken Kammer an. Er hatte Gelegenheit, die Bewegungen des freiliegenden Herzens an einem Kranken zu beobachten, bei dem ausgedehnte Resektionen von Rippen vorgenommen waren, und an freigelegten Thierherzen (Affenherz) Versuche anzustellen. Die Rotation erfolgt in der Weise, dass das Herz mit seinem unteren und mit dem seitlichen linken Rande eine Drehung über vorn nach rechts ausführt. Die Lokomotion macht den Eindruck einer spiraligen Bewegung. Ihre Grösse nimmt an den einzelnen Punkten des linken Ventrikels in geradem Verhältnisse zu ihrer Entfernung von der Herzbasis einerseits, von der vorderen Längsfurche andererseits zu. Das Zustandekommen der Rotation wird in genügendem Maasse durch die Anordnung und durch die daraus abzuleitende Wirkung der Muskelfasern des Herzens erklärt.

Staehelin (3) prüfte den Einfluss der Muskelarbeit auf die Herzthätigkeit bei Gesunden und

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/200

berücksichtigte dabei besonders die Erholung und die Gewöhnung des Herzens an eine bestimmte Arbeit. Zur Arbeitleistung wurde der Ergostat benutzt und die Pulsuntersuchung vor und nach der geleisteten Arbeit mit dem Sphygmochronographen vorgenommen. Es wurden bei den Versuchen drei Gruppen von Arbeitleistungen in Betracht gezogen, die erste mit einer kleinen Arbeit von 1000 Kilogrammmeter, die zweite mit 4500 und die dritte mit 10000 Kilogrammmeter. Mit der Zunahme der geleisteten Arbeit trat eine entsprechende Steigerung der Pulsfrequenz nach der Arbeit ein. Man würde jedoch zu weit gehen, von einem proportionalen Verhältniss zwischen Arbeit und Pulsfrequenz zu sprechen. Das Herz ist anfänglich gegen eine selbst mässige Muskelarbeit sehr empfindlich, die Pulsfrequenz geht rasch in die Höhe, um jedoch bald ihr Maximum zu erreichen, so dass jede weitere Arbeit ohne Einfluss bleibt. Es tritt dann Herzklopfen und eine lebhafte Dyspnöe ein, die zum Aussetzen der Arbeit zwingt. Unmittelbar nach Beendigung der Arbeit sinkt die Pulsfrequenz in deutlich sichtbarer Weise. Bei kleiner Arbeitleistung ist sie nach 2 Minuten verschwunden, bei mittlerer ist die Erholung des Herzens in 10—15 Minuten eingetreten, bei grosser nach 15, 20 bis 30 Minuten und später. In vielen Fällen kann eine mehr oder weniger starke Abnahme der Herzreaktion mit der Zahl der Versuche beobachtet werden, doch tritt diese Erscheinung nicht regelmässig und deutlich genug hervor, als dass darin die Hauptwirkung der Uebung des Herzens erblickt werden darf. Es lässt sich aber eine unverkennbare Wirkung der Uebung in der Erholungsfähigkeit des Herzens verfolgen. Die Erholung tritt an den späteren Versuchstagen schon frühzeitig ein. Nach vollendeter Arbeit zeigt der Puls eine stark ausgeprägte Dikrotie. Häufig treten wellenförmige Bewegungen der Pulsreihe auf, ähnlich den unter dem Namen Traube-Hering'schen oder Mayer'schen Wellen bekannten Erscheinungen. Unregelmässigkeiten des Pulses wurden nur einige Male beobachtet. Sie treten sofort nach der Muskelarbeit auf oder sie zeigen sich, indem die Pulsation den Charakter des Pulsus bigeminus aufweist. Die Erscheinungen verschwinden jedoch bald.

Auch Athanasiu und Carvallo (4, Ref. Faust) stellten Untersuchungen über den Einfluss der Muskelarbeit auf den Rhythmus des Herzens an. Schon einfaches Beugen der Finger lässt den Herzschlag schneller werden, während das Volumen des Armes, d. h. die Quantität des Blutes, die sich darin befindet, abnimmt. Wenn mit Chloral betäubte Hunde erschüttert werden, ohne Muskelzuckungen zu bekommen, so sinkt der Blutdruck in Folge von Gefässerweiterung und die Schlagfolge des Herzens bleibt die gleiche. Treten beim gleichen Experimente Muskelzuckungen auf, so findet man Pulsbeschleunigung und zugleich Steigen des Blutdrucks. Bei angehaltenem Athem tritt nach anfänglicher Verlangsamung Pulsbeschleunigung ein, ebenso aber bei rascher Athmung in Folge von Muskelarbeit. Da die willkürliche Athembeschleunigung nur sehr geringen Einfluss auf das Herz hat, während bei festgehaltener Athemfrequenz trotz anstrengender Arbeit die Pulszahl steigt, folgern A. u. C., dass die Pulsbeschleunigung bei und nach Muskelarbeit unabhängig sowohl vom Blutdrucke, wie von mechanischen oder chemischen Einflüssen der Respiration ist [?].

v. Wenusch (5) prüfte experimentell die Wirkung der Centrifugalkraft auf die Blutcirkulation. Bei diesen Versuchen wurden Menschen in bestimmter Rückenlage auf eine kreisförmige Holzscheibe von 2 m Durchmesser gebracht; es konnten 60 Umdrehungen in der Minute vorgenommen werden, ohne dass unangenehme Erscheinungen auftraten. Stets war eine Verminderung des Blutdrucks zu beobachten, ebenso wie eine Abnahme der Pulsfrequenz, die zwischen 10 und 20 Pulsschlägen schwankte. v. W. meint, dass die Herabsetzung des Blutdrucks in den Versuchen wohl in erster Linie auf mechanische Ursachen, Vertheilung der Blutmenge, Erweiterung der Strombahnen, in zweiter auf eine eventuelle reflektorische Erregung der Vasodilatatoren durch den Splanchnicus und gleichwerthige centripetale Gefässnerven zurückzuführen sei. Die Herabsetzung des Druckes in der Aorta und die Verminderung der Herzarbeit durch die Centrifugalkraft seien vielleicht in therapeutischer Hinsicht zu verwerthen.

Hill und Barnard (6, Ref. Faust) untersuchten den Einfluss der Schwerkraft auf den Blutdruck bei verschiedenen Einflüssen am horizontal und vertikal gelagerten Versuchsthier und kommen auf Grund einer zahlreichen Reihe von Experimenten zu dem Schlusse, dass zu der Unterhaltung einer geregelten Cirkulation der Tonus der Unterleibsgefässe und die Thätigkeit der respiratorischen Brust- und Bauchmuskeln unbedingt nöthig ist. Durchschneidung der Splanchnici oder des Rückenmarks in der Höhe des 1. Brustwirbels giebt das Gefässsystem bei senkrechter Körperstellung schutzlos dem hydrostatischen Einflusse der Schwerkraft preis, der Aortendruck sinkt auf 0, das linke Herz schlägt leer, der Blutkreislauf hört auf. Dagegen hat bei normalem Verhalten der Bauchdecken und des Tonus der Unterleibsgefässe die Lageveränderung des Körpers nur einen sehr geringen Einfluss auf den Blutdruck; dasselbe gilt bei alleiniger Ausschaltung der Zwerchfellathmung.

Bei Menschen mit mangelhaftem Gefässtonus und schlaffen Bauchdecken führt die aufrechte Stellung leicht zu Hirnanämie. Im Gegensatze zu den Angaben der Hyderabad-Commission fanden H. u. B., dass Chloroform die Periode des Herzstillstandes bei Vagusreizung wesentlich verlängert, so dass das arterielle Gefässsystem fast völlig leer wird.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/201

Bei Besprechung des mittleren Blutdrucks wenden die Vff. sich gegen die Giltigkeit der Anschauungen von E. H. Weber und halten den Vergleich des Gefässsystems mit dessen bekanntem (aus Dünndarmschlingen zusammengesetzten) Modell für nicht angängig, da das Gefässsystem ein durch Klappen und Capillaren unterbrochenes System sei, in dem grosse, durch die Vasoconstriktoren veranlasste Druckschwankungen im arteriellen Abschnitte stattfinden könnten, ohne sich im venösen oder Lungenkreislauf zu markiren. Ueberhaupt könne man von einem „mittleren Druck“ nicht sprechen, zumal das ganze Gefässsystem nicht vollkommen gefüllt sei: weite arterielle Gefässgebiete könnten sich contrahiren, ohne irgend welche Blutdruckveränderung in der V. cava hervorzurufen und bei Herzstillstand fliesse das Blut in die Venen und die abhängigen Körperstellen ab, so dass die grossen Arterienstämme vollkommen leer gefunden werden.

Hill, Barnard u. Soltau (7, Ref. Faust) fanden mit ihrem Sphygmomanometer am gesunden Menschen Folgendes: 1) Der Blutdruck ist in horizontaler Körperlage in allen grossen Arterien der gleiche. 2) Beim Uebergang in die vertikale Stellung bleibt der Blutdruck in der Brachialis, wohl auch in der Carotis, derselbe oder er steigt sogar etwas. 3) Beim Sitzen wird der Druck in den Beinen höher als in den Armen. 4) Beim kräftigen, nicht ermüdeten Individuum bleibt jede Pulsbeschleunigung bei dem Uebergang aus der horizontalen in die vertikale Lage aus, tritt aber beim erschöpften (Abends) ein. Der Einfluss der Schwerkraft wird beim kräftigen Menschen, unabhängig vom Herzen, nur durch die Vasomotoren compensirt; beim geschwächten oder neurasthenischen kann nur vermehrte Schlagfolge den Druck hoch erhalten. Ohnmacht tritt ein, wenn das Herz dies nicht leisten kann.

Hill (8, Ref. Faust) fügt dem noch folgende Bemerkungen hinzu: Im Schlaf sinkt der Blutdruck nicht tiefer, als bei geistiger und körperlicher Ruhe. Im Stehen ist der Druck am Morgen höher, als im Liegen. Im kalten Bade steigt der Druck zunächst, um aber bald trotz Fröstelns, bei ruhigem Verhalten auf die gewöhnliche Höhe wieder abzusinken. Im heissen Bade sinkt der Druck unter seinen Ruhewerth. Thee lässt ihn steigen, Alkohol mässig sinken, Mahlzeiten sind von sehr geringem Einflusse.

Langendorff (9) hat am überlebenden Säugethierherzen vorübergehende Unregelmässigkeiten des Herzschlages und ihre Ausgleichung untersucht. Das Herz besitzt die Fähigkeit trotz vorübergehender Störungen seine Arbeitleistung gleichmässig zu erhalten. Wenn man das Herz durch einen Einzelreiz treffen und so eine Extracontraktion ausführen lässt, so erkennt man deutlich die Vergrösserung der der jedesmaligen compensatorischen Pause folgenden Systole. Je kleiner die Extrazusammenziehung, um so grösser ist die der Pause folgende compensatorische Systole. Auch an den Vorkammern wurde die am Ventrikel beobachtete Verstärkung der auf die Compensationpause folgenden Systole gefunden. Auch Bottazzi (10, Ref. Faust) hat beim 11—12 Tage alten Hühnerembryo, dessen Ventrikel noch ganglienlos sind, beobachtet, dass einer durch einen Reiz hervorgerufenen Extrasystole eine übernormale Contraktion folgt. Dasselbe tritt am Herzen der erwachsenen Kröte ein. Bottazzi nimmt an, dass während der Vagusruhe eine grössere Thätigkeit der chemischen Integrationvorgänge in den Muskelzellen stattgefunden habe, deren Folge das Freiwerden einer entsprechenden Energiemenge vom Herzen aus, d. h. eine stärkere Systole, sein müsse. Nach Langendorff ist die grössere Stärke der compensatorischen Systole vermuthlich dadurch bedingt, dass der Herzmuskel in gleichen Zeiten gleiche Energiemengen ausgiebt, dass die künstlich hervorgerufene Systole aber nur einen Bruchtheil der disponiblen Spannkraft in Anspruch nimmt, so dass die Entbindung eines grösseren Kraftvorrathes nach Ablauf der Pause, die compensatorische Systole, folgt. Auch aus nicht erkennbaren Ursachen kommen vorübergehende spontane Störungen des Herzrhythmus vor, die an diejenigen erinnern, die man bei der Anwendung intercurrenter elektrischer oder mechanischer Einzelreize sieht. Auch hier folgt auf eine Extracontraktion eine verstärkte Systole. Die Erscheinung des irregulären Pulsus intermittens ist der am überlebenden Säugethierherzen beobachteten Störung ähnlich.

Auch Cushny und Matthews (11, Ref. Faust) lösten durch elektrische Reizung der Ventrikel am Hundeherzen ausserhalb des normalen Rhythmus Contraktionen aus. Auch sie fanden, dass jeder genügende Reiz nach der Contraktion eine verlängerte Pause und hierauf eine besonders starke Contraktion zu Folge hat, worauf der Ventrikel seinen gewöhnlichen Contraktionrhythmus wieder aufnimmt. Im Gegensatze zu Laulaine nehmen sie an, dass auch das Hundeherz, wie das Froschherz eine refraktorische Phase hat, die ungefähr in der Mitte der diastolischen Pause beginnt und sich bis kurz vor Vollendung der Systole erstreckt. Unmittelbar vor Beginn der refraktorischen Periode ist die Reizbarkeit des Ventrikels am grössten und wächst ausserdem mit der Dauer der Reizung, so dass der Rollenabstand immer grösser gewählt werden kann.

Mit experimentellen Studien im Laboratorium von Basch über Herzarhythmie beschäftigt, fand Heitler (12), dass bei Reizung des Perikardium am freigelegten Hundeherzen Arhythmie entsteht. Dabei waren einige Stellen, wie die obere Gegend am Sulcus longitudinalis, die Herzspitze u. s. w., empfindlicher wie andere. Wenn man bei diesen Versuchen das Perikardium unempfindlich machte,

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/202

indem man es mit Cocainlösung bepinselte, so konnte Arrhythmie nicht erzielt werden.

Rodet und Nicolas (13) beobachteten durch Versuche an Hunden die Einwirkung von Verwundungen des Herzens durch Stiche oder Schnitte. Sie fanden, dass Stiche keine schweren Erscheinungen hervorrufen, nur unmittelbare und vorübergehende Einwirkungen auf den Rhythmus des Herzschlages. Die Folgen sind unbedeutend oder gleich Null. Schwere Erscheinungen treten jedoch dann auf, wenn durch die Verwundung Coronargefässe verletzt sind, die eine Hämorrhagie hervorrufen. (Vgl. dagegen Kronecker's Arbeit über die Störungen der Coordination des Herzkammerschlages unten.) Auch bei Schnitten mit dem Bistouri ist die Schwere der auftretenden Herzerscheinungen nur durch die Hämorrhagie bedingt. Eine unmittelbar auftretende Synkope ist nach Ansicht der Vff. nicht durch die Verletzung des Herzens selbst hervorgerufen, sondern beruht auf den Folgen, Blutverlust, Ansammlung von Blut im Perikard. Die traumatischen Reizungen, namentlich die Stichverletzungen, üben eine stimulirende Wirkung auf das Herz aus, die sich verschieden ausdrücken kann, einmal durch Antecipation einer normalen Systole, oder durch die Beschleunigung normaler systolischer Contraktionen, oder es können auch rasch auf einander folgende Contraktionen sein, die in der Höhe und Form auf der Curve sehr verschieden sind.

Chatitoff (14) giebt einen Beitrag zu dem Studium der verschiedenen Schlagfolge des Herzens. Er bezeichnet als aktive Dissociationen diejenigen, die bei Compensationstörungen ergänzend eintreten und als passive solche, die in dem Falle zu Stande kommen, wenn das Herz nicht mehr die vom Körper geforderte Arbeit leisten kann. Bei Hemisystolia transversal. commun. contrahiren sich die Herzohren 2mal schneller als die Ventrikel (oder umgekehrt), bei der Hemisystolia transversal. dext. oder sinist. betrifft diese Schlagfolge nur die rechte oder die linke Herzhälfte. Bei der Hemisystolia longitudinal. simpl. entsprechen 2 Contraktionen des rechten Ventrikels einer des linken, die mit der 1. des rechten Ventrikels zusammenfällt. Bei der Hemisystolia invers. entsprechen 2 Contraktionen des linken Ventrikels einer des rechten, die mit der 2. des linken Ventrikels zusammenfallen muss. Bei der Systolia alternans contrahiren sich die beiden Ventrikel abwechselnd. Bei den passiven Dissociationen hängt der Mangel der Contraktion von der Schwäche des Ventrikels ab. Ch. bezeichnet diese als Bigeminie des synchronen Herzschlages, als Pseudohemisystolia simpl. (sichtbarer Mangel der 2. Contraktion des linken Ventrikels) und als Pseudohemisystolia alternans (paralytische Contraktionen des rechten Ventrikels, während der linke sich energisch contrahirt). Was die Aetiologie der Störungen in der Schlagfolge anbetrifft, so können sie auf destruktiven Veränderungen am Herzen, auf Störungen in der Blutcirkulation, auf Einflüssen auf die Innervation des Herzens und auf therapeutischen Heilmitteln aus der Gruppe der Digitalis beruhen.

In einem Aufsatze über die Innervation des Herzens fasst Biedl (15) das Thatsachenmaterial zusammen, auf das sich die Lehre von den vier centrifugalen Nerven des Herzens stützt. Pawlow hatte 1887 in seiner Arbeit über die centrifugalen Nerven des Herzens durch Versuche gezeigt, dass die Arbeit des Herzens nicht nur durch verlangsamende und beschleunigende Fasern, durch die Vagi und Nervi accelerantes, sondern auch durch schwächende und verstärkende Fasern regiert werde. Durch Reizung des Vagus nach Vergiftung mit Convallariatinktur und nach Reizung des durch anatomische Präparation blossgelegten, von ihm sogenannten „starken inneren Zweiges" konnte er stets Blutdrucksenkung bei nur wenig schwankender Pulsfrequenz nachweisen. Die verstärkenden, sogenannten pressorischen Fasern riefen nach vorhergehender Lähmung der Antagonisten durch Atropin oder bei deren Erschöpfung nach wiederholter Reizung starke Blutdrucksteigerung hervor, ohne dass sich die Schlagfolge des Herzens änderte. Ueber die Natur der neuen Herznerven konnte sich Pawlow nur andeutungsweise äussern. Entweder sind diese Fasern Gefässnerven der Coronararterien und wirken auf das Herz, indem sie dessen Ernährung beeinflussen, oder es sind specifische Nerven, die die Reizbarkeit des Herzmuskels steigern oder vermindern.

Die Ansicht, dass die den Herzschlag verstärkende oder abschwächende Wirkung auf der Erregung gefässverengernder oder gefässerweiternder Fasern beruht, hält Maass (16) auf Grund seiner Versuche, die er über die Gefässnerven der Herzwand anstellte, nicht für unwahrscheinlich. Er giebt eine vorläufige Mittheilung der Resultate, der die von der Rostocker med. Fakultät preisgekrönte ausführliche Arbeit folgen wird. Er fand, dass der Vagus verengernde Fasern für die Gefässe der Herzwand führt, dass daneben sich auch Gefässerweiterer, wenn auch in geringerer Menge und nicht regelmässig, nachweisen lassen. Die Dilatatoren der Herzgefässe stammen wahrscheinlich aus dem Rückenmarke, passiren das Ganglion stellat. und gelangen durch die Ansa Vieussenii zum Herzen. Die Gefässverengerer schlagen somit den Weg der herzhemmenden, die Erweiterer den der herzbeschleunigenden Fasern ein.

Hofmann (17) theilt in einer ausführlichen Arbeit Beiträge zur Lehre von der Herzinnervation mit. Die Ergebnisse seiner Versuche sind zusammengefasst die folgenden: Die durch rhythmische direkte Reizung der Vorhöfe oder des Ventrikels des Froschherzens ausgelösten Contraktionen werden durch die Vagusreizung vorübergehend abgeschwächt. Die Abschwächung kann an den Vorhöfen so weit gehen, dass man mit keinem Mittel

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/203

eine Bewegung wahrnehmen kann, dass also durch Vagusreizung eine anscheinende Unerregbarkeit dieser Herzabschnitte hervorgerufen wird. Diese Vaguswirkung tritt in gleicher Weise auf am Herzen in situ bei erhaltenem Kreislaufe, wie am herausgeschnittenen unversehrten oder durch Eröffnung der Vorhöfe und Freipräpariren der Scheidewandnerven verletzten Herzen, bez. an dem durch Abtrennung des Sinus bei Erhaltung der Scheidewandnerven zum Stillstande gebrachten Ventrikel (Scheidewandnervenpräparat). H. nennt den Zustand der Vorhöfe oder des Ventrikels, in dem diese auf künstliche Reize sowohl, als auf die normale innere Erregung mit schwächeren Contraktionen reagiren als im normalen Zustande, den *hypodynamen* Zustand. Am Scheidewandnervenpräparate werden durch Reizung der Verstärkungfasern die durch direkte rhythmische Ventrikelreizung hervorgerufenen Contraktionen ebenso verstärkt, wie die auf die normalen sogen. inneren Reize erfolgenden Contraktionen. Dieser Zustand des Ventrikels wird als *hyperdynamer* bezeichnet. Der Ventrikel reagirt im hypo- und hyperdynamen Zustande ebenso wie im normalen auf Momentanreize stets maximal. Die Contraktionstärke ist also stets unabhängig von der Reizstärke. Der Einfluss der Pause äussert sich im hypo- und hyperdynamen Zustande ebenso wie im normalen. Am spontanschlagenden Herzen kann bei Vagusreizung in Folge des entgegenwirkenden Einflusses der gleichzeitigen Frequenzänderung der hypo- und hyperdyname Zustand des Ventrikels ganz maskirt werden. So können im hypodynamen Zustande wegen des gleichzeitigen Seltnerwerdens der Herzschläge die Contraktionen höher sein als im normalen, und umgekehrt, im hyperdynamen Zustande können die Contraktionen in Folge einer gleichzeitigen starken Beschleunigung der Frequenz niedriger sein als im normalen Zustande. Die Aenderung der Contraktionstärke des Vorhofes und Ventrikels bei Vagusreizung beruht auf einer durch den Vagus hervorgerufenen Zustandsänderung der Muskulatur dieser Herzabtheilungen.

In dem II. Theile seiner Abhandlung, der weitere Untersuchungen über die Funktion der Scheidewandnerven des Froschherzens enthält, kommt H. zu den folgenden Ergebnissen: Mittels der Methode der rhythmischen Reizung lässt sich streng nachweisen, dass alle jene Vagusfasern, die die Stärke der Ventrikelcontraktionen beeinflussen, ausschliesslich in den Scheidewandnerven verlaufen. Ausserdem üben die Scheidewandnerven durch rückläufige, von der Atrioventrikulargrenze aus in den Vorhof einstrahlende Fasern einen Einfluss auf die Stärke der Vorhofscontraktionen aus. Die Stärke der Ventrikelcontraktionen ist von der Stärke der vorausgehenden Vorhofscontraktionen vollkommen unabhängig. Bei direkter rhythmischer Reizung des Vorhofes treten unter Umständen bei starker Vaguswirkung sogar dann noch Ventrikelcontraktionen auf, wenn die Vorhofscontraktionen bis zur Unmerklichkeit abgeschwächt sind. Durch Reizung der Scheidewandnerven kann die Ueberleitung der Erregung vom Vorhofe zum Ventrikel vorübergehend gehemmt werden. Diese Vaguswirkung wird ebenfalls nur durch die Scheidewandnerven vermittelt und sie tritt regelmässig dann ein, wenn das Gewebe der ganglienfreien Vorhofswand an der Atrioventrikulargrenze zuvor irgendwie geschädigt wurde. Die Resultate der Versuche an den Scheidewandnerven des Froschherzens stimmen überein mit den Versuchsergebnissen von Gaskell am Coronarnerven des Schildkrötenherzens. Der wesentlichste Unterschied ist der, dass die Scheidewandnerven die einzige anatomisch und physiologisch nachweisbare Fortsetzung des Vagus zum Ventrikel bilden, während der Coronarnerv nur ein Zweig des rechten Vagus zur Atrioventrikulargrenze ist. Die gefundenen Thatsachen lassen sich am einfachsten durch die Engelmann-Gaskell'sche Theorie der intramuskulären Leitung der Erregung im Herzen erklären.

Während so Hofmann die Theorie der intramuskulären Erregungleitung für die wahrscheinlichste aller bis heute aufgestellten hält, erkennt Kronecker (18) die Theorie vom myogenen Herzpulse nicht als erwiesen an. In dem Jubelbande der Zeitschrift für Biologie zu Ehren von W. Kühne stellt er die Resultate seiner langjährigen Erfahrungen über Störungen der Coordination des Herzkammerschlages zusammen, indem er dabei eingehend die Arbeiten der in Betracht kommenden Autoren bespricht. Die Einzelheiten der ausführlichen Arbeit können hier nicht wiedergegeben werden, da eine erschöpfende Darstellung den Rahmen dieses Berichtes überschreiten würde. Schon 1884 hatte Kr. mit Schmey beobachtet, dass nach der Verletzung einer anatomisch noch nicht genau bestimmten Stelle der Kammerscheidewand die Pulsation der Herzkammern aufhört, und dass diese in fibrilläre Zuckungen verfallen. Er nimmt an, dass an dieser Stelle ein Kreuzungpunkt der Innervationwege liegt, der in der Norm als Coordinationcentrum für die Muskulatur der Herzkammern dient.

Seine Versuche führten ihn zu dem Schlusse, dass die Coordination des Herzkammerschlages, auf welche Weise sie auch gestört werde, ob durch Verschluss der Coronararterien, oder durch elektrische Reizung, oder durch den Septumstich, oder durch Abkühlung, oder durch Vergiftung (zumal mit Chloroform) stets, in letzter Linie, durch vorübergehende Anämie der Herzkammerwandungen die Lähmung der schlagerhaltenden Nervengeflechte veranlasst. Elektrische Reizversuche zeigten, dass, wenn man das Coordinationcentrum zwischen die Elektroden genommen hat, man viel geringerer Stromstärke bedarf, um Flimmern des Herzens hervorzurufen, als von entfernten Stellen aus. Die

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/204

Lähmung folgte, genau wie mechanischen und elektrischen Eingriffen, auch der Kranzarterienverschliessung, die auf verschiedenen Wegen erzielt wurde. Die Abkühlung des Herzens von Hunden auf 25—27° C. erzeugt Flimmern, dagegen konnte das Herz durch Erwärmen mit Kochsalzlösung von nahezu 50° C. nicht gelähmt werden. Aus Injektionversuchen schliesst Kr., dass nervöse Elemente, die nur äusserst kurze Zeit eine Anämie vertragen (ähnlich dem Gehirn) durch die Embolie sofort gelähmt werden. Da von kleinen peripherischen Bezirken der Coronargefässe Flimmern der Herzkammern ausgelöst werden kann, so handelt es sich um reflektorische Vorgänge. Das Gefässnervencentrum der centripetalen Gefässnervenbahnen scheint in der Herzkammerscheidewand zu liegen, da es durch den Kr.'schen Nadelstichversuch in solche Erregung versetzt wird, dass die hiernach erfolgende Anämie die Coordination der Herzpulse vernichtet.

Diese Kronecker'sche Hypothese, dass der die Coordination beherrschende Bezirk in der Kammerscheidewand ein Gefässnervencentrum enthalten müsse, machte Barbèra (19) zum Studium einer Nachprüfung im Kronecker'schen Laboratorium. Er versuchte dieses Gefässcentrum zu lähmen. Dann musste das Herz den erregenden tödtlichen Eingriffen widerstehen können. Während nach Aufhören der elektrischen Reize die Herzen der meisten untersuchten Thiere wieder coordinirt zu schlagen begannen, starb das Herz des Hundes stets flimmernd ab. Durch seine Versuche zeigt B. jedoch, dass auch das Hundeherz sich von fibrillären Zuckungen erholen kann, wenn seine Kranzgefässe gelähmt sind. Das geeigneteste Mittel, die Gefässe zu lähmen, scheint die andauernde Erwärmung zu sein. In minderem Maasse ist auch das Chloralhydrat hierzu befähigt.

Im Gegensatze zu Kronecker glaubt Langendorff (20) nicht, dass es zulässig ist, das durch elektrische Reizung des Herzens hervorgerufene Flimmern durch die Erregung eines im Herzen befindlichen gefässverengenden Centralapparates zu erklären. Aus seinen Beobachtungen geht hervor, dass zwar der Herzmuskel für sich die Fähigkeit besitzt, in elektrisches Flimmern zu gerathen, dass aber am Auftreten des elektrischen Flimmerns am unverletzten Herzen höchst wahrscheinlich die gangliösen Apparate in erster Linie betheiligt sind. Was von dem Flimmern bei elektrischer Durchströmung gilt, hat vermuthlich auch für den auf andere Weise zu Stande kommenden Verlust der Coordination Geltung. Bei unipolarer Reizung durch einzelne, auch starke Induktionschläge, sowie durch kurzdauernde Kettenströme von grosser Stromstärke liess sich das Wogen nicht erzeugen. Bei Versuchen, die L. anstellte, um zu beobachten, ob die Durchfrierung solcher Stellen der Herzwand, die grössere Coronararterien nicht enthalten, die Coordination der Kammerbewegungen stört oder vernichtet, entstand in keinem Falle Wogen. Seine Beobachtungen stehen mit den Gefrierversuchen von Kronecker im Widerspruche. Dass die Anämie allein nicht nothwendig Wogen zur Folge hat, zeigt er dadurch, dass eine angeschnittene Art. coronaria mehrere Minuten lang spritzt, ohne dass das Herz in Flimmern geräth.

Auch für Prevost (21), der sich mit dem gleichen Thema beschäftigte, scheinen mehrere Thatsachen im Widerspruche mit der Hypothese von Kronecker zu sein. Diese erklärt nicht, wie ein Herz, das flimmert, seine rhythmischen Contraktionen wieder aufnimmt, wenn man es aus dem Thierkörper entfernt und es in Stücke schneidet. Auch ein Herz, das man aus dem Thorax herausnimmt, kann in Flimmern gerathen. In diesem Falle kann das Wogen nicht auf eine vasomotorische Contraktion der Coronararterien bezogen werden und Anämie hervorrufen. Kaltblüter zeigen kein Flimmern; ältere Hunde sterben rasch, wenn einmal das Flimmern begonnen hat. Ganz junge oder mit Coniin behandelte können sich erholen.

Muskens (22) giebt eine Uebersicht der Entwickelung der modernen Theorie der Herzaktion und der Funktion der Herznerven. Er schliesst, dass die intrakardialen Ganglien nicht die Quelle der spontanen Herzcontraktionen sein können. Er stellte Versuche über die Sensibilität des Herzens und über die Reflexe von einem Theile des Herzens zum andern an. Neben der Hypothese Engelmann's, die eine myogene Autoregulation annimmt, glaubt M. nach seinen Versuchen auf eine neurogene Autoregulation, die von den Reflexen abhängig ist, schliessen zu können.

In einer weiteren Arbeit bestätigt Muskens (23, Ref. Faust) durch Untersuchungen, die im Laboratorium von Engelmann angestellt wurden, dass am Froschherzen die Contraktionwellen von dem Venensinus ausgehen, unter dem Einflusse des Vagus aber unterbrochen werden. Er hält die dromotrope Wirkung des Nerven, den Effekt der Vagusreizung auf die Leitung der Erregung im Herzen, für viel bedeutender als die chronotrope, die frequenzverändernde Wirkung dieses Nerven.

In seiner Untersuchung über die Wirkung des Herzvagus bei Warmblütern hat Knoll angegeben, dass an dem unter dem Einflusse der Erstickung absterbenden Hundeherzen während der Vagusreizung Verschiedenheiten in den Zusammenziehungen zwischen der oberen Hohlvene und dem rechten Vorhofe zu Tage treten können. Nach neueren Beobachtungen (24) erfährt der Rhythmus der Contraktionen der Vena cava sup. bei Vagusreizung im Allgemeinen dieselben Veränderungen wie jener des Herzschlages. Dabei entspricht jedoch nicht nur jedem combinirten Vorhofs-Ventrikelschlage, sondern jedem isolirten Vorhofs- oder

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/205

Ventrikelschlage eine Venencontraktion. Bei einer zum Herzstillstande führenden Vagusreizung erschlafft die Venenwand und verharrt in Ruhe. Führt die Reizung zur Vorhofsruhe, während der Ventrikel schlägt, so beobachtet man mit den Ventrikelschlägen isorhythmische Venencontraktionen. Die Contraktion der Vene eilt jener des Herzens um ein minimales Zeittheilchen voraus. Dieses Vorauseilen spricht wie noch einige andere Gründe ebenfalls für die Ansicht Engelmann's, dass die rhythmischen Impulse für die Herzthätigkeit von den grossen Venenstämmen ausgehen.

Hunt und Harrington (25, Ref. Faust) untersuchten die Herznerven der Beutelratte und fanden im Allgemeinen dieselben Verhältnisse wie bei den sonst experimentell untersuchten Säugethieren. Die Pulszahl der Beutelratte ist etwa 120, der Carotisdruck 120—135 mm Hg. Die gefundenen Unterschiede sind kurz folgende: 1) Reizung des Vagus hat bei geringeren Reizen Herzstillstand zur Folge als bei anderen Säugethieren; auch die Nachwirkung ist eine viel längere. Trotz grosser Verlangsamung behält der Blutdruck seine Höhe oder steigt sogar. 2) Während beim Kaninchen die verlangsamende Wirkung der Depressorreizung rasch nachlässt, hält sie bei der Beutelratte an, so lange die Reizung dauert. 3) Auffällig ist die Neigung der Ventrikel, bei Acceleransreizung unregelmässig zu schlagen; anfangs hat die Reizung sogar Verlangsamung zur Folge; wahrscheinlich deshalb, weil die Ventrikel nicht prompt den anregenden Aurikelcontraktionen folgen. Wird bei gleichzeitiger Vagusreizung der Accelerans gereizt, so ist die Steigerung der Pulsfrequenz eine relativ grössere als bei alleiniger Acceleransreizung.

Aehnliche Untersuchungen, die Hunt und Harrington (26, Ref. Faust) am Kalbe anstellten, zeigten, dass Vagusreizung besonders Verlangsamung der Ventrikelcontraktionen zur Folge hat, während die Herzohren nur wenig beeinflusst werden (umgekehrt wie beim Hunde). Auch die Nachwirkung ist ausgesprochener an den Ventrikeln. Offenbar leidet durch die Reizung die Leitungsfähigkeit der die Herzohren und Ventrikel verbindenden Muskelfasern. Acceleransreizung bessert vorübergehend ihre Leitungsfähigkeit, wirkt zunächst aber nur auf die Herzohren beschleunigend, während die Schlagzahl der Ventrikel anfangs geradezu verlangsamt wird (Engelmann 1896).

Hering (27) prüfte eine Methode, den Herz-Lungenkreislauf zu isoliren, indem er nach Einbinden einer U-förmigen Glaskanüle in das centrale Ende der einen Carotis und der gleichseitigen Jugularis in bestimmter Reihenfolge die Aorta und Art. subclavia dextr. et sin. abband, während mit der anderen Carotis ein Manometer in Verbindung gesetzt wurde. Auf diese Weise cirkulirt das Blut innerhalb folgenden Kreises: Linker Ventrikel, Aorta descend., Truncus anonym., Carotis, U-förmige Kanüle, V. jugularis; rechter Vorhof, rechter Ventrikel, Lungengefässe, linker Vorhof, linker Ventrikel. Ausserdem besteht der Coronarkreislauf. Die venösen Gefässe werden dabei nicht abgebunden. Bei dieser Methode wird die Funktion des centralen Nervensystems total ausgeschaltet. H., der diese Methode zu sehr vielen Versuchen benutzte, um die Funktion des Herzens, seiner Gefässe und der Lungengefässe zu studiren, theilt einige Resultate mit. Ein grosser Vortheil besteht darin, dass man lange die künstliche Ventilation aussetzen kann, ehe das Blut deutlich venös wird. Der Blutdruck kann leicht gesteigert werden, indem man die mit der Autotransfusionkanüle verbundene Carotis abklemmt. Bei dieser Blutdrucksteigerung, die ganz unabhängig vom centralen Nervensysteme erfolgt, werden sehr oft Unregelmässigkeiten des Herzschlages beobachtet. Die Methode wurde ferner angewendet, um die Einwirkung der Blutdrucksteigerung auf die Erregbarkeit der Herzhemmungsfasern des Vagus, sowie um das Verhalten des Blutdrucks hierbei und bei Erwärmung und Abkühlung des Blutes zu studiren. Wenn nach längerem Bestehen des Herz-Lungenkreislaufes der Verschluss an der Aorta gelöst wurde, so sank natürlich der Blutdruck rasch ab, um nach einer erneuten Abklemmung nach $^1/_2$—1 Minute wieder fast ganz auf die Höhe zu steigen, auf der er sich vorher befand. Diese Thatsache des Wiederansteigens ist deshalb interessant, weil bei dem Versuche der vom Centralnervensysteme abhängige Tonus der Gefässe total eliminirt war. Das Blut strömt zum Theile wieder zu dem Herzen zurück; das Zurückströmen nach der temporären Aortenlüftung erklärt H. aus den elastischen Kräften der Gefässe.

Um festzustellen, ob die von Eichhorst gefundene akute Verfettung des Herzmuskels nach doppelseitiger Vagusdurchschneidung auf den Wegfall wirklich trophischer Fasern zurückzuführen sei oder ob es sich dabei, wie von Zander, Anrep, Wassilieff, Knoll behauptet wird, nur um sekundäre Erscheinungen handle, ob sie eine Folge der Cirkulationstörung, der Dyspnöe oder der Inanition sei, stellte Hofmann (28) in der Klinik von Eichhorst Untersuchungen an Kaninchen an. Er fand, dass die einseitige Vagusdurchschneidung in den meisten Fällen gut vertragen wird. In vereinzelten Fällen gehen die Thiere an Pneumonie, seltener an einem Herztode zu Grunde. Die Folgen der einseitigen Vagusdurchschneidung, wie sie Fantino schildert, degenerative Processe an den Muskelfasern und entzündliche Infiltrationen mit Bindegewebeentwickelung, konnte er niemals finden. Nach doppelseitiger Vagusdurchschneidung tritt eine akute fettige Degeneration des Herzmuskels und eine abnorme Zerreissbarkeit der kleinen Herzgefässe auf, die eine Folge des Wegfalls specifisch trophischer Fasern ist. Zugleich finden sich als

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/206

mittelbare Folge myo-, seltener endokarditische Herde. Die Ansiedelung von im Blute kreisenden Staphylokokken im Herzen wird bei Kaninchen bei theilweisem oder gänzlichem Ausfalle des Vaguseinflusses nicht begünstigt.

Curtin (29, Ref. Faust) beobachtete einen 26jähr. gesunden Arzt, der nach Belieben seine Herzthätigkeit verändern, sechs Schläge lang sogar zum Stillstande bringen konnte, wie an einer Reihe von Sphygmographien demonstrirt wird. Sistirung der Athmung, starkes exspiratorisches Pressen und intensive Willensanstrengung waren zur Erreichung des Herzstillstandes nöthig. Aus der Literatur wird eine Anzahl ähnlicher Fälle angeführt (unter anderen der eines amerikanischen Obersten, der angeblich eine halbe Stunde sein Herz still stehen lassen konnte [??]). Ueberall bei Sterbenden, bei Kranken mit Herzfehlern, bei Apoplexie, bei Opiumvergiftung erweist sich die Abhängigkeit der Pulsfrequenz von der Athmung. Skiagraphisch lässt sich nachweisen, dass bei angehaltenem Athmen das Herz sich weniger füllt als bei normaler Athmung. Umgekehrt bringt künstliche Athmung das Herz des decapitirten Thieres, des asphyktischen Neugeborenen wieder zum Schlagen.

E. v. Cyon (30) theilt Beiträge zur Physiologie der Schilddrüse und des Herzens mit. Es würde den Rahmen dieses Berichtes wohl überschreiten, ein genaues Referat dieser umfassenden Arbeit zu geben, und es muss daher Jedem, der sich mit den Krankheiten der Schilddrüse bekannt machen will, empfohlen werden, das Original durchzulesen. v. C. bespricht die Anatomie der Herz- und der Schilddrüsennerven beim Pferde und Hunde und beschreibt Versuche über die dritte Wurzel des Depressor. Aus diesen Versuchen ist ersichtlich, dass der Depressor ausser den schon bekannten Nervenfasern, die den Tonus des Gefässcentrum herabzusetzen vermögen und die centralen Vagusenden in Erregung versetzen, noch eine dritte Art Fasern besitzt, die erregend auf die Centren der Accelerantes wirken. Durch die Ergebnisse der Versuche über die Wirkungen der Herz- und Schilddrüsennerven auf die Schilddrüse wurde der Beweis geführt, dass in der Drüse besonders günstige Bedingungen gegeben sind, um grosse Blumengen in kurzer Zeit durch die Gefässe durchströmen zu lassen. Diese Bedingungen sind sowohl durch die Wirkungsweise der Schilddrüsennerven auf die Blut- und Lymphcirkulation, als durch die Beeinflussung dieser Gefässe durch die Herznerven gegeben.

Die Schilddrüsen haben die Aufgabe, die Jodsalze, die auf das System der Vagi und Sympathici giftig wirken, unschädlich zu machen durch Ueberführung in eine organische Verbindung (das *Jodothyrin*), die auf dieselben Systeme anregend und ihre Leistungsfähigkeit erhöhend wirkt. Es besteht eine Harmonie zwischen dieser chemischen Aufgabe der Schilddrüse und ihrer vielleicht noch wichtigeren mechanischen Rolle im Körper. Diese mechanische Rolle beruht darauf, dass die Schilddrüsen als Schutzvorrichtungen für das Gehirn gegen Ueberfüllung mit Blut fungiren. Bei plötzlichen Steigerungen des Blutdrucks, sei es durch verstärkte Herzarbeit, sei es durch Vermehrung der Widerstände in den peripherischen Blutbahnen, vermögen die Schilddrüsen, dank der oben erwähnten Fähigkeit, grosse Blutmengen durch ihre Gefässe in kurzer Zeit durchzuleiten, also direkt von der Carotis in den Venenblutstrom zurückzuführen und ihnen den Eintritt in die Schädelhöhle zu verwehren. Die Schilddrüsen spielen in solchen Fällen die Rolle von Nebenschliessungen von sehr geringem Widerstande. v. C. beschreibt die Wirkungsweise der Herznerven und die Erregungsgesetze der Herzganglien. Der normale Herzschlag ist wahrscheinlich, was Stärke und Schlagzahl betrifft, die Resultante der gleichzeitigen Erregungen der hemmenden und der beschleunigenden Nerven. Die Resultanten der gemeinsamen Reizung der Vagi und Accelerantes sind in hohem Grade von dem Erregbarkeitzustande ihrer Herzganglien abhängig.

Durch die angeführten Untersuchungen glaubt v. C. gezeigt zu haben, dass Jodothyrin im Stande ist, die durch strumöse Erkrankungen, Thyreoidektomie, sowie durch Jodnatrium erzeugten lähmenden Einflüsse auf die Herzvagi und Depressores aufzuheben, auch wenn diese Einflüsse bis zur vollständigen Vernichtung der Erregbarkeit dieser Nerven geschritten sind. Das Hauptergebniss neuerer Versuche (31) besteht darin, dass Jodothyrin ebenfalls im Stande ist, auch die lähmenden Wirkungen solcher absoluter Vagusgifte, wie Atropin und Nicotin, momentan zu verhindern. Das Jodothyrin ist also eines der wichtigsten im Körper entstehenden physiologischen Herzgifte, dazu bestimmt, die Erregbarkeit der regulatorischen Herznervenapparate auf normaler Höhe constant zu erhalten und sowohl die inneren, wie die äusseren schädlichen, toxischen Einwirkungen auf diese Apparate zu beseitigen und zu bekämpfen.

Winkler (32) stellte im Laboratorium von Basch Versuche an über die Wirkung der reflektorischen Herznervenreizung unter dem Einflusse von Giften. Grossmann hatte gezeigt, dass die Reizung des centralen Stumpfes einiger Nerven die Herzarbeit begünstigt, indem der arterielle Blutdruck ansteigt und der Druck im linken Ventrikel absinkt. Die Versuche wurden in der Weise angestellt, dass der Ischiadicus der einen Seite freigelegt und faradisch gereizt wurde. Nachdem man sich von der erwähnten reflektorischen Herzreaktion überzeugt hatte, wurde den Thieren Muscarin, Amylnitrit oder Natriumnitrit gegeben. Bei der Muscarinvergiftung ist die Reaktion des Herzens gegenüber der Norm wesentlich herabgesetzt, indem die Ischiadicusreizung nur eine geringe Besserung der Herzarbeit hervorruft. Noch deutlicher tritt der schädigende Einfluss auf die Herz-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/207

arbeit bei der Intoxikation mit Natriumnitrit zu Tage. Am auffallendsten ist jedoch die Aenderung der Herzaktion bei Einführung von Amylnitrit, die Reizung des Ischiadicus geht hier immer mit einer starken Schädigung der Herzarbeit einher. Die günstige Reaktion des Herzens gegenüber sensiblen Reizen wird also durch die Einverleibung von Herzgiften entweder aufgehoben oder mindestens verringert, indem die systolische Contraktionfähigkeit des Herzens eine Einbusse erleidet. Die Pulsfrequenz erleidet nach Reizung des Ischiadicus eine Verlangsamung, bei der Muscarinvergiftung tritt nach der Reizung eine ziemlich bedeutende Steigerung der Pulsfrequenz ein.

Bottazzi (33) stellte an Herzen von Rana esculent. und Bufo virid. Versuche über den Mechanismus der Einwirkung der Kalisalze (KNO_3, KCl, K_2CO_3) an. Die Kalisalze haben je nach der Dosis, in der sie angewendet werden, eine verschiedene Wirkung. In kleinen Dosen regen sie die motorische Funktion des Organs an, in mittleren ermüden sie sie und in grossen Dosen lähmen sie das Herz.

Charrin und Bardier (34, Ref. Faust) untersuchten den Einfluss der alkohollöslichen Theile der Pyocyaneus- und Diphtherietoxine auf das Herz des Frosches, Hundes und Kaninchens. In beiden Fällen fanden sie bald Verlangsamung, bald Beschleunigung der Schlagfolge, Arrhythmie und Aufhebung des Synchronismus der Ventrikelcontraktionen. Weder der Alkoholniederschlag, noch die abgetödteten Mikroben selbst beeinflussten das Herz in nennenswerther Weise. Die einzelne Mikrobe erzeugt Stoffe verschiedener Art, die in ihrer Wirkung ebenso verschieden sind.

Nach Butler (35, Ref. Faust) liegt die untere Herzgrenze beim Lebenden nicht wie bei der Leiche in der Höhe der 6. Rippe, an der Grenze zwischen Sternum und Process. xiphoideus, sondern wenigstens einen halben Zoll tiefer; erst bei der letzten Exspiration steige das Zwerchfell und mit ihm das Herz in die Höhe. Ferner bilde im Gegensatze zum blutleeren abgeplatteten Leichenherzen das im Leben mit Blut gefüllte Herz eine vierseitige Pyramide mit einer oberen Spitze und auf dem Zwerchfell aufliegender Basis.

Cannieu (36, Ref. Faust) schildert, hauptsächlich nach Querschnitten, die topographisch-anatomischen Verhältnisse des Perikards, ohne Neues beizubringen. Nur erklärt er es für anatomisch unmöglich, dass ein linkseitiges pleuritisches Exsudat die Herzspitze nach rechts verschieben könne (was schon 1896 Bouchard's Leichenversuche mit nachträglich erstarrten Injektionen in die Pleura ergeben hatten).

Keiller (37, Ref. Faust) spricht sich unter Beibringung von 5 schematischen Abbildungen nach seinen Untersuchungen an in situ durch Formalin- oder Gelatineinjektionen fixirten Herzen in demselben Sinne wie Butler aus. Im Uebrigen bestätigt er die jetzt nach den Veröffentlichungen von His und Braune in Deutschland wenigstens angenommenen Anschauungen über die topographische Anatomie des Herzens.

Weber und Deguy (38, Ref. Faust) geben die Fortsetzung ihrer Untersuchungen der Regio mitro-aortica. Die grosse Mitralklappe gehört nach ihnen anatomisch, physiologisch und pathologisch dem Aortensystem an. Die atheromatösen Processe, die für das Arteriensystem charakteristisch sind, beginnen stets an der Klappenbasis, während vom Endokard ausgehende infektiöse Entzündungen oder Schrumpfungprocesse, die auf hämorrhagischen Infarkten der feinen Klappengefässe beruhen, immer an den Klappenrändern und der endokardialen Seite der Klappe ihren Ursprung nehmen. Die Herzfläche der grossen und die ganze kleine Mitralklappe zeigen niemals Atherom.

Meigs (39, Ref. Faust) glaubt seine schon 1891 gemachten Angaben, dass die Herzcapillaren die Muskelfibrillen durchdringen und weiter als an jeder anderen Körperstelle sind, an zwei durch die Coronararterien mit Berlinerblau injicirten Herzen bestätigen zu können. Wahrscheinlich handelt es sich um eine spätere Umwachsung der Capillaren durch die Muskelfibrillen, die nur am Herzen des Erwachsenen zu sehen ist.

Nyström (40) fasst seine Angaben über die Lymphbahnen des Herzmuskels kurz dahin zusammen, dass die Lymphbahnen des Myokardium eine Combination von Interstitien und wirklichen Gefässen bilden. Die Interstitien haben eine sehr complicirte Form und stehen in einem sehr innigen Verhältnisse zu den Muskelelementen, indem sie theils ein reichliches System von intercolumnaren Saftkanälchen in den Muskelfasern, theils Lymphspalten zwischen diesen bilden. Die wirklichen, mit specifischer Wand versehenen Lymphgefässe befinden sich sowohl im Inneren des Myokardium, wie an der Oberfläche. Die ganze Lymphmasse wird gewöhnlich nur durch zwei grosse, zu den mediastinalen Lymphknoten gehende Lymphstämme abgeführt.

Jarotzky (41) konnte bei einer Kranken, die einen Operationdefekt in der Brustwand und im Perikardium hatte, vom blossgelegten Herzen direkt ein Cardiogramm aufnehmen. Wenn die Bedingungen für die Aufnahme auch sehr günstige waren, so handelte es sich leider um ein nicht normales Herz, da eine eiterige Perikarditis bestand. Trotzdem enthält die Curve fast alle Einzelheiten, die von anderen Autoren beschrieben werden.

Frank (42) giebt ein experimentelles Hülfsmittel an für eine Kritik der Kammerdruckcurven. Er schaltet in die Röhre, die Arterie oder Kammer mit dem Manometer verbindet, ein Ventil ein. Er glaubt, dass ein grosser Theil der sogen. systolischen Wellen auf Eigenschwingungen der bewegten Massen der Manometer zurückzuführen ist, und betont, dass die Kammerdruckcurve, die er

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/208

mit seinem Verfahren gewonnen hat, einen im Allgemeinen sehr einfachen Verlauf zeigt.

Pfaundler (43) beschreibt eine graphische Darstellung des auscultatorischen Herzbefundes, wie sie in der pädiatrischen Klinik von Escherich benutzt wird. Der auscultatorische Herzbefund wird hierbei in ein Coordinatensystem eingetragen, so dass die Abscisse den zeitlichen Verlauf, die Ordinate die Stärke der Klangerscheinung misst.

Holowinski (44) giebt Mittheilungen über die Photographie der Herztöne. Um die Phasen der Herztöne photographiren zu können, hat er einen complicirten Apparat zusammengesetzt. Die Photogramme wurden bis jetzt nur an 2 Gesunden gemacht. Bezüglich der vorläufigen Resultate muss auf die Arbeit verwiesen werden.

Bardier (45, Ref. Faust) beschreibt einen neuen Cardiographen für kleine Thiere, wie Kaninchen und Meerschweinchen, der besonders grosse Cardiogramme liefert und unabhängig von der Athembewegung ist.

C. Bücheranzeigen.

27. **Ueber die Harnsäure unter physiologischen und pathologischen Bedingungen**; von Dr. E. Schreiber in Göttingen. Stuttgart 1899. Ferd. Enke. 8. 116 S. (3 Mk.)

In diesem Werkchen hat sich Sch. der sehr dankenswerthen Arbeit unterzogen, Alles bis jetzt über die Physiologie und Pathologie der Harnsäure Bekannte und Sichergestellte zusammenzutragen und zu besprechen. In 4 Capiteln werden die Chemie der Harnsäure, ihr Vorkommen und ihre Ausscheidung, ihre Entstehung und ihre Pathologie besprochen.

In vielen Punkten könnten wir weiter sein, wenn die Harnsäureuntersuchungen alle nach zuverlässiger Methode gemacht wären, als welche man heute nur die Ludwig-Salkowski'sche ansehen kann. Viele vergebene Mühe hat das Arbeiten nach der Methode Krüger-Wulff gemacht.

Viele Untersucher haben dadurch gefehlt, dass sie nicht absolute Harnsäurezahlen geben, sondern procentische oder das Verhältniss von Harnsäure zu Harnstoff. Mit Verhältnisszahlen können wir vorläufig gar nichts anfangen, da uns die Bedingungen der Entstehung und Ausscheidung noch viel zu wenig bekannt sind.

An dem Begriffe der harnsauren Diathese als Neigung zu vermehrter Harnsäurebildung glaubt Sch. festhalten zu müssen.

V. Lehmann (Berlin).

28. **Die Heilpflanzen der verschiedenen Völker und Zeiten.** *Ihre Anwendung, wesentlichen Bestandtheile und Geschichte.* Ein Handbuch für Aerzte, Apotheker, Botaniker u. Droguisten; von Prof. G. Dragendorff. Stuttgart 1898. Ferd. Enke. Gr. 8. VI u. 884 S. (22 Mk.)

Das stattliche, in 5 Lieferungen erschienene Werk ist dazu bestimmt, einen Ersatz für Rosenthal's „Synopsis plantarum diaphoricarum" zu bilden. Die Synopsis datirt vom Jahre 1862, seit dieser Zeit ist die Zahl der bekannten Heilpflanzen so ausserordentlich vergrössert worden, dass eine Neubearbeitung des Materiales nöthig erschien. Dr. hat sich mit einer blossen Neubearbeitung nicht begnügt, sondern zugleich in wichtigen Punkten eine Ergänzung des Rosenthal'schen Werkes gegeben, einmal durch grössere Berücksichtigung der chemischen Verhältnisse der angeführten Pflanzen, dann durch häufigere Hinweise auf ihre historischen Beziehungen und culturhistorische Bedeutung.

Es werden in dem Werke in möglichst systematischer Anordnung alle diejenigen bekannten Pflanzen aufgeführt, die zu irgend einer Zeit von irgend einem Volke als Heil- oder diätetische Mittel verwendet worden sind. Bei der Fülle des Materiales (es werden über 12700 Pflanzen erwähnt) konnte das nur in möglichst knapper Form geschehen. Die Nomenclatur schliesst sich an den *Index Kewensis* an, daneben werden die wichtigeren botanischen Synonyme, bei Heilpflanzen des Alterthums und Mittelalters die Bezeichnungen der alten Autoren, bei Pflanzen aussereuropäischer Länder die Vulgärnamen des Heimathlandes angegeben. Bei den chemischen Angaben wird die neuere Literatur citirt. Die Brauchbarkeit des Buches wird durch ein Literaturverzeichniss und durch ein sehr sorgfältiges Register (189 Seiten mit gegen 30000 botanischen und Trivialnamen) wesentlich erhöht.

Das Werk, dessen Verfasser kurz vor seiner Vollendung gestorben ist, wird für jeden Arbeiter auf diesem Gebiete ein werthvolles Hülfsmittel bilden.

Woltemas (Diepholz).

29. **Anatomischer Atlas der geburtshüflichen Diagnostik und Therapie**; von O. Schaeffer in Heidelberg. 2. Aufl. München 1899. J. F. Lehmann. 8. XVI u. 317 S. mit 73 Taf. (12 Mk.)

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/209

Während der 1. Theil des in der Lehmann'schen Sammlung med. Handatlanten enthaltenen Atlas der Geburtshülfe, der die Lehre vom Geburtsakte und der operativen Geburtshülfe behandelt, bereits in 4. Auflage erschienen ist, macht sich erst jetzt eine 2. Auflage des ebenfalls von O. Schaeffer herausgegebenen 2. Theiles nothwendig. Der Vf. hat sowohl Bildermaterial, wie Text einer völligen Neubearbeitung unterzogen. Während das ältere Material der Münchener Frauenklinik entstammt, sind die neuen Tafeln nach Präparaten der Heidelberger Frauenklinik und Poliklinik und des pathologischen Instituts daselbst entworfen. Auch diese stehen durchaus auf der Höhe der älteren, mit Recht allgemein als vorzüglich belobten Abbildungen. Der Text ist klar und anschaulich geschrieben und durch Berücksichtigung der Veröffentlichungen der letzten Jahre bis zur jüngsten Zeit ergänzt, geht sogar an manchen Stellen in der Ausführlichkeit fast über den Rahmen eines Compendium hinaus. Der Preis des Bandes ist in Anbetracht der zahlreichen, meist farbigen Abbildungen und Tafeln ein mässiger. Auch diese 2. Auflage des illustrirten Compendium kann den Studirenden sowohl, als auch den praktischen Aerzten als Repetitorium unbedingt empfohlen werden. J. Praeger (Chemnitz).

30. **Die Rechte und Pflichten der Hebammen** (§ 30 R.-G.-O.); von Dr. Springfeld, Med.-Assessor beim k. Polizeipräsidium in Berlin. [*Die Handhabung der Gesundheitsgesetze in Preussen für Behörden u. s. w.;* von Dr. Springfeld u. F. Siber. Bd. II.] Berlin 1898. Rich. Schoetz. 8. VIII u. 181 S. (3 Mk.)

S. hat in dem vorliegenden Werkchen die gültigen Bestimmungen nach rechtlichen Gesichtspunkten geordnet; das 1. Capitel behandelt die Ertheilung des Prüfungzeugnisses, das 2. die Berufspflichten und Rechte der Hebammen, das 3. die Straf- und Zwangsbefugnisse der Behörden, das 4. den Verlust der Concession und endlich das 5. die Beaufsichtigung des Hebammenwesens. Anhangsweise theilt S. unter Anderem ein chronologisches Verzeichniss der angezogenen Gesetze mit, das vom Jahre 1725 beginnt.

Namentlich den Medicinalbeamten wird das S.'sche Werkchen ein werthvolles Nachschlagebuch sein. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

31. **Mittheilungen aus den Abtheilungen für Geburtshülfe und Gynäkologie der Kärntn. Landes-Wohlthätigkeitsanstalten in Klagenfurt**; von Prof. Dr. Franz Torggler. Klagenfurt 1899. Selbstverlag des Verfassers.

In der gynäkologischen Abtheilung wurden vom 1. Sept. 1896 bis 31. Dec. 1897 an 262 aufgenommenen Kranken 83 Operationen ausgeführt, darunter 14 Coeliotomien. Die Zahl der Geburten betrug 300, davon 287 uneheliche Geburten; in 103 Fällen wurde operativ eingegriffen = 34.2%. Von 321 aufgenommenen Frauen starben 2 = 0.6% im Puerperium.

Zum Schlusse giebt T. eine eingehende Beschreibung der Klagenfurter geburtshülflichen Klinik, die einen Theil des in den Jahren 1894—1896 erbauten Landeskrankenhauses bildet. Verschiedene Grundrisse und ein Lageplan ergänzen T.'s Beschreibung. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

32. **100 illustrirte Fälle aus der Frauen-Praxis**; von Dr. A. Auvard. Für's Deutsche bearbeitet von Dr. A. Rosenau in Kissingen. Mit einem einführenden Vorworte von Prof. F. v. Winckel. 2. verm. u. verb. Auflage. Leipzig 1899. Joh. Ambros. Barth. Kl. 8. 113 S. (In Leinwand geb. 6 Mk.)

A. bringt in prägnanten, schematisch gehaltenen Abbildungen 100 typische gynäkologische Krankheitfälle zur Darstellung; Diagnostik, Symptomatologie, Prognose und Therapie werden im Anschlusse an jedes einzelne Krankheitbild kurz besprochen. v. Winckel empfiehlt das äusserst instruktive Werk im Vorworte als „eine Anleitung zur differentiellen Diagnostik, wie sie compendiöser und klarer und rascher zu überblicken kaum dargestellt werden kann". Ref. kann sich dieser Empfehlung nur anschliessen. Das kleine handliche Werk wird sicher auch in seiner 2. Auflage von den Aerzten gut aufgenommen werden und sich immer mehr einbürgern.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

33. **Studier over gonokokken og gonorrhoisk vulvovaginit hos börn**; af Lyder Nicolaysen. Kristiania 1898. Steenske bogtrykkeri. 8. VIII og 116 S.

Der 1. Theil dieser als Beilageheft zum Norsk Magazin for Lägevidenskaben erschienenen Schrift enthält eine kurze Darstellung der Bakteriologie der Gonokokken, die N. theils nach den Erfahrungen Anderer, theils nach den Ergebnissen von ihm selbst angestellter Untersuchungen giebt. Im 2., klinischen, Theile bespricht er die Aetiologie, die Symptome, den Verlauf, Complikationen, Prognose und Behandlung der gonorrhoischen Vulvovaginitis bei Kindern, die nach N.'s Erfahrung ziemlich häufig zu sein scheint; 65 Fälle hat N. als Assistent in der unter Prof. Axel Johannessen's Leitung stehenden pädiatrischen Klinik im Reichshospitale zu Kristiania zu beobachten Gelegenheit gehabt, einige in seiner Privatpraxis; im Ganzen theilt er 70 Fälle ausführlich mit. Hinsichtlich des Alters zeigten sich die jüngeren Altersklassen besonders betroffen. Von den 65 aus der pädiatrischen Klinik stammenden Fällen betrafen 61 Kinder unter 10 Jahren; im 3. Jahre standen 13, im 4. 11, im 6. 10 Kinder. Anhalte-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/210

punkte für direkte Ansteckung konnten in 63 Fällen nicht gefunden werden, oft war es auch nicht möglich, die Quelle der indirekten Ansteckung aufzufinden. Anhäufung der Fälle zu einer bestimmten Zeit konnte einige Male beobachtet werden, ohne dass sich eine direkte Ansteckung nachweisen liess, so dass man auch da eine indirekte Ansteckung durch Vermittelung inficirter Gegenstände annehmen musste. Der Umstand, dass demnach die indirekte Ansteckung bei Kindern als häufig anzunehmen ist, während sie bei Erwachsenen zu den Seltenheiten gehört, lässt, wie N. annimmt, vermuthen, dass der Organismus des Kindes eine geringere Widerstandskraft gegen die gonorrhoische Infektion besitzt. Recidive kamen öfters vor. Die meisten Complikationen des Trippers kommen auch bei der gonorrhoischen Vulvovaginitis der Kinder vor. Die Prognose dürfte sich im Allgemeinen für Kinder günstiger stellen als für Erwachsene, doch kann sich der Verlauf ziemlich stark in die Länge ziehen und die Dauer der Krankheit selbst mehrere Monate betragen.

Walter Berger (Leipzig).

34. **Die Pathologie und Therapie der Sterilität beider Geschlechter**; von E. Finger und M. Sänger. *I. Theil. Die Pathologie und Therapie der Sterilität beim Manne;* von Prof. E. Finger in Wien. Leipzig 1898. Arthur Georgi. Gr. 8. 96 S. mit 8 Holzschnitten. (3 Mk.)

Unter „Physiologisches“ fasst F. das Wichtigste über die Physiologie der Potentia coëundi et generandi zusammen. Die beiden Reflexe der Erektion und der Ejakulation werden nach neueren Erfahrungen von je einem eigenen Centrum besorgt. Das Erektioncentrum ist leichter erregbar, aber auch leichter erschöpfbar, das Ejakulationcentrum schwerer erregbar, aber auch resistenter. Beide Centren besitzen selbständige Hemmungsvorrichtung und völlig getrennte centrifugale Bahnen, die N. erigentes und die N. ejaculatorii. F. geht alsdann auf den Mechanismus der Erektion und Ejakulation ein, es werden die Eigenschaften des Sperma, die physiologische Wirkung des Sekretes der Samenblasen, der Prostata erörtert.

Als erster Hauptabschnitt wird die Potentia coëundi besprochen: Störungen sind zum Theil bedingt durch pathologisch-anatomisch nachweisbare Veränderungen, zum Theil sind sie rein funktioneller Natur. Am häufigsten wird die Impotenz durch eine Erkrankung der peripherischen Nervenenden jener centripetal zum Erektioncentrum leitenden Nerven bedingt, die ihren Ursprung im Caput gallinaginis haben; Onanie, sexuelle Excesse, Coitus reservatus, Urethritis gonorrhoica posterior sind hier als Ursachen anzuführen. Werden durch chronisch entzündliche Vorgänge in der Pars prostatica urethrae zahlreiche Nervenendigungen in Erregung gehalten, so können durch Uebertragung dieser Erregung auf andere, in das Verästelungsgebiet der genannten Geflechte gehörige Nerven, Neurosen der verschiedensten Art zunächst im Gebiete der Harn- und Sexualorgane als Neurasthenia sexualis, alsdann aber auch allgemeine Neurasthenie entstehen. Die Symptome der Impotentia coëundi sind ungenügende oder fehlende Erektion — durch ungenügende Erregung des Erektioncentrum oder vorwaltende psychische Hemmung veranlasst — und die reizbare Schwäche, bei der sub coitu die Erektion nicht oder nur gering sich einstellt, dagegen meist ziemlich rasch die Ejakulation erfolgt. Auch spielen psychische Einwirkungen eine Rolle, oder es besteht eine Erkrankung der spinalen Centren. In beiden Fällen zeigt sich die selbständige unabhängige Funktion der beiden Centren der Erektion und der Ejakulation darin, dass jedes gesondert erkranken kann und beide in einem verschiedenen Stadium des Krankheitprocesses sich befinden können. Die paralytische Impotenz zeigt das gänzliche Daniederliegen der Potentia coëundi, bedingt durch völlige Atonie oder schwere Degeneration der den sexuellen Vorgang vermittelnden nervösen Apparate. Die pathologische Anatomie der Impotentia coëundi ist gegenwärtig noch fast gänzlich unbekannt; nur für die durch chronische Gonorrhöe bedingte Impotenz sind jene Veränderungen in der Pars prostatica bekannt, die als Ausgangspunkt der Veränderungen, die summirt zur Impotenz führen, gelten müssen. F. giebt hier seine eigenen eingehenden Untersuchungen, die er in 12 Fällen von chronischer Urethritis posterior aller Stadien machte, im Auszuge wieder.

Die Impotentia generandi, die männliche Sterilität, ist das Unvermögen eines copulationfähigen Mannes ein gesundes Weib zu befruchten; sie ist veranlasst durch pathologische Veränderungen des Samens oder dadurch, dass ein normaler Samen sub coitu nicht zur Deposition in die Vagina gelangt. Die Azoospermie ist bedingt durch Fehlen des Hodensekrets oder durch Verlegung der Samenleiter, die Ursache der letzteren ist die gonorrhoische Epididymitis und Funiculitis. Bei der Epididymitis kommt es darauf an, die möglichst vollständige Aufsaugung der Infiltrate im Nebenhoden zu erzielen, um der Azoospermie vorzubeugen; die Eisbehandlung hinterlässt auffällig derbe Infiltrate und ist daher auf das Entschiedenste zu verurtheilen; im akuten Stadium sind nur kühle Umschläge, nach Eintritt der Schmerzlosigkeit Dunstumschläge anzuwenden. Die Nekrospermie weist schon im ganz frischen Ejakulate todte oder absterbende Spermatozoën auf, bedingt durch Herabsetzung der Funktiontüchtigkeit der Hoden, häufiger durch krankhafte Veränderungen des dem Hodensekrete beigemengten Samenblasen- und Prostatasekrets (gonorrhoische Vesiculitis seminalis, chronische Prostatitis glandularis). Der Aspermatismus ist ein mechanischer, bedingt dadurch, dass ein mechanisches Hinderniss (abnorme Ausmündung

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/211

der Harnröhre, Strikturen) die normale Entleerung des Samens unmöglich macht, oder ein nervöser oder psychischer, indem trotz regelrechter Cohabitation die Auslösung der Ejakulation unterbleibt in Folge von primärer Unerregbarkeit des Ejakulationcentrum, Hemmung der normalen Erregbarkeit desselben oder ungenügender Erregung. Die relative Sterilität endlich besteht darin, dass ein copulation- und zeugungsfähiger Mann mit einem bestimmten, zweifellos zeugungsfähigen Weibe, meistens seiner Ehefrau, einen befruchtenden Beischlaf nicht auszuüben vermag.

Dies ist in Kürze der Inhalt des vortrefflich geschriebenen Werkes, das durch zahlreiche Krankengeschichten eine vorzügliche Illustration erhält. Die mannigfachen eigenen Erfahrungen F.'s sind neben den Ergebnissen der bisherigen Forschung auf diesem so wichtigen Gebiete der Pathologie verwerthet. Der Stoff ist in klarer und übersichtlicher Weise zusammengestellt und die Darstellung entspricht den Erfordernissen der Wissenschaft in jeder Hinsicht. Wermann (Dresden).

35. **Die Augenheilkunde des Alcoatim aus dem Jahre 1159.** III. Theil von Friedrich Schlepckow, IV. Theil von Karl Schorss. Inaug.-Diss. Berlin 1899. Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Nachdem die ersten beiden Theile der Augenheilkunde von Alcoatim von Karl Felsch und Hans Wilm übersetzt worden sind, bilden die beiden Dissertationen von Schlepckow und Schorss die Fortsetzung. Im III. Theile sind die Abhandlungen über Katarakt und dessen Heilung, die Krankheiten der Hornhaut und der Bindehaut enthalten; im IV. Theile die über Krankheiten der Thränenorgane, Augenlider und Augenmuskeln, über Krätze und Läuse an den Lidern. Zur Kenntniss der mittelalterlichen Medicin bilden diese Uebersetzungen einen werthvollen Beitrag.

Lamhofer (Leipzig).

36. **Prostatahypertrofiens behandling**; af Björn Floderus. Akad. afhandl. Upsala 1897. Nya Tydnings aktie-bolag tryckeri. St.-8. 313 och 192 s. med. 3 taflor.

In seiner eben so fleissigen wie gründlichen Dissertation hat Fl. die Aetiologie, die pathologische Anatomie, die allgemeine und specielle Symptomatologie, besonders aber die Behandlung der Prostatahypertrophie auf das Eingehendste besprochen; hauptsächlich hat er dabei die verschiedenen operativen Behandlungsweisen, speciell die neueren, berücksichtigt und deren Erfolge und spätere Folgen. Auf 43 Tabellen, die 186 Seiten umfassen, theilt er eine sehr reiche Casuistik mit, die nach verschiedenen Gesichtspunkten angeordnet ist und die verschiedenen Operationen, ihre Technik, die Todesursachen und die anatomischen Befunde nach den verschiedenen operativen Eingriffen betrifft. In besonderen Tabellen hat Fl. die in der unter Prof. Lennander's Leitung stehenden chirurgischen Klinik im akademischen Krankenhause zu Upsala beobachteten Fälle untergebracht. In einer Anzahl dieser Fälle wurde nicht operirt, in der Mehrzahl der Fälle wurde aber operirt, und zwar wurde die urethrale Galvanokaustik (Bottini's Operation), die Epicystotomie, die Prostatectomia suprapubica, die Exstirpation der Hoden (eines oder beider) oder die Vasektomie ausgeführt. Die klinisch nachweisbaren Veränderungen nach der Exstirpation der Hoden sind in 2 besonderen Tabellen zusammengestellt. Eine ausführliche Mittheilung von 40 Fällen von Prostatahypertrophie, in denen in der chirurgischen Klinik zu Upsala in den Jahren 1891—1896 die verschiedenen Operationen ausgeführt wurden, hat Fl. anderwärts (Upsala läkareförens. förhandl. N. F. II. 5—8. s. 360. 459. 1897) veröffentlicht; auch in seiner Dissertation hat Fl. anhangsweise 4 Sektionsberichte in extenso mitgetheilt. Das Literaturverzeichniss, das Fl. seiner Dissertation beigefügt hat, nimmt fast 9 gespaltene Seiten ein.

Die beigegebenen 3 Tafeln stellen in 14 Figuren schöne Abbildungen mikroskopischer Präparate dar, die von wegen Prostatahypertrophie Operirten stammen. Fl. hat selbst Unsersuchungen über die Veränderungen angestellt, die nach den Operationen wegen Prostatahypertrophie auftreten, und diese Untersuchungen besonders und ausführlich (Nord. med. ark. N. F. III. 5. Nr. 24. 1897) veröffentlicht. Er hat dabei gefunden, dass die Entfernung der Hoden oder operative Eingriffe an den Vasa deferentia in der senilen hypertrophischen Prostata in der Regel keine nachweisbaren Veränderungen herbeiführen. Aus den in einem Falle gefundenen Veränderungen schien hervorzugehen, dass die Resektion der Vasa deferentia und der sie begleitenden Nerven allerdings atrophische Veränderungen im Hoden hervorbringen kann, die getrennt von denen der senilen Atrophie nachweisbar sind. Auch konnten in den Vasa deferentia central von der obliterirten Stelle Sekretionstase und atrophische Veränderungen der Muskulatur dieser Organe nachgewiesen werden. Nach Fl. ist der Mangel an anatomischen Veränderungen in der hypertrophischen Prostata nach den sexuellen Operationen an sich nicht im Stande, die Nutzlosigkeit dieser Operationen darzuthun. Dass in gewissen Fällen hypertrophische Processe in der Prostata bei Patienten auftreten können, die seit Jahren eines oder beider Hoden beraubt sind, ist in einigen Fällen festgestellt worden. Solche Fälle weisen auf eine Thatsache hin, die nach Fl.'s Meinung im Allgemeinen nicht genügende Beachtung gefunden hat, nämlich dass der intime Einfluss, den der Hode bei jüngeren Individuen auf die Prostata unzweifelhaft ausüben kann, sich keineswegs in demselben Maasse diesem Organe gegenüber geltend macht, wenn es der Sitz des als Prostata-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/212

hypertrophie bezeichneten Proliferationprocesses ist. Walter Berger (Leipzig).

37. **Topographische Anatomie des Pferdes.** *Mit besonderer Berücksichtigung der thierärztlichen Praxis bearbeitet* von Prof. W. Ellenberger und Prof. H. Baum. 3. Theil: *der Rumpf.* Berlin 1897. Paul Parey. Gr. 8. XX u. 334 S. mit 58 Textabbild. u. 3 Lichtdrucktafeln. (18 Mk.)

Mit diesem 3. Theile ist das bedeutende, grundlegende Werk, das erste zusammenhängende Handbuch einer topographischen Anatomie des Pferdes, zum Abschlusse gelangt. Die klare und genaue Beschreibung im Vereine mit den zahlreichen, gut gewählten, naturgetreuen und vortrefflich gelungenen Abbildungen giebt ein klares und anschauliches Bild der dargestellten anatomischen Verhältnisse, deren Richtigkeit und Zuverlässigkeit durch immer wiederholte Untersuchungen an einem reichen und grossen Materiale controlirt worden ist, was namentlich auch deshalb nothwendig erscheinen musste, weil manche Organe der Brust- und Bauchhöhle in Folge leichter Beweglichkeit und anderer Umstände keine ganz constante Lage besitzen und ihre Lage ausserdem auch nach verschiedenen physiologischen Zuständen ändern. Ebenso beruhen die beigefügten Angaben über Maasse und Gewichte der Organe in der Regel auf einer grösseren Anzahl im Laufe von 6 Jahren systematisch vorgenommener Untersuchungen. Mit Rücksicht auf die verschiedenen Zwecke, für die das Werk bestimmt ist, haben die Vff. es für nothwendig gehalten, die Organe der Brust- und Bauchhöhle von verschiedenen Gesichtspunkten aus zu beschreiben. Das Werk ist durchaus original, durchaus aus eigener Anschauung und eigenen Untersuchungen entstanden und das kommt auch der Darstellung zu Gute. Die Ausstattung ist in jeder Hinsicht vorzüglich.

Walter Berger (Leipzig).

38. **Mikroskopische Technik** *zum Gebrauche bei medicinischen und pathologisch-anatomischen Untersuchungen* von Prof. Carl Friedländer. 6. vermehrte u. verbesserte Auflage, bearbeitet von Prof. C. J. Eberth in Halle. Berlin 1900. H. Kornfeld. Gr. 8. VII u. 359 S.

Das Buch ist bekannt genug und bedarf keiner Empfehlung mehr, es wird sicherlich in seiner neuen Bearbeitung neue Freunde finden. Dippe.

39. **Aerztlich-therapeutisches Taschenbuch**; von Dr. Burwinkel in Bad Nauheim. Leipzig 1899. G. Thieme. Kl. 8. 108 S. (2 Mk. 40 Pf.)

Diese kleinen Taschenbücher, deren es bereits eine erschrecklich grosse Anzahl giebt, suchen einander durch die Menge dessen, was sie bieten, zu übertreffen. B. giebt Allgemeines über Arzneiverordnung; Maximaldosen; Nebenwirkungen. Dann spricht er alle Krankheiten, einschliesslich Augen-, Ohren-, Nasenleiden, Frauenheilkunde, Geburtshülfe, Unfälle, Vergiftungen durch. Dann folgen: Fieberbehandlung und Fieberdiät, Entfettungsmaassregeln, künstliche Bäder, Bade- und Brunnenkurorte, Kataplasmen, Klystire, die wichtigsten Urinproben, die Zahnbildung, einige Gesetzesangaben, therapeutische Technik, ärztliche Gehührenordnung, ärztliche Hülfskassen. Mehr kann man kaum verlangen. Wir glauben wohl, dass das sorgsam zusammengestellte kleine Buch Vielen nützlich sein wird. Dippe.

40. **Hülfs- und Taschenbuch für Vertrauensärzte**; von Dr. Georg Herzfeld. 3. Aufl. Leipzig. Arwed Strauch. Kl. 8. 92 S. (1 Mk. 80 Pf.)

H. geht Alles das durch, was bei der Ausfüllung des vertrauensärztlichen Attestes für eine Lebensversicherung zu beachten ist, und fügt eine Anzahl von wichtigen Tabellen über das Durchschnittsalter, über die Berufsgefahren u. s. w. an. Dippe.

41. **Die Untersuchung und Begutachtung der Invalidenanwärter nebst Auszug und Commentar der für die Aerzte wichtigsten Gesetze und Bestimmungen, betreffend die Invaliditäts- und Altersversicherung**; von Dr. Walther Stempel in Breslau. Jena 1899. Gustav Fischer. Gr. 8. 178 S. (4 Mk.)

St. führt zunächst mit kurzen Erläuterungen die in Betracht kommenden gesetzlichen Bestimmungen an, bespricht dann die Untersuchung im Allgemeinen und geht in einem 3. Theile die wichtigsten der in Frage kommenden Krankheiten einzeln durch. St. hat in seiner Eigenschaft als Hülfsarzt der Alters- und Invaliditätsversicherungsanstalt für die Provinz Schlesien augenscheinlich recht trübe Erfahrungen mit seinen Herren Collegen gemacht und viele recht schlechte Zeugnisse vorgelegt bekommen. Daher wohl seine gar zu gründlichen Erörterungen und sein Heruntergehen auf eine gar zu tiefe Grundlage. Krankenuntersuchen lässt sich aus Büchern nicht lernen und Derjenige, dem das Alles erst gesagt werden muss, was St.'s Buch enthält, ist ganz und gar nicht geeignet, ein Invaliditätzeugniss auszustellen. St. hätte mehr voraussetzen und das seinem Gegenstande Eigenthümliche schärfer hervorheben sollen, dann wäre sein Buch kürzer und wirksamer geworden. Die gute Absicht des Buches, der Fleiss, mit dem St. alles in Betracht Kommende zusammengestellt hat, sollen besonders anerkannt werden. Dippe.

42. **Zur internationalen Nomenclatur der Todesursachen**; von J. v. Körösy. Berlin 1899. Puttkammer u. Mühlbrecht. 8. 42 S. (1 Mk.)

Um die Einheitlichkeit bei der Statistik der Mortalität zu befördern, hat Bertillon drei ver-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/213

schiedene, sich aus einander entwickelnde Nomenclaturen aufgestellt, von denen die erste 44, die zweite 99, die dritte 161 Todesursachen enthält. In der zweiten und dritten sind die Krankheiten in 14 allgemeine Gruppen zusammengefasst, während bei der ersten von einer Gruppenbildung abgesehen ist. K. unterzieht diese Vorschläge einer eingehenden Kritik und hält sie in vielen Punkten für änderungsbedürftig. Bei der Schwierigkeit der Materie solle bei der demnächst in Christiania stattfindenden Session des Institut international de Statistique zunächst nur über die erste Nomenclatur verhandelt werden.

Woltemas (Diepholz).

43. **Aerztliche Rechts- und Gesetzeskunde.** Unter Mitwirkung von Dr. J. Schwalbe in Berlin, herausgeg. von Dr. O. Rapmund in Minden und Dr. E. Dietrich in Merseburg. 2. (Schluss-) Lieferung. Leipzig 1899. Georg Thieme. 8. VIII S. u. S. 297—820. (3 Mk. 60 Pf.)

Die 1. Lieferung und die besondere Bedeutung dieses Buches in seiner vorliegenden Form wurde bereits in diesen Jahrbüchern (CCLXII. p. 109) eingehend gewürdigt. Ueber die vorliegende Schlusshälfte sei Folgendes hinzugefügt.

Zunächst werden als Fortsetzung des 4. Abschnittes die den Arzt angehenden Bestimmungen über Armen-, Kranken-, Irren- u. s. w. Pflege, sodann die Bestimmungen für den Arzt bei Krankenkassen, Knappschaften, Fabriken, Eisenbahnen, der Post, sowie in den besonderen Stellungen als Polizei-, Gefängniss-, Schul-, Bade-, Schiffs- und Hafenarzt gegeben.

Der *5. Abschnitt* befasst sich mit der Thätigkeit des Arztes als *Sachverständiger* und *Vertrauensarzt,* bringt zunächst in dankenswerther Weise Winke über mündliche und schriftliche Gutachten, Auszüge aus den Bestimmungen über Stempelpflichtigkeit von Attesten u. dgl., sodann einen kurzen Abriss über Bestimmungen und Verhalten einerseits auf dem Gebiete der gerichtlichen Medicin, andererseits auf dem der Unfall-, Invalidität- und Alters-Versicherung, sodann bei Lebensversicherungen und Militärangelegenheiten.

Im *6. Abschnitte* sind *Standesorganisation,* Vereins- und Unterstützungswesen, im *7. Abschnitte Gebührenangelegenheiten* bei amtlicher und privater Thätigkeit erörtert.

Der *8. Abschnitt* behandelt das niedere *Heilpersonal* und die Kurpfuscherei, der *9. Abschnitt* die gesetzlichen Bestimmungen über Verkehr mit Arzneimitteln und *Giften,* der *10.* und *letzte Abschnitt* die ärztliche Geschäftsführung und den Verkehr mit den Behörden.

Das Buch ist also überaus reichhaltig und vielseitig und wird daher gewiss bei den Aerzten Anklang finden.

R. Wehmer (Berlin).

44. **Boletin de hijiene i demografia,** *publicado por el instituto de hijiene de Santiago;* del Director Dr. Alejandro del Rio. Tomo I (Anno 1898). Santiago de Chile 1898. Imprenta Cervantes. 4. 200 S.

Die vorliegende Monatsschrift entspricht etwa den „Veröffentlichungen des kais. deutschen Gesundheitsamtes“ sowohl nach Inhalt, wie nach äusserer Ausstattung. Es erscheinen monatlich 1—1½ Druckbogen. Der Inhalt, an dessen Abfassung neben dem Herausgeber noch Julio Besnard, Direktor der Anstalt für Gewinnung thierischen Impfstoffes, A. Krahnass, Chef des meteorologischen Dienstes im astronomischen Institute, und A. Poupin, Chef der Fleischbeschau am Santiagoer Schlachthause, mit ihren Assistenten betheiligt sind, bringt (in monatlichen Zahlenübersichten) die Bewegung und die Nosologie der Bevölkerung der Stadt, die meteorologischen Thatsachen, die Ergebnisse der Impfung und Fleischbeschau, ferner die Arbeitergebnisse des Hygieineinstitutes, z. B. über bakteriologische Wasseruntersuchungen, bakteriologische Diphtheriediagnosen, Nahrungsmitteluntersuchungen, und die neue Gesetzgebung zur Kenntniss der Leser. Eine ständige „Chronik“ bringt, auch aus dem Auslande, Notizen über hygieinisch wichtige Thatsachen, über Vorkommen von Seuchen und referirt über einzelne besonders wichtige Arbeiten der ausländischen Literatur. Ausserdem finden sich einzelne zusammenfassende Leitartikel, so über die obligatorische Desinfektion, und die Meldepflicht bei ansteckenden Krankheiten, über den Einfluss der Kanalisation auf die Volksgesundheit unter Beibringung von zwei graphischen Darstellungen der Berliner Verhältnisse.

Die Publikation enthält mithin eine Fülle werthvoller Einzeldaten, deren Mittheilung wir uns aus räumlichen Gründen leider versagen müssen; um so mehr sei sie dem Studium empfohlen.

R. Wehmer (Berlin).

45. **Revista Chilena de hijiene,** *publicada por el instituto de hijiene de Santiago,* Director Dr. Alejandro del Rio. Santiago de Chile. Imprenta Cervantes. Tomo IV, quaderno I, 1898. (153 S. mit 6 Taf.) Quaderno II—IV, 1899. (S. 154—567 mit 12 Taf.)

Der Band enthält zunächst eingehende Berichte über den internationalen Moskauer Congress von Cadiz und V. Anguita, sowie über den Pariser Tuberkulosencongress des Jahres 1898 vom Erstgenannten und über die internationale Lepra-Conferenz zu Berlin von dem chilenischen Delegirten T. Muhm. Es folgen zwei mit einer Abbildung ausgestattete Aufsätze von A. del Rio und A. Poupin über die Essigälchen, ferner ein interessanter Aufsatz von F. Gabler-Coester über die Assanirung von Santiago, der die Entfernung und Zerstörung des Kehrichtes behandelt, hierbei

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/214

u. A. auch die Berliner und Hamburger Verhältnisse berücksichtigt und Abbildungen der Verbrennungsöfen von Yones, Horsfall und aus Battersea (London) beibringt.

L. Córdova veröffentlicht eine mit einer Abbildung ausgestattete Denkschrift über Rieselfelder, A. del Rio eine Arbeit über Wasserfiltration und über die Thätigkeit des Santiagoer Hygieineinstitutes 1897. Es folgen Berichte von L. Grez über die Hundswuth in Chile, experimentelle Studien über das *Pudahuel*'sche Virus und über einen von ihm beobachteten tödtlichen Fall der Wuth. Joaquin Cabezas bespricht die hygieinische Wirkung der Bewegungspiele auf den Erwachsenen. Arsenio Poupin und Carlos Fernandez Peña erörtern in einer preisgekrönten Arbeit mit zahlreichen Abbildungen die wissenschaftlichen Anforderungen an Schlachthäuser und an die mit ihnen verbundenen Einrichtungen in ihrer Beziehung zur öffentlichen Gesundheit, wobei u. A. die Freibänke, Kafill-Desinfektoren, Kältehäuser, Albuminfabriken, Lymphe-Institute, das *Otte*'sche Desinfektionsystem u. A. berücksichtigt werden. Den Schluss des 1. Heftes bilden literarische Referate, denjenigen des 2. bis 4. Heftes eine referirende Zusammenstellung Grancher's über die Prophylaxe der Tuberkulose.

R. Wehmer (Berlin).

46. **Erneuerung der Genfer Uebereinkunft.** ¡ *Ein Vorschlag für die Friedens-Conferenz;* von Carl Ernst Helbig. Dresden 1899. Oskar Damm. 8. 34 S. (1 Mk.)

H. unterzieht auf Grund seiner Erfahrungen in den letzten deutschen Kriegen die Bestimmungen der Genfer Convention vom 22. August 1864, einschliesslich der nicht ratificirten Zusatzartikel vom October 1868 einer z. Th. abfälligen Kritik und giebt den Entwurf einer neuen Uebereinkunft. Als Conventionzeichen verwirft H. das viel im Handel missbrauchte und den Muhamedanern als vorgeblich christliches Zeichen verhasste Genfer „Rothe Kreuz". H. führt dabei mit Recht an, dass das gleicharmige Kreuz viel älter als das Christenthum ist; es ist ein uraltes Zeichen der arischen Völker. Es deutet auf die 4 Himmelsrichtungen, als sog. Hakenkranz auf den Lauf der Gestirne, ist u. A. auch ein buddhistisches Zeichen. H. empfiehlt als neues harmloses Zeichen ein auf den Kopf gestelltes Ausrufungzeichen: ¡

Ob H.'s Wünsche irgendwie Berücksichtigung finden werden, bleibt abzuwarten.

Befremdlich berühren muss es, dass die Verlagsbuchhandlung auf dieser doch wesentlich für Aerzte und diesen Nahestehende bestimmten Broschüre drei Hetzschriften gegen die Psychiater anzeigt.

R. Wehmer (Berlin).

47. **Medicinal-Bericht von Württemberg für das Jahr 1896.** Im Auftrage des Kgl. Ministerium des Innern; herausgeg. von dem Kgl. *Medicinal-Collegium.* Stuttgart 1899. Druck von W. Kohlhammer. Gr. 4. 144 S. mit 2 Uebersichtskärtchen im Text.

Bei üblicher Disponirung des Stoffes bringt die *erste Hauptabtheilung* des Buches zunächst den *Geschäftsbericht des Kgl. Medicinal-Collegiums.* Es fanden einige Rangerhöhungen einzelner Mitglieder statt, die Geschäftslast hat zugenommen. Dann wird eine Uebersicht über die verschiedenen neuen Gesetze und Erlasse, sowie über die Thätigkeit des Collegiums, einschliesslich des bakteriologischen Laboratoriums und des Veterinärwesens gegeben.

Nach dem *Berichte über die Staatsirrenanstalten* wurden 2020 Irre in Staatsanstalten verpflegt, und zwar 401 in Winnenthal (mit 255 Betten), 544 in Schussenried (mit 425 Betten), 558 in Zwiefalten (mit 480 Betten), 517 in Weissenau (mit 450 Betten). Ueber Art und Vertheilung der Irreseinsform, Alter, Erblichkeit u. dgl. mehr werden eingehende statistische Tabellen beigefügt, 307 Irre = 10.1% waren mit dem Strafgesetze in Conflikt gerathen. Die Mortalität der Verpflegten (es starben 44 Männer und 48 Frauen) betrug 4.5%. Es folgen Berichte über besondere Vorkommnisse und über die ökonomischen Verhältnisse.

In den 7 *Privatirrenanstalten,* in deren Bestand keine Aenderung eintrat, mit 1221 Plätzen wurden im Ganzen 1251 Irre, darunter 665 Staatspfleglinge verpflegt; von ihnen starben 71. Auch hierüber folgen Tabellen.

In der Heil- und Pflegeanstalt für *Epileptische* und Schwachsinnige *„Stetten"* waren 426 Kranke, von denen 11 starben, in der Anstalt für männliche Epileptische *auf der Pfingstweide bei Tettnang* waren 43 Pfleglinge, darunter 25 auf Staatskosten.

Die Kgl. *Landeshebammenschule,* in der eine zweite Assistenzarztstelle neu eingerichtet wurde, nahm 657 Frauen auf, von denen 653 gebaren und 4 unentbunden wieder austraten. Es starben 3, 1 Wöchnerin durch Verblutung nach Placenta praevia, 1 durch Endometritis septica, 1 durch allgemeine Miliartuberkulose. Die Lehrcurse dauern jetzt wieder 150 Tage; es wurden 59 Schülerinnen und 24 Wochenbettwärterinnen ausgebildet.

Weiter wird über die *orthopädischen Anstalten* „Olgaheilanstalt" in Stuttgart und die Werner'sche Kinderheilanstalt (Stabsarzt Dr. F. Schliephake) in Ludwigsburg berichtet. Die Anstalt Paulinenhilfe in Stuttgart ist als Anstalt zur Aufnahme für Staatspfleglinge ausgeschieden.

Die *zweite Hauptabtheilung* schildert das *Medicinalwesen* nach dem Ergebnisse der jährlichen *Physikatberichte.*

Hiernach waren vorhanden: 812 (gegen 793 im Jahre 1895) Aerzte, 204 (gegen 220) Wundärzte, 27 (gegen 24) Zahnärzte, 223 (229) Thierärzte, 197 (195) nichtapprobirte Heilkünstler bei Menschen und 29 (34) bei Thieren, 2516 (2544) Hebammen und 1804 (1782) Leichenschauer. Hierüber folgen, zum Theil in Tabellen, weitere Specialangaben.

Apotheken waren 274 (gegen 272), davon 197 real-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/215

berechtigt, 52 persönlich berechtigte selbständige, 4 hof- und staatsherrliche und 21 Filialen. Eine Apotheke (in Cannstatt) ist rein homöopathisch, 12 haben homöopathische gesonderte Abtheilungen. Von den realberechtigten Apotheken gingen 12 = 6.09% (11.2%) in andere Hände über, davon eine an einen Sohn, eine andere an den Schwiegersohn des Besitzers, eine in Folge Todesfalles.

Allgemeine Krankenhäuser waren 158 (158) mit 1951 (1925) Zimmern, bez. 6229 (6154) Betten. In ihnen wurden 45558 (47067) Kranke verpflegt, von denen 1518 = 3.3% (3.1%) verstarben. Von den Verpflegten waren 8.8% Selbstzahlende, 69.6% Mitglieder von Krankenvereinen und Versicherungskassen, 21.6% wurden auf Rechnung von Armenkassen und Stiftungen verpflegt. Heil- und Verpflegungsanstalten für besondere Zwecke waren 72 (70). Hierüber werden nähere Mittheilungen, zum Theil in tabellarischer Form gemacht.

Heilbäder und Badeanstalten waren 130 (128).

Von *epidemischen Krankheiten* starben an Masern 331 (291), an Scharlach 134 (213), an Diphtherie 1255 (1777 1894:4069), ein Abfall, den aber der Bericht nicht ohne Weiteres auf Rechnung des Behring'chen Heilserums setzen will; 2 geographische Uebersichtkärtchen über die Verbreitung 1895 und 1896 sind beigefügt. Pocken kamen gar nicht (0), Ruhr kam in 2 (1) zweifelhaften Fällen vor. An Abdominaltyphus starben 152 (189), was in Tabellen und sonstigen Mittheilungen näher erörtert wird; Malaria kam nur bei einigen eingewanderten italienischen Arbeitern, Cerebrospinalmeningitis in 2 kleinen Epidemien von 5 (3 Kranke starben) und 3 Fällen vor, ausserdem einige Male vereinzelt und bei 11 Soldaten (gestorben 4).

Cholera und Lyssa kamen gar nicht, Mumps kam in mehreren kleinen Epidemien vor. An Influenza wurden in Krankenhäusern 785 Personen (gestorben 2), in Militärspitälern 132 (gestorben 0) behandelt. An Milzbrand starben 6 Menschen, die meisten Infektionen waren Folge von Beschäftigung beim Abdecken oder Nothschlachten kranker Thiere, 2 gingen von Rosshaarspinnereien aus. Rotz und Trichinose bei Menschen wurden nicht beobachtet.

Bei einer mittleren *Bevölkerung* des Königreiches von 2093000 (gegen 2081000) kamen 15656 Eheschliessungen, 74964 = 35.82 (35.42)‰ Geburten einschliesslich Todtgeburten und 46443 = 22.19 (24.51)‰ Todesfälle vor, so dass 13.63 (10.61)‰ mehr geboren wurden als starben. Es folgen nähere Zusammenstellungen über die Art der Geburten. 200 = 0.27 (0.26)% der Gebärenden starben in den ersten 8 Tagen nach der Geburt.

Es folgen Zusammenstellungen über die *Amtsgeschäfte der Oberamtsärzte,* die sich auszugsweise nicht recht wiedergeben lassen, wobei nur u. A. auf die vielfachen Schulvisitationen hingewiesen sei.

Geimpft wurden von 60998 (gegen 60906) Erstimpflingen 51838 (51258), davon 51034 (50726) mit Erfolg; von 46178 (46503) Wiederimpflingen wurden 45065 (45315) wiedergeimpft, davon 44736 (44980) mit Erfolg. Nur 8 (0) Erstimpflinge wurden mit humanisirter Lymphe, alle anderen mit Thierlymphe (aus Stuttgart und Cannstadt) geimpft. Hierüber folgen dann nähere Mittheilungen und Tabellen, auch über die Stuttgarter und Cannstadter Impfstoffgewinnungsanstalt.

Bezüglich der *gerichtlichen Medicin* wird über 1874 (gegen 1711) Fälle berichtet; hierunter waren 227 Leichenuntersuchungen und unter diesen 129 Sektionen. Nähere Tabellen hierüber, ferner über die Selbstmordfälle und über die ärztliche Behandlung der tödtlich abgelaufenen Krankheiten sind beigefügt. Von 43989 Verstorbenen waren 25986 (= 59%) von Aerzten und 2182 (= 5%) von Wundärzten und nichtapprobirten Personen behandelt. R. Wehmer (Berlin).

48. **Årsberättelse från Maria sjukhus i Helsingfors för år 1898 [No. IV]**; afgifven af Dr. R. Sievers. Helsingfors 1899. Helsingfors Centraltryckeri. 8°. 86, 6, 8 och 4 s.

Ausser den Berichten über den Krankenverkehr und andere Angelegenheiten des Krankenhauses enthält dieser Jahresbericht noch den Nachweis über die Thätigkeit der mit dem Krankenhause verbundenen städtischen Desinfektionanstalt, die Beschreibung der neuen Verwaltungsgebäude mit Plänen und 3 ausserdem auch in den Verhandlungen der finnischen Gesellschaft der Aerzte zum Abdrucke gekommene Abhandlungen, betreffend einen Fall von Sanduhrmagen (von R. Sievers), das Filatow-Koplik'sche Symptom bei Masern (Axel von Bonsdorff) und einen fremden Körper (Fischknochen) im Larynx mit tödtlichem Ausgange (Ernst Ehrnrooth).

In der nicht für epidemische Krankheiten bestimmten *med. Abtheilung* wurden im Jahre 1898 insgesammt 900 Kranke behandelt (83 waren aus dem Jahre 1897 verblieben, 817 wurden neu aufgenommen), davon wurden entlassen: geheilt 365, gebessert 243, ungebessert 57, es starben 148. An akuten Krankheiten litten 365, von denen 310 geheilt oder gebessert, 25 ungebessert entlassen wurden, 30 (8.2%) starben. An chronischen Krankheiten litten 448, von denen 298 geheilt oder gebessert, 57 ungebessert entlassen wurden, 118 (26.3%) starben.

Unter den akuten Krankheiten war relativ am häufigsten die akute *Pneumonie* (88 Fälle, 71 Kranke wurden geheilt entlassen, 15 starben, 2 blieben zu Ende des Jahres noch in Behandlung), danach war am häufigsten der *Abdominaltyphus* (32 Fälle, 24 Kranke genasen, 3 starben, 5 blieben in Behandlung). Die Nothwendigkeit einer besonderen Abtheilung für Typhuskranke, sowie für an Erysipel Leidende wird an einer anderen Stelle im Berichte (S. 6) hervorgehoben. An *Wechselfieber* litten 30 (alle geheilt), an *Polyarthritis rheumatica* 29 (26 geheilt, 3 blieben zu Ende des Jahres noch in Behandlung); an *akuter Appendicitis* litten 22 (14 wurden geheilt, 8 wurden behufs Operation an die chirurgische Klinik überwiesen); an *akuter*

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/216

Enteritis litten 20 (alle geheilt); von *akuter Bronchitis* kamen 18, von *Febris remittens* 15 Fälle vor.

Das höchste Sterblichkeitprocent unter den akuten Krankheiten hatte die *Septikämie* aufzuweisen (von 6 Kranken starben 5 = 83.3%), danach die *Dysenterie* (11 Fälle mit 2 Todesfällen = 18.2%), die *akute Pneumonie* (17.4% Mortalität), das *Erysipel* (12 Fälle mit 2 Todesfällen = 16.6%); die Mortalität des *Abdominaltyphus* betrug 11.1%.

Unter den chronischen Krankheiten hatte das grösste Sterblichkeitprocent (39.7%) die *Lungentuberkulose* (von 184 Kranken starben 73); die Sterblichkeit aller übrigen chronischen Krankheiten zusammengenommen betrug 17.0%.

Oft waren die Kranken bei der Aufnahme im Krankenhause schon dem Tode nahe, manche starben unmittelbar nach der Aufnahme, in 30 Fällen (20.2% aller Todesfälle) trat der Tod innerhalb der 3 ersten Tage des Hospitalaufenthaltes ein.

In der *Abtheilung für epidemische Krankheiten* wurden nach Axel von Bonsdorff's Berichte 416 Patienten behandelt, von denen 30 aus dem vorhergehenden Jahre übernommen waren; darunter befanden sich 233 Kinder. Geheilt oder gebessert wurden 286 (172 Kinder), es starben 31 (29 Kinder). Im Anfange des Jahres kamen Masern, zu Ende des Jahres kam Scharlachfieber am häufigsten vor. Von *Masern* wurden im Laufe des Jahres 163 Fälle behandelt (in den ersten 3 Monaten, 26 vom vorigen Jahre noch in Behandlung Gebliebene eingerechnet, 133 Fälle), 9 mit tödtlichem Ausgange. An *Scharlachfieber* wurden 84 behandelt (65 vom September bis December, 46 im November und December), 12 mit tödtlichem Ausgange. Von *Diphtherie* kamen insgesammt 59 Fälle zur Behandlung, 7 mit tödtlichem Ausgange. Bei Wärtern und Wärterinnen kamen 55 Fälle von Erkrankung vor, 2 mit tödtlichem Ausgange.

Walter Berger (Leipzig).

49. **Årsberättelse (No. 15 och 16) från akademiska sjukhuset i Upsala för åren 1897 och 1898**; afgifven af Prof. Dr. S. E. Henschen. Upsala 1899. Akadem. boktryckeriet Edv. Berling. 8°. 9, 75, 25, 86, 192 och 113 s.

Das akademische Krankenhaus in Upsala, eine der ältesten öffentlichen Krankenanstalten Schwedens, wenn nicht überhaupt die erste, wurde, nachdem sich schon Olof Rudbeck Ende des 17. Jahrhundert bemüht hatte, ein Krankenhaus zum klinischen Unterricht zu erlangen, sich zu diesem Zwecke aber mit einer Poliklinik begnügen musste, dann mit einem nur 1 Bett enthaltenden gemietheten Raume, im J. 1717 zunächst in einem schon früher zu diesem Zwecke angekauften Hause errichtet. Im Laufe der Zeiten wurde es mehrfach erweitert und im J. 1867 neu gebaut, seitdem aber noch in mehrfacher Hinsicht erweitert und verbessert. In das neue Krankenhaus wurde zugleich das früher schon einmal einige Jahre lang mit dem akademischen Krankenhause vereinigt gewesene Länskrankenhaus mit verlegt. Die Unterhaltungskosten wurden aus verschiedenen Mitteln bestritten, zum Theil auch aus den Zinsen von Schenkungen.

Ausser der medicinischen und der chirurgischen Klinik enthält das Krankenhaus auch eine Gebäranstalt und eine gynäkologische Klinik, sowie eine mit der chirurgischen Klinik verbundene Abtheilung für venerische Krankheiten und eine mit der medicinischen Klinik verbundene Abtheilung für Brustkranke.

In der unter des Direktors des Krankenhauses, Prof. S. E. Henschen, Leitung stehenden *medicinischen Abtheilung* sind im J. 1897, wie sich aus der vom Unterarzt Karl Joh. Gezelius bearbeiteten tabellarischen Uebersicht ergiebt, im Ganzen 1378 Kr. behandelt worden, von denen 347 geheilt, 518 gebessert wurden, 326 wurden ungebessert entlassen, 95 starben, 88 blieben zu Ende des Jahres noch in Behandlung. Ueber 3 Pat, die ganz kurz nach der Aufnahme starben, wurde kein Protokoll geführt. Im J. 1898 wurden 1091 Kr. behandelt, von denen 374 geheilt, 315 gebessert, 181 ungebessert entlassen wurden, 43 starben und 68 waren zu Schluss des Jahres noch in Behandlung.

In der Abtheilung für Brustkranke, die am 1. October 1897 in einem provisorischen, gemietheten, zweckentsprechend eingerichteten Lokale eröffnet worden ist und Raum zur Aufnahme von 24 Kr. bietet, wurden vom 9. November 1897 bis Schluss des J. 1898 im Ganzen 231 Kr. behandelt, die bei Weitem überwiegend an Tuberkulose verschiedener Organe litten.

Ueber die *chirurgische Abtheilung,* die unter Prof. K. G. Lennander's Leitung steht, hat der Unterchirurg Rudolf Lundmark den in einer grossen Tabelle bestehenden Bericht verfasst. Danach wurden im J. 1897 behandelt 1269 Kr., davon wurden geheilt 867, gebessert 206, ungebessert 117 entlassen, 69 starben und 92 blieben am Jahresschluss in Behandlung. Im J. 1898 wurden 1342 Kr. behandelt, von denen 921 geheilt, 203 gebessert, 87 ungebessert entlassen wurden, 50 sind gestorben und 80 am Schlusse des Jahres noch in Behandlung gewesen. In der chirurgischen Poliklinik wurden im J. 1897 1736 Kr. behandelt.

In der mit der chirurgischen Klinik in Verbindung stehenden Abtheilung für *venerische* Kranke wurden im J. 1897 62, im J. 1898 77 Kr. behandelt.

Nach dem Berichte des Amanuensis Karl Danelius über die *Gebäranstalt,* deren Oberarzt Prof. A. O. Lindfors ist, wurden im J. 1897 185, im J. 1898 212 Schwangere behandelt, mit Einschluss der noch von den Vorjahren in Behandlung gebliebenen. Im J. 1897 wurden 172 Kinder lebend, 8 todt geboren, 2 waren Zwillinge. Im J. 1898 wurden 204 Kinder lebend, 10 todt geboren, 6 waren Zwillinge.

Die *gynäkologische* Abtheilung, deren Oberarzt ebenfalls Prof. Lindfors ist, wurde im J. 1896 in einer provisorischen Filiale des akademischen Krankenhauses eröffnet. Es wurden im J. 1897 224 Pat. behandelt, von denen 76 gesund, 116 gebessert, 14 ungebessert entlassen wurden, 6 starben. Im J. 1898 wurden 293 behandelt, davon wurden 152 geheilt, 117 gebessert, 9 ungebessert entlassen, 2 starben.

Wie immer, sind auch diesem Berichte interessante Mittheilungen und Abhandlungen aus der medicinischen und der chirurgischen Abtheilung beigefügt, die jedoch zum grossen Theile in deutscher Sprache erschienen sind oder noch erscheinen werden, bis auf 3, von denen die eine eine Entgegnung Prof. Henschen's auf einen Aufsatz

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/217

von Prof. Edgren in Stockholm enthält, eine andere, die die Reihe der Mittheilungen eröffnet, stammt ebenfalls von Prof. Henschen und enthält eine interessante und bündig geschriebene Geschichte des Krankenhauses von seinem Ursprung an bis auf die neueste Zeit, die 3., ein Rückblick auf die Thätigkeit der chirurgischen Klinik seit dem Neubau des Krankenhauses, stammt von Prof. K. G. Lennander.

Walter Berger (Leipzig).

50. **Geschichte der medicinischen Klinik zu Leipzig**; von Prof. W. His d. J. in Leipzig. Zur Feier des 100jähr. Bestehens der Klinik. Mit einem Vorwort von H. Curschmann. Leipzig 1899. F. C. W. Vogel. 8. 55 S. mit 7 Porträts u. 2 Tafeln. (3 Mk.)

Prof. His jun. bietet hier seine Skizze zur Geschichte der Leipziger medicinischen Klinik aus dem LXIV. Bande des Arch. für klin. Medicin in wesentlich erweiterter Gestalt. Das gut geschriebene Schriftchen ist mit Benutzung der Raths- und Fakultät-Akten in Leipzig gearbeitet und liefert uns ein klares Bild der mancherlei Schwierigkeiten, mit denen gerade in Leipzig die gedeihliche Entwickelung dieses wichtigsten Institutes für die Heranbildung der jungen Aerzte zu kämpfen hatte, besonders interessant durch den Umstand, dass bis zum heutigen Tage die Leipziger Universitätklinik in engster Verbindung mit dem städtischen St. Jacob-Krankenhause steht. Mit Recht betont der heutige Direktor der Klinik Curschmann, dass diese Verbindung beiden Anstalten zum Segen gereicht hat und weiter gereichen wird.

Das hier geschilderte Jahrhundert klinischen Unterrichts liefert gleichzeitig im Kleinen ein getreues Spiegelbild der ganzen Entwickelung unserer medicinischen Wissenschaft in diesem Zeitraume einer Umgestaltung vom Grunde aus. Die treffliche Charakterisirung der bei der Gründung und Weiterentwickelung der Anstalt hauptbetheiligten Persönlichkeiten in Stadt und Fakultät gewährt dem Schriftchen einen besonderen Reiz, der durch Beigabe der Bildnisse von C. W. Müller, dem verdienten Bürgermeister der Stadt Leipzig, von Ernst Platner, dem Prof. primarius und eigentlichen Gründer der Klinik, von Christian Martin Koch, ihrem ersten Leiter und von seinen grossen Nachfolgern Christian August Clarus, Johann Oppolzer, Karl Reinh. August Wunderlich und Ernst Leberecht Wagner noch wesentlich erhöht wird. Eine ganze Reihe werthvoller weiterer Beigaben am Schlusse und ein durchgearbeitetes Literatur-Verzeichniss erhöhen die Brauchbarkeit des kleinen Buches. Nur die Parallelisirung der von Théophraste Renaudot gegründeten Pariser Poliklinik mit denen moderner chemischer Grossfabriken entpricht doch nicht recht dem Wesen dieses Pariser Philanthropen.

K. Sudhoff (Hochdahl).

51. **Geschichte des ärztlichen Standes und des ärztlichen Vereinswesens in Franken, speciell in Würzburg**; von Dr. J. Riedinger. Festschrift zur Feier der im Jahre 1848 erfolgten Begründung der ärztl. Vereine in Würzburg. Würzburg 1899. Stahel'sche Verlagsanstalt. 8. 133 S. (1 Mk. 50 Pf.)

R. baut seine werthvolle Schrift auf handschriftlichen Fundamenten auf. Nach einer kurzen aber treffenden Schilderung des Medicinalwesens in Franken und Bayern vor dem Jahre 1848 geht R. zu einer durchaus auf Studium der ersten Quellen beruhenden Darstellung der interessanten Vorgänge in Unterfranken und im weiteren Bayern in den Jahren 1848 und 1849 über, als die stürmischen Freiheitbestrebungen dieser aufgeregten Zeit auch die mit ihrer wirthschaftlichen Lage vielfach mit Recht unzufriedene Aerztewelt ergriffen hatten, und man allenthalben aus den betheiligten Kreisen energisch unter festem Zusammenschlusse auf eine durchgreifende Medicinalreform drängte. Die Ereignisse und die betheiligten Persönlichkeiten sind in gleich trefflicher Klarheit geschildert und gezeichnet. Nimmt diese aufgeregte Periode, die zum ersten Male die Vereinigungsbestrebungen der Aerzte in umfassenderer Weise in die Erscheinung treten liess, mit Fug und Recht einen grossen Raum ein in der tüchtigen Arbeit, so ist die weitere Entwickelung des Vereinswesens, der Medicinalgesetzgebung und der sonstigen Angelegenheiten des Aerztestandes in Franken bis auf den heutigen Tag herab nicht minder eingehend und gründlich behandelt. Natürlich traten bei dem zweiten unterfränkischen Kreisvereine die politischen Motive ganz zurück und die collegialen in den Vordergrund. Der letzte Abschnitt ist dem ärztlichen Bezirksvereine Würzburg gewidmet, der, im Jahre 1848 gegründet, später einige Jahre geschlafen hatte, im Jahre 1865 zu neuem Leben erwachte und neue Bahnen einschlug. Die Jahre der Blüthe und des Niederganges sind in gleicher Weise geschildert, auch der wissenschaftlichen Vereinsthätigkeit ist ihre gebührende Stelle in der Berichterstattung angewiesen. Die treffliche Schrift verdient auch ausserhalb Unterfrankens und Bayerns die Beachtung Aller, die sich für die Entwickelung des ärztlichen Standes und des ärztlichen Vereinslebens interessiren; der Geschichtschreiber unseres Standes wird an der quellenfrischen Arbeit nicht achtlos vorübergehen.

K. Sudhoff (Hochdahl).

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/218

JAHRBÜCHER

der

in- und ausländischen gesammten Medicin.

Bd. 264. 1899. № 3.

A. Auszüge.

I. Medicinische Physik, Chemie und Botanik.

492. **Ueber Spermatocelen-Flüssigkeit,** *zugleich ein Beitrag zur Chemie des Samens;* von Dr. M. Vertun. (Centr.-Bl. f. d. med. Wissensch. XXXVII. 31. p. 529. 1899.)

Der Inhalt einer grossen Spermatocele mit sich lebhaft bewegenden Spermatozoën, reagirte schwach alkalisch, enthielt Spuren von Chlornatrium und Phosphorsäure, 0.44% Eiweiss, fast ausschliesslich Serumalbumin. Hemialbumose fehlte, ebenso Spermin. Bei Zusatz Florence'scher Jodjodkaliumlösung entstanden keine Krystalle.

Der Reiz zur Bewegung der Spermatozoën kann also hier nicht von Hemialbumose oder Spermin geliefert sein, dürfte somit nicht in bedeutendem Grade von Sekretionprodukten der accessorischen Drüsen abhängig sein.

V. Lehmann (Berlin).

493. **Existence et variations du ferment-lab dans la lymphe**; par N. Floresco, Paris. (Journ. of Physiol. XXIII. Suppl. Fourth internat. physiol. Congr. p. 39. 1898.)

Die Lymphe des Ductus thoracicus eines Hundes, die durch vorherige Einspritzung von Propepton oder Blutegelextrakt ungerinnbar gemacht war, wurde aufgefangen; sie reagirte leicht alkalisch. 1 ccm davon mit 5 ccm Milch vermischt und bei 38° gelassen, bewirkte nach 25 Minuten Coagulation.

Dieses in der Hundelymphe enthaltene Labferment ist aktiver beim jungen, als beim alten Thiere, verringert sich und verschwindet schliesslich beim Hunger. V. Lehmann (Berlin).

494. **Beiträge zur Kenntniss der Gallenfarbstoffe**; von Dr. Adolf Jolles. (Arch. f. d. ges. Physiol. LXXV. 8. 9 u. 10. p. 446. 1899.)

Behandelt man geringe, in Chloroform gelöste Bilirubinmengen mit Hübl'scher Jodlösung, so kann man dieselben farbigen Produkte erhalten, wie bei der Behandlung des Bilirubins mit Salpetersäure. Das so entstehende grüne Oxydationprodukt ist nach Eigenschaften und Elementaranalyse als Biliverdin anzusprechen.

Die alkoholische Lösung des Biliverdins giebt mit ammoniakalischer Zinkchloridlösung eine grüne Fluorescenz. Wird eine Lösung von Biliverdin in salzsäurehaltigem Alkohol mit reinem Zinkstaub versetzt, so geht die grüne Farbe in gelb über.

Das blaue Oxydationprodukt (Bilicyanin) zeigt keine specifischen Eigenschaften, die ihm den Charakter eines einheitlichen Körpers verleihen würden. Seine alkoholische Lösung giebt ebenfalls mit ammoniakalischer Zinkchloridlösung Fluorescenz. Ebenso fluoresciren auch das violette, rothe und braune Oxydationprodukt.

Das letzte Oxydationprodukt, „Bilixanthin", ist um 3 Atome Sauerstoff reicher, als das Bilirubin.

Das Bilixanthin fluorescirt nicht mehr mit ammoniakalischer Zinkchloridlösung.

V. Lehmann (Berlin).

495. **Ueber Nachweis und Vorkommen des Glykocolls**; von Karl Spiro. (Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 1 u. 2. p. 174. 1899.)

Das Glykocoll als solches ist bisher in thierischen Geweben nur einmal gefunden worden (im Kaumuskel einer Kammuschel), als Zersetzungsprodukt von Proteïnstoffen nur selten: ausser beim Leim noch beim Elastin, Spongin, Conchiolin, auch bei der Zersetzung der Hornhaut und der Seide. Neuerdings wurde aus Pferdeblutserumglobulin ein Albuminoid, das „Glutolin" dargestellt, das bei Zersetzung mit concentrirter Salzsäure Glykocoll lieferte.

Die Seltenheit der Befunde rührt besonders von der Schwierigkeit der Erkennung und Rein-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/219

darstellung des Glykocolls her. Sp. hat ein Verfahren erprobt, wobei durch Darstellung von Hippursäure und Condensation der letzteren mit Benzaldehyd eine Reihe charakteristischer, leicht fassbarer Produkte erhalten wird: zunächst ein durch Schmelzpunkt und Krystallform gut charakterisirtes Laktimid, das leicht rein erhalten werden kann, dann durch Hydratation und Spaltung aus dem Laktimid die Benzoylamidozimmtsäure und die Phenylbrenztraubensäure, von denen letztere noch in kleinen Mengen charakteristische Reaktionen liefert.

Aus durch Schwefelsäure gespaltenem Fibrinogen, Fibrin, Globulin und Hämoglobin konnte Sp. nach seinem Verfahren das Laktimid der Benzoylamidozimmtsäure erhalten und so die Anwesenheit des Glykocolls nachweisen. Im Casein war es nicht zu finden. Bei der Protalbumose des Fibrins war es nicht nachzuweisen, dagegen in der Heteroalbumose. V. Lehmann (Berlin).

496. **Fütterungsversuche mit Indol**; von Eyvin Wang. (Ztschr. f. physiol. Chemie XXVII. 6. p. 557. 1899.)

Ein Hund scheidet eingegebenes Indol, von dem 1 g schon deutliche Vergiftungserscheinungen hervorruft, innerhalb 24 Stunden durch den Harn wieder aus. Etwa die Hälfte des eingeführten Indols wird als indigobildende Substanz ausgeschieden; neben dem indoxylschwefelsauren Kalium werden auch andere gepaarte Schwefelsäuren gebildet. Zwischen Indican und Aetherschwefelsäure besteht kein constantes Verhältniss.
V. Lehmann (Berlin).

497. **Ueber die quantitative Bestimmung des Harnindicans nach Wang-Obermayer**; von Jac. Bouma. (Ztschr. f. physiol. Chemie XXVII. 4 u. 5. p. 348. 1899.)

Nach dem Verdunsten des Chloroforms, das zur Extraktion des aus Harn gewonnenen Indigos verwandt ist, setzen sich ausser dem Indigoblau noch röthlich-braune Farbstoffe ab. Diese sind, wie B. nachweist, nur Modifikationen des Indigoblau, also auch Oxydationprodukte des Harnindicans. Ebenso wie aus dem Pflanzenindican, entstehen aus dem Harnindican drei Farbstoffe, Indigoblau, Indigoroth und Indigobraun, die durch Behandlung mit Aether und mit kaltem Alkohol von einander getrennt werden können. Die Indigofarbstoffe aus Harn zeigen auch dieselben Spektra wie die Farbstoffe aus Indigo.

Man darf die rothbraunen Farbstoffe bei der Bestimmung also nicht entfernen. Beim Titriren der in Schwefelsäure gelösten Farbstoffe soll so lange Kaliumpermanganat zugesetzt werden, als die Flüssigkeit noch eine Spur von rother Farbe zeigt. V. Lehmann (Berlin).

498. **Beitrag zur Lehre vom Hämatoporphyrin des Harns**; von Prof. E. Nebelthau. (Ztschr. f. physiol. Chemie XXVII. 4 u. 5. p. 324. 1899.)

Aus dem burgunderrothen Harn einer Kranken mit hereditärer Syphilis wurde Hämatoporphyrin gewonnen, und zwar durch mehrmaliges Ausfällen mit Eisessig, Auflösen in Natronlauge und wieder Fällen. Mit Hülfe eines näher beschriebenen colorimetrischen Verfahrens lässt sich der Farbstoff gut bestimmen.

Noch in 3 anderen Fällen konnte das Hämatoporphyrin aus dem Harne durch Essigsäure gewonnen werden. V. Lehmann (Berlin).

499. **Sur l'existence d'une oxydase dans la peau de quelques batraciens**; par C. Phisalix, Paris. (Journ. of Physiol. XXIII. Suppl. Fourth internat. physiol. Congr. p. 49. 1898.)

Da die Haut der Batrachier in beträchtlichem Maasse der Athmung dient, so vermuthete Ph. eine Oxydase darin. Er konnte auch ein solches Ferment in der Haut von Rana esculenta, temporaria, Bufo vulgaris nachweisen. Macht man einen Salzwasserauszug aus der Haut und füllt damit 3 Röhren, von denen die erste gekocht, die zweite luftleer zugeschmolzen und die dritte offen stehen gelassen wird, so behalten die beiden ersten Röhren die ursprüngliche Farbe, während die dritte sich innerhalb einiger Tage dunkel färbt. Durch Hitze ist das Ferment zerstört worden, bei Abwesenheit von Sauerstoff konnte es nicht wirken.

Frisch ausgepresster Froschhautsaft bläut ausserdem Guajaktinktur. [Ist nun wirklich die Existenz des Oxydationfermentes bewiesen?? Ref.]
V. Lehmann (Berlin).

500. **1) Dosage chimique de petites quantités d'oxyde de carbone. 2) Dosage de l'oxyde de carbone normal du sang. 3) Formation de petites quantités d'oxyde de carbone dans le sang, lors de l'anesthésie chloroformique**; par Maurice Nicloux, Paris. (Journ. of Physiol. XXIII. Suppl. Fourth internat. physiol. Congr. p. 28. 1898.)

Das Jodsäureanhydrid J_2O_5 ist ein feines Reagens für Kohlenoxyd; lässt man das Gas oder eine es enthaltende Luft über J_2O_5 bei der Temperatur von 100—150° streichen, so bildet sich einerseits Kohlensäure, andererseits freies Jod. Letzteres kann colorimetrisch bestimmt werden.

Die aus dem normalen Blute im luftleeren Raume bei Gegenwart von Essigsäure entweichenden Gase geben die angeführte Reaktion. Das normale Blut enthält also Kohlenoxyd, und zwar durchschnittlich 1.4 ccm im Liter.

Da Chloroform mit wässeriger Kalilauge Kohlenoxyd bildet, so konnte dieses Gas auch bei der Chloroformnarkose entstehen. Diese Annahme hat sich bestätigt. V. Lehmann (Berlin).

501. **On the detection and localization of phosphorus in tissue elements**; by A. B. Macallum, Toronto. (Journ. of Physiol. XXIII. Suppl. Fourth internat. physiol. Congr. p. 31. 1898.)

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/220

Organischer Phosphor wurde bisher in den Geweben dadurch nachgewiesen, dass die letzteren mit einer Lösung von molybdänsaurem Ammoniak in Salpetersäure behandelt, dann ausgewaschen und mit Pyrogallussäure behandelt wurden. M. giebt an, dass die dann entstehenden dunkelen Färbungen nur theilweise die Gegenwart von Phosphor anzeigen, da sie auch durch Oxydation der Pyrogallussäure und durch Einwirkung letzterer auf nicht ausgewaschenes molybdänsaures Ammoniak zu Stande kommen.

Statt Pyrogallol verwendet M. daher eine 1—4proc. wässerige Lösung von salzsaurem Phenylhydrazin, das eine dunkelgrüne Reaktion veranlasst. Lecithin wird vorher durch wiederholtes Ausziehen mit heissem Alkohol entfernt. Gegen die Verwechselung mit anorganischem Phosphor schützt die bei diesem sehr schnell eintretende und ausgebreitete Reaktion.

Mit der Methode gelang der Nachweis gebundenen Phosphors im Chromatin aller Zellen, in Kernkörperchen, in der anisotropen Substanz der Muskelfaser, der Colloidsubstanz der Schilddrüse u. s. w. Auch in kernlosen Organismen fand sich Phosphor in Form von Körnchen oder Kugeln im Cytoplasma. V. Lehmann (Berlin).

502. **On the excretion of phosphorus and nitrogen in leukhaemia**; by W. Hale White and F. Gowland Hopkins. (Journ. of Physiol. XXIV. 1. p. 42. 1899.)

Aus Untersuchungen von Milroy und Malcolm, sowie von Moraczewski hat sich ergeben, dass bei chron. Leukämie die Phosphorausscheidung im Urin sehr herabgesetzt war, im Falle Moraczewski's auch die Stickstoffausscheidung.

Man hat aber meist angenommen, dass bei starker Leukocytose auch gesteigerter Nucleinzerfall und daher gesteigerte Phosphorausscheidung erfolgen müsse. Die Phosphor- und Stickstoffausscheidung hängt also nicht allein von der Leukolyse ab.

Auch bei der von W. u. H. untersuchten Leukämie bestand neben starker Leukocytose eine herabgesetzte Phosphorausscheidung. Auch die Menge der ausgeschiedenen Harnsäure entsprach nicht der starken Leukocytose.

V. Lehmann (Berlin).

503. **Ein Beitrag zur Chemie maligner Geschwülste**; von Dr. Eugen Petry. (Ztschr. f. physiol. Chemie XXVII. 4 u. 5. p. 398. 1899.)

P. wollte ursprünglich die quantitativen Verhältnisse der Eiweisskörper in bösartigen Geschwülsten ermitteln, konnte aber keine constanten Ergebnisse gewinnen; nur muss hervorgehoben werden, dass die Carcinome — wie aus dem Kernreichthum verständlich — viel mehr Nucleoproteide enthalten, als normales Gewebe.

Auffallend war die Menge der nicht coagulablen stickstoffhaftigen Substanzen in den Extraktflüssigkeiten. Es ergab sich, dass diese Stoffe durch Autodigestion der Eiweissstoffe entstanden und sich vermehrten — natürlich bei Ausschluss von Fäulniss. Ein Theil dieser Stoffe hat den Charakter der Albumosen, der grössere Theil aber giebt keine Biuretreaktion mehr. Normales Gewebe zeigt diese Autodigestion entweder gar nicht oder in viel geringerem Grade.

[Könnten an diesem Vorgange nicht die supponirten Protozoën der malignen Geschwülste betheiligt sein? Ref.] V. Lehmann (Berlin).

II. Anatomie und Physiologie.

504. **1) Ueber früheste menschliche Placentation**; von Docent Dr. Hubert Peters in Wien. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 1. p. 41. 1899.)

2) Bemerkungen zur frühesten menschlichen Placentation nach Hubert Peters; von Carl Ruge in Berlin. (Ebenda p. 59.)

1) Peters hat genaue mikroskopische Studien des jüngsten bislang bekannten menschlichen Placentationstadium an einem Eichen von 1.6 : 0.9 : 0.8 mm Durchmesser gemacht, die demnächst von ihm in einer Monographie niedergelegt werden sollen. Diese Untersuchungen beziehen sich vorzugsweise auf die Einbettung des menschlichen Eies, auf die mächtige Ektoblastwucherung, auf das Zustandekommen des intravillösen Raumes und die Provenienz des Syncytium.

Nach P. ist es unzweifelhaft, dass die Capsularisbildung schon in noch jüngerem Stadium, als seither angenommen, nahe ihrer Vollendung ist. Nach P. wird das menschliche Ei sicher bei einer Grösse von circa 1 mm, wenn nicht früher, von Decidua umhüllt. P.'s Eichen lag von einer mächtigen Ektoblastschale umgeben so in einer der beetartig prominirenden und durch Furchen von einander getrennten Wülste der mächtig verdickten Uterusmucosa der hinteren Uteruswand eingebettet, dass es ganz in das deciduale Stroma eingesenkt erschien. Die mächtige, das Ei umgebende Ektoblastschale ist reichlich von Blutlacunen durchsetzt, die mit einander communiciren und ihr förmlich ein spongiöses Aussehen verleihen. Die Blutlacunen des Trophoblastes stehen theilweise in direkter Communikation mit den in der Peripherie reichlich vorhandenen mütterlichen Endothelröhren; gegen den Trophoblast zu ist die Endothelwand entweder durchbrochen oder schon ganz zu Grunde gegangen, die peripherisch gelegene erscheint dagegen wohlerhalten. An der peripherischen Grenze des Trophoblastes ist nirgends eine epithelähnliche oder als Epithelrest zu deutende Bekleidung zu finden. Mit Bestimmtheit

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/221

spricht sich P. dahin aus, dass in dem vorliegenden Entwickelungstadium noch keine Drüsen in den intravillösen Raum einmünden. Da alle Uebergänge der Ektoblastzellen des Trophoblastes, der ja später zur Langhans'schen Zellenschicht wird, im vorliegenden Ei vorhanden sind, nimmt P. mit Bestimmtheit die fötale Provenienz des Syncytium an.

Der Einbettungsmodus von P.'s Eichen ist derselbe wie beim Cavia-Ei; das Ei hat sich nämlich durch eine kleine Einbruchspforte in das Deciduagewebe hineingedrängt. Das Ei wächst mit einem gleichzeitig einhergehenden Spaltungsprocess der Decidua in dieser fort. Der intravillöse Raum ist nach P.'s Befunden als ein fötal-vaskulärer Raum aufzufassen und bildet sich ausserordentlich früh.

2) Ruge erkennt die Arbeit P.'s als eine „bedeutungsvolle Arbeit" an, aus der hervorgehe, dass die Einbettung bei den verschiedenen Thieren und bei dem Menschen verschieden ist; die Verhältnisse bei Kaninchen und bei Katzen lassen sich nach R. gar nicht ohne Weiteres heranziehen. Auch die Vergleichung mit dem Meerschweinchen erscheint R. nicht als völlig durchführbar.

Als höchst bedeutungsvoll beurtheilt R. die Peters'sche Beobachtung für die Frage des Zottenepithels; R. stimmt P. darin bei, dass dieses fötalen Ursprungs ist. Die epithelialen Wucherungen spielen entsprechend der P.'schen Beobachtung auch nach R.'s Ansicht bei der menschlichen Placentation nicht die ihnen früher zugedachte Rolle.

„Die *Umwallungstheorie* wird bei der Voraussetzung der physiologischen Eieinbettung nach Hubert Peters fallen; die Präparate, die zu ihrer Begründung herangezogen wurden, stellen nur ein späteres Stadium der Einsenkungstheorie vor. Die *Einsenkungstheorie* wird an die Stelle der *Umwallungstheorie* treten."

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

505. **Die Gefässverbindungen der Placentakreisläufe eineiiger Zwillinge, ihre Entwickelung und ihre Folgen.** III. *Die Acardii und ihre Verwandten;* von Friedrich Schatz. 2. Fortsetzung. (Arch. f. Gynäkol. LVIII. 1. p. 1. 1899.)

In der letzten Arbeit von Sch. (vgl. Jahrbb. CCLX. p. 238) war als Gruppe I *die Acardie durch primären Herztod* (grösste und plötzliche Asymmetrie der gegenseitigen Transfusion) bei arterieller und venöser Anastomose auf der Placenta und als Gruppe II *die Mikrokardie,* bedingt durch sekundären Herztod, besprochen worden. Jetzt folgen als Gruppe III *die heteromorphen Mikrokardie-Pseudohemiacardii.* Es sind dieses missgebildete Früchte, die Acardii geworden wären, wenn sie auf der Placenta nach dem gesunden Mitzwilling hin sowohl arterielle, als auch venöse Anastomosen besässen, die aber Acardii nicht werden konnten, weil sie bei ihrem Placentatypus (A) solche Anastomosen nicht besitzen. Gruppe IV bilden *die heteromorphen Makrocardii.* Sie entstehen, wenn bei Placentatypus A (keine [oberflächlichen] Anastomosen, sondern nur Transfusion in den gemeinschaftlichen Zotten) die Heteromorphie den bei ungleicher gegenseitiger Transfusion begünstigten Zwilling befällt. Für diese Gruppe findet sich in der Literatur nur ein 1855 von Vrorib als „Paracephalus sireniformis" beschriebener Fall. Gruppe V umfasst *Acardii durch Obliteration der Allantoisvene in der Gegend der künftigen Nabelschnur bei Bestehenbleiben der (gemeinschaftlichen) Dottervene als Ersatzvene = Acormi.* Die erhaltene gemeinschaftliche Dottervene ist eine grosse, die ganzen Allantoisvenen und damit die ganzen Placentakreisläufe beider Zwillinge umgehende collaterale venöse Verbindung der Körpervenen beider Zwillinge. Sie ist immer ein sicherer Beweis für ein Cirkulationhemmniss im Verlaufe der Allantoisvene eines Zwillings (des künftigen Acardius) zwischen seinen Placentavenen und seinen Körpervenen, d. h. in seiner Nabelschnurvene. Gruppe VI: *Acardie durch Verengung und Obliteration der Nabelvene (Allantoisvene in der Lebergegend) mit Ausbildung von Ersatznabelvenen um diese Stelle = Acardii, gebildet aus heteromorphen Früchten.* Als Ersatz für die obliterirte Nabelvene können bald zwei, bald nur eine Ersatznabelvene nach den Venae iliacae hin sich entwickeln, es kann eine solche nach der V. subclav. oder es können zwei, eine nach der rechten V. iliaca und eine nach der rechten V. mammaria gehen, endlich können Ersatznabelvenen nach beiden Venae iliacae und nach der Haut des Oberkörpers oder in Form der Venae mammariae internae verlaufen. Durch diese verschiedenen Verlaufsarten entstehen eben so viele Unterabtheilungen der Gruppe. Gruppe VII. *Acardie durch Verengung der Nabelvene im Nabelringe:* a) bei Nabelschnurbruch, b) bei Nabelstenose.

Brosin (Dresden).

506. **Zur Frage des Hermaphroditismus verus**; von Prof. W. Nagel in Berlin. (Arch. f. Gynäkol. LVIII. 1. p. 83. 1899.)

Von Blacker in London wurde im XXXVIII. Bde. der Transact. of the Obstetrical Soc. of London 1896 ein 8½monat. todtgeborner Foetus als wahrer unilateraler Hermaphrodit beschrieben. N. bezweifelt die Richtigkeit der Deutung der einen Geschlechtsdrüse als Ovarium aus entwickelungsgeschichtlichen und histologischen Gründen, hält vielmehr beide Organe für Hoden und bestreitet somit, dass bisher beim Menschen eine Zwitterbildung (Eierstock und Hode in demselben Individuum) nachgewiesen ist.

Brosin (Dresden).

507. **Zwei Doppelmissbildungen**; von Dr. Georg Burckhard in Würzburg. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XL. 1. p. 20. 1899.)

1) *Diprosopus distomus.* Das Kind war weiblichen Geschlechts, wog 2250 g und hatte eine Länge von 44 cm. Das Kind kam in Steisslage zur Welt, wurde mittels stumpfen Hakens extrahirt und starb während der Extraktion. Der ganze Rumpf erschien normal gebildet, nur

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/222

der Schädel zeigte neben Anencephalie eine auffallende Missbildung, nach der die Frucht als Diprosopus distomus zu bezeichnen ist. B. giebt eine genaue anatomische Beschreibung der Missbildung und 5 erläuternde Abbildungen.

2) *Janiceps asymmetros.* Die Frucht besteht aus 2 Körpern, die sich medianwärts berühren und im Bereiche des Thorax mit einander verwachsen, während der Schädel auf den ersten Blick einfach erscheint. Die rechte Seite der linken Frucht ist mit der linken Seite der rechten Frucht in Verbindung getreten (2 Abbildungen und 1 Röntgenbild).

Die beiden geschilderten Missbildungen geben nach B. je ein Beispiel für die zweifache Entstehungsweise der Doppelmissbildungen: Der 1. Fall für die partielle Spaltung einer ursprünglich einfach gebildeten Anlage, der 2. Fall für die partielle Vereinigung oder Verschmelzung zweier ursprünglich getrennt gewesener Anlagen.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

508. **Ein neuer stabiler Augenspiegel mit reflexlosem Bilde**; von Walther Thorner. (Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XX. 4 u. 5. p. 294. 1899.)

Bei Betrachtung des Augenhintergrundes muss das Licht vom Auge des Beobachteten zu dem Beobachter auf demselben Wege zurückkehren, auf dem es von der Lichtquelle hingelangt ist. An jedem neuen Medium entstehen Brechungen und die reflektirten Strahlen vermengen sich mit den von dem Hintergrunde kommenden. Th. hat nun aus verschiedenen Linsen und mit Einschaltung eines *Nicol*'schen Prisma einen Augenspiegel construirt, der, frei von jedem störenden Reflexe, ein Gesichtsfeld von 37° in der Vergrösserung des aufrechten Bildes giebt. Es ist von grossem Interesse, die allgemeinen Gesetze zu verfolgen, die Th. als Erläuterung seiner Berechnungen giebt. Nach den 11 Bildern kann man die Construktion des Instrumentes genau verfolgen, aber natürlich sich kein Urtheil bilden, ob praktisch das Instrument zu verwerthen und der Augenhintergrund eben so deutlich und vor Allem für den Geübten eben so leicht zu erkennen ist wie mit dem einfachen Plan- oder Concavspiegel. Eine künstliche Erweiterung der Pupille, schon an sich ein grosser Nachtheil, war bei den meisten Augen nothwendig, die Th. mit seinem Spiegel untersuchte.

Lamhofer (Leipzig).

509. **Beobachtungen über den Verlauf centraler und extramacularer negativer Nachbilder**; von Dr. A. Walther in Petersburg. (Arch. f. d. ges. Physiol. LXXVII. 1 u. 2. p. 53. 1899.)

W. stellte im physiologischen Institute der Universität Leipzig Versuche über die Verschiedenheit des Nachbildverlaufes an centralen und excentrischen Stellen des Sehfeldes an, und zwar unter ausschliesslicher Berücksichtigung der negativen Nachbilder, die nach Fixirung farbloser oder farbiger Pigmentlichter auf grauem Grunde auftreten. Die angewandten Methoden und Instrumente sind genau beschrieben. Das Ergebniss der Versuche war folgendes: „Die negativen Nachbilder, die nach anhaltender Fixirung farbiger Objekte auftreten, können deutliche farblose Reste hinterlassen. Dies gilt für den excentrischen und den stäbchenfreien Netzhautbezirk. Die Erregbarkeitsänderungen oder die den negativen Nachbildern zu Grunde liegende Reaktion für die Roth-Grün-Componente und die Gelb-Blau-Componente der Empfindung verlaufen ungleichmässig; für erstere schneller als für letztere. Die Tonänderung mischfarbiger Objekte und ihrer negativen Nachbilder während des Abklingens verläuft gegensinnig in der Weise, dass relativ zunehmender Gelblichkeit des Objektes relativ zunehmende Bläulichkeit des Nachbildes entspricht und umgekehrt. Die excentrischen Nachbilder haben einen schnelleren Entwickelungsverlauf und eine geringere Dauer als das centrale Nachbild. Dies gilt auch noch innerhalb des stäbchenfreien Bezirkes.“ Die angeführten Thatsachen lassen sich aus der Theorie der Gegenfarben leicht erklären. Lamhofer (Leipzig).

510. **Ueber künstlich hervorgerufene Farbenblindheit**; von Prof. A. Beck in Lemberg. (Arch. f. d. ges. Physiol. LXXVI. 11 u. 12. p. 634. 1899.)

Wenn man eine vom Sonnenlichte beleuchtete weisse Fläche längere Zeit fixirt und gleich darauf das Auge auf farbige Gegenstände richtet, die schwächer beleuchtet (im Schatten) sind, so ist für einige Minuten das Vermögen aufgehoben, Farben, besonders Roth und Grün, zu unterscheiden, Roth erscheint braun oder schwarz, Grün erscheint grau oder schwarz. Im Sonnenlichte betrachtet, werden die Farben wieder erkannt. Bei länger dauernder Fixirung der beleuchteten Fläche wird Roth und Grün auch bei guter Beleuchtung nicht mehr erkannt und in diesem Stadium tritt bei schwacher Beleuchtung totale Farbenblindheit ein. Die Ursache dieser Erscheinungen ist sehr wahrscheinlich die ungleiche Ermüdbarkeit der verschiedenen Netzhautelemente. Denn sie treten auch auf, wenn eine sehr hell beleuchtete blaue Fläche oder eine weisse Fläche durch ein blaues Glas fixirt wird. Diese Erscheinungen dürfen nicht ohne Weiteres mit der Ermüdung einer oder zweier Gattungen von Netzhautelementen gleichgestellt werden, wie sie beispielsweise bei Fixirung eines einfarbigen Gegenstandes entsteht, da bei den von B. angestellten Versuchen mit solchen künstlichen Di- oder Monochromaten keine positiven oder negativen Nachbilder auftraten. Lamhofer (Leipzig).

511. **Ein Beitrag zur congenitalen totalen Farbenblindheit**; von Prof. W. Uhthoff in Breslau. (Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorgane XX. 4 u. 5. p. 326. 1899.)

U. prüfte bei einem 16jähr., gänzlich farbenblinden jungen Manne das Verhalten der centralen und der periphe-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/223

rischen Sehschärfe, ihr Abhängigkeitverhältniss von der Beleuchtung, ferner das Verhalten des Lichtsinnes, der Adaption und des Gesichtsfeldes.

Die centrale Sehschärfe betrug $^1/_5$—$^1/_6$ der normalen, entsprechend dem Befunde bei den meisten bisher untersuchten ganz Farbenblinden. Es bestand ein centrales Skotom. Bei zu heller Beleuchtung wurde in erster Linie die Funktion der centralen Retinatheile geschädigt. Durch helle Beleuchtung wurde der Untersuchte überhaupt sehr leicht geblendet, es schien ihm dann, als ob ein Schleier sich über die gesehenen Dinge lagere. Der Lichtsinn, am *Förster*'schen Photometer geprüft, bot in Bezug auf die Reizschwelle keine wesentliche Abweichung. Im Spektral-Apparate erschien dem Farbenblinden das rothe Ende deutlich verkürzt. Die hellste Stelle im Spectrum lag bei ca. 530 $\mu\mu$ (grün), während für das normale Auge das Maximum der Helligkeit in Gelb liegt. Die Dunkeladaption des farbenblinden Auges erfolgte deutlich schneller als die des normalen. Bei der Schätzung der Helligkeit verschiedener Pigmentfarben blieben die Angaben des Farbenblinden gleich während des Tageslichtes, wie während der Herabsetzung der Beleuchtung, da bei ihm (nach Hering) nur die weisse Valenz der Farben sich geltend machte; die Untersucher, deren Helligkeitschätzung bei Tageslicht durch die farbige Valenz der Pigmente beeinflusst wurde, mussten im Dunkelzimmer ihre Farbenauswahl der des Farbenblinden anpassen. Lamhofer (Leipzig).

512. **Die künstliche Ernährung eines normalen und eines atrophischen Säuglings.** Nach gemeinsam mit Dr. Bendix, Dr. Spitta und Dr. Wolpert angestellten Versuchen; mitgetheilt von Max Rubner u. Otto Heubner. (Ztschr. f. Biol. XXXVIII; N. F. XX. 2. p. 315. 1899.)

Im Anschlusse an eine frühere Untersuchung über den Stoffwechsel eines Brustkindes haben R. und H. umfassende Stoffwechselversuche an einem normalen Säuglinge, der mit gewöhnlicher Kuhmilch ernährt wurde, und bei einem atrophischen Säuglinge bei Milchnahrung und Kindermehlnahrung angestellt.

Aus den Resultaten der umfangreichen Arbeit ist hervorzuheben:

Das normale Kind verwerthete bei Kuhmilchkost mindestens 90.7% der eingeführten Spannkraft, eben so viel wie der früher untersuchte Säugling bei Muttermilch. Das atrophische Kind verwerthete bei Kuhmilchkost nur 87.1%, bei Kindermehl nur 82.4%.

Die Erhaltungsdiät des Säuglings berechnet sich nach dem vorliegenden Materiale zu rund 1021 Cal. pro 1 qm Körperoberfläche.

Beim atrophischen Kinde lässt sich eine abnorme Art der Zersetzung, des Kraftwechsels, des Ansatzes nicht nachweisen; eigenartig ist nur die geringere Resorptionfähigkeit seines Darmes, die reichlichere Kothbildung.

Der Säugling hat bei Erhaltungdiät einen Kraftwechsel, der kleiner ist, als der eines Erwachsenen von entsprechendem Körpergewichte bei Erhaltungkost. (Vgl. unser Referat Jahrbb. CCLXII. p. 249.)

V. Lehmann (Berlin).

513. **The physiological effects of „peptone" when injected into the circulation.** Part II: *The influence of purified peptone, of antipeptone, and of proteoses, on blood coagulation and on the vasomotor system.* Part III: *The local vascular influences of peptone and proteoses, effects on the intestinal and renal districts;* by W. H. Thompson. (Journ. of Physiol. XXIV. 5. p. 374. 396. 1899.)

Eine frühere Untersuchung hatte sich mit dem Einflusse von Witte's Pepton auf die Blutgerinnung und das vasomotorische System beschäftigt. Th. untersuchte nun die einzelnen Bestandtheile von Witte's Pepton auf ihre Wirksamkeit.

Gereinigtes Amphopepton verzögerte nur die Blutgerinnung, Antipepton beschleunigte sie. Mit Protoalbumose und Deuteroalbumose konnten beide (?) Wirkungen erzielt werden. Mit Ausnahme des Antipeptons bewirkten alle Bestandtheile des Witte'schen Peptons Gefässerweiterung, am meisten die Protoalbumose.

Durch die Erweiterung der Unterleibsgefässe wird das Sinken des Blutdruckes hervorgerufen, das nach intravenöser Peptoninjektion zu beobachten ist.

Die Nierengefässe werden nicht erweitert, auch ihre Vasomotoren wenig beeinflusst.

Die Wirkung des Witte'schen Peptons ist fast allein der Protoalbumose zuzuschreiben.

V. Lehmann (Berlin).

514. **Contributions to the physiological effects of peptone when injected into the circulation.** Part IV: *The local vascular influences of peptone and proteoses. Effects on the splenic, hepatic, and limb districts;* by W. H. Thompson. (Journ. of Physiol. XXV. 1. p. 1. 1899.)

Th. hat in früheren Untersuchungen gezeigt, dass die Einspritzung von Witte's Pepton und isolirten Bestandtheilen desselben ein Sinken des Blutdruckes zur Folge hat. Die Ursache dieser Erscheinungen liegt in der Herabsetzung der Erregbarkeit der peripherischen Splanchnicusenden in den Gefässen, da Reizung des Splanchnicus nach Peptoninjektion keine Gefässverengerung und damit kein Ansteigen des Blutdruckes mehr zu Stande bringt. Das Volumen isolirter Darmschlingen (im Plethysmographen gemessen) steigt nach Peptoninjektion in der Vene, faradische Reizung des Splanchnicus bringt weder Steigen des Blutdruckes, noch Sinken des Organvolumens hervor, d. h. die Gefässnervenenden sind unerregbar geworden. Auch die Gefässe der Milz verhalten sich wie die Darmgefässe, nur tritt die Peptonlähmung in schwächerem Grade auf. Proto- und Heteroproteose sind die wirksamsten Bestandtheile des Peptons, viel weniger wirken Deuteroproteose und reines Pepton. Leber- und Gliedergefässe verhalten sich wie die Darmgefässe. Am ausgesprochensten ist die Organvergrösserung an der Leber, dann folgen der Reihe nach Darm, Milz und Glieder.

In der stark ausgebildeten Erweiterungsfähigkeit gerade der Lebergefässe nach Peptoninjektion sieht Th. eine Schutzeinrichtung des Herzens gegen

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/224

übermässigen Blutzufluss aus den Regionen der Baucheingeweide. W. Straub (Leipzig).

515. **The effect of compression on one lung on respiratory gas exchange;** by Vaughan Harley. (Journ. of Physiol. XXV. 1. p. 33. 1899.)

Ein in den Pleuraraum leer eingeführter Gummisack wird mit Wasser (ca. 500 ccm) gefüllt und so die Thätigkeit der einen Lunge ausgeschaltet. Athemvolumen, Kohlensäure und Sauerstoffmengen werden im Respirationapparate während wechselnder Zeiten gemessen. Versuche an Hunden in tiefer Morphium-Aethernarkose.

Im Allgemeinen werden bei vollständiger Obliteration einer Lunge das Athemvolumen, die absoluten Mengen der Kohlensäure und des Sauerstoffs auf nahezu das Doppelte der Normalwerthe gesteigert, ohne dass Athemfrequenz und respiratorischer Quotient in wesentlichem Maasse geändert werden, und obwohl nun die eine Lunge das Doppelte von dem leistet, was unter normalen Verhältnissen die beiden zu leisten hatten. Es erfahren also die Zersetzungsvorgänge im Organismus eine Steigerung. Wenn die Lungencompression lange genug gedauert hat, bestehen die Erscheinungen auch noch fort, nachdem die Compression aufgehoben ist, deshalb kann die während der Compression bestehende Verlagerung des Herzens, die besonders bei Compression der linken Lunge bedeutend ist, nicht die Ursache der Mehrarbeit der einen Lunge sein. Die Erscheinung des Fortbestehens der Mehrleistung der Athmung bei wieder aufgehobener Compression, erklärt H. damit, dass die lange dauernde Compression die Alveoli für lange Zeit funktionunfähig macht.

Zur Erklärung der Verdoppelung der ausgetauschten Gasmengen nimmt H. die von Bohr aufgestellte Theorie zu Hülfe, dass die Kohlensäure in den Alveolen als Reiz für ihre eigene Sekretion wirke; die Thatsache, dass durch die Ausschaltung der einen Lunge die andere die doppelte Menge geliefert bekommt, soll zu noch gesteigerter Kohlensäureproduktion Veranlassung geben, diese primäre Ueberproduktion an Kohlensäure soll dann die Mehraufnahme von Sauerstoff zur nächsten Folge haben. W. Straub (Leipzig).

516. **Ueber die Fettabscheidung des menschlichen Körpers;** von Prof. G. Leubuscher. (Verhandl. d. XVII. Congr. f. innere Medicin. Wiesbaden 1899. J. F. Bergmann. p. 457.)

L. legte auf verschiedene Hautstellen Filtrirpapier und bestimmte nach einer gewissen Zeit dessen Fettgehalt. Die Fettabscheidung ist bei verschiedenen Menschen (und an verschiedenen Körperstellen) sehr verschieden, sie hält sich vom 3. oder 4. Lebensjahre bis zur Pubertät etwa gleich, steigt dann beträchtlich an und fällt nach dem Alter zu wieder ab; sie ist bei Brünetten stärker als bei Blonden und ist zweifellos bei mageren, schwer zu mästenden Menschen stärker als bei fetten. Starke Körperbewegungen, Pilocarpin, Atropin, Thyreoidin vermehren sie nicht, wohl aber wird sie durch fette Kost gesteigert. Bei Kachexie nimmt sie beträchtlich ab. Dippe.

517. **Further observations on the elimination of water and carbon dioxid by the skin;** by Wakelin Barratt. (Journ. of Physiol. XXIV. 1. p. 11. 1899.)

Durch Firnissen der Haut wird die Wasserausscheidung durch die Haut herabgesetzt, aber nicht aufgehoben, ebenso bei trockener Entzündung der Haut. Das Wasser wird zum Theil ausgeschieden durch die nicht gänzlich verstopften Schweissdrüsenausführungsgänge, zum Theil durch Diffusion aus letzteren in die Keratinschicht und Abgabe durch diese, zum Theil durch Diffusion aus dem Rete in die Keratinschicht und Abgabe durch diese.

Die Kohlensäure entweicht nur direkt durch die Keratinschicht. V. Lehmann (Berlin).

III. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

518. **Etude expérimentale du passage des substances toxiques du foetus à la mère;** par les Drs. P. Baron et J. Castaigne. (Arch. de Méd. expérim. X. 5. p. 693. Sept. 1898.)

B. und C. berichten über einige, an trächtigen Meerschweinchen, an Hündinnen und an einer dicht vor der Geburt stehenden Frau angestellte Versuche, mittels deren sie durch Nachweis des Austausches von in den Foetus, bez. die Amnionflüssigkeit eingespritzten Stoffen mit dem mütterlichen Blut die Möglichkeit einer durch primäre Erkrankung, bez. durch Absterben des Foetus bedingten Eklampsie feststellen wollten. Erst in neuester Zeit war man, weil man in so vielen Fällen das Entstehen dieser Krankheit nicht zu erklären vermochte, auf diesen Gedanken gekommen, besonders, nachdem es Schmorl gelungen war, bei 17 Eklamptischen eine allgemeine Veränderung des Blutes nachzuweisen, und zwar durch eine coagulirende Substanz, die Vollhard in dem nach einem eklamptischen Anfalle gelassenen Harn und Kollmann im Serum Eklamptischer wiedergefunden hatten, eine Substanz, die augenscheinlich aus den Placentaelementen in Menge in das mütterliche Blut eingewandert war und die sich gleichzeitig in dem Foetus der an Eklampsie Verstorbenen vorfand.

Aehnliche Versuche wie B. und C., und zwar mit Strychnin, bez. Jodkalium, Methylenblau und salicylsaurem Natron, sind bereits mehrfach angestellt worden, haben aber zu recht verschiedenen Ergebnissen geführt. B. und C. benutzten als

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/225

Prüfungsmittel beim Menschen das völlig unschädlich befundene Methylenblau; bei den Thierversuchen mussten sie jedoch hiervon absehen, weil ein Nachweis dieses im Körper grösstentheils in Chromogen sich umwandelnden Stoffes in den geringen Mengen Harn, um die es sich bei den Versuchen handelte, zu unsicher gewesen wäre; es wurde hier das Jodkalium benutzt, das (jedoch nur in verdünnter Lösung) sich am unschädlichsten für den Foetus erwiesen hatte. Von den von B. und C. näher beschriebenen Versuchen theilen wir zunächst den an einer Frau (Multipara) angestellten kurz mit.

Er wurde begonnen, als sich der Muttermund bis etwa zum Durchmesser eines Zweifrankstückes erweitert hatte, und es wurde eine 12 cm lange, der Beckenhöhlung entsprechend gekrümmte, mit einer die Spitze schützenden Scheide versehenen Nadel (anfügbar an eine nach Roux gefertigte Spritze) unter Leitung des linken Zeigefingers mit der rechten Hand bis zum Cranium des Foetus, natürlich mit Vermeidung der Fontanellen, geführt. Der Schutz wurde dann etwas zurückgezogen, so dass man die Nadelspitze in die Haut des fötalen Cranium einstossen konnte. Man konnte nun den leitenden Finger leicht zurückziehen und eine Einspritzung von 1 ccm Methylenblaulösung (1:20) vornehmen; die Nadel wurde dann gleichfalls zurückgezogen, die Vagina mit abgekochtem Wasser ausgespritzt und Acht gegeben, ob dieses gefärbt erschien; die gleiche Aufmerksamkeit ist bei erfolgender Geburt auf eine etwaige Färbung der Amnionflüssigkeit zu richten.

Der Versuch war nach B. und C. vollkommen gelungen; schon nach $^1/_2$ Stunde liess sich, allerdings zunächst nur durch Chloroform, das Methylenblau im mütterlichen Harn nachweisen, nach 1 Stunde zeigte er sich deutlich, nach 2 Stunden ganz tief gefärbt; das Methylenblau war also eben so rasch und mindestens eben so stark in den Körper der Mutter gelangt, als wenn man es ihr in die Glutäalgegend eingespritzt hätte. Das Spülwasser der ausgespritzten Scheide hatte keine Spur von Methylenblau enthalten; das 3 Stunden nach der Einspritzung geborene Kind zeigte an seiner Schädelhaut deutlich die Spuren des gemachten Einstichs. Der Versuch blieb ohne irgendwelche üble Folge. Beweisende Einspritzungen in das Amnion zu machen, ist, wie B. und C. betonen, in Fällen wie dem vorliegenden sehr schwer, besonders weil hier nicht wie beim Foetus ein fester Stützpunkt gegeben ist.

Die von B. und C. genau beschriebenen Thierversuche wurden in der Weise angestellt, dass die Thiere erst ätherisirt, dann laparotomirt wurden und nach geschehener Jodeinspritzung die Wunde mit Catgut zugenäht und mit Watte verbunden wurde; bei der Transparenz der Organe ist die Ausführung der Operation leicht. Behufs der Harnuntersuchung wurden die Meerschweinchen alle 10 Minuten mit geeigneten Röhrchen katheterisirt, die Proben auf ungesäuerte Brotscheiben gebracht und die Prüfung über Dämpfen von Acid. nitric. fum. vorgenommen. So wurden u. A. bei einem dem Werfen nahen Meerschweinchen 2 ccm Jodkaliumlösung (1:20) in das Amnion des einen der beiden Foetus gespritzt und 2 Stunden danach ergab der mütterliche Harn die Jodreaktion, die länger als 48 Stunden anhielt (nach 8 Tagen warf das Thier 2 lebende Junge). Bei einer etwa 5 bis 10 Wochen trächtigen Hündin dagegen, bei der 4 ccm Jodkaliumlösung (1:10) in das Amnion des einen Foetus gespritzt worden waren, war keine Jodreaktion des Harns erfolgt. Das Thier starb am 3. Tage; der Foetus zeigte sich macerirt, das war der Grund des Fehlens des Jods sowohl im mütterlichen Körper, als in der Placenta, ja selbst im Blut des Foetus, der in Folge zu starker Einspritzung gestorben war.

Aus diesen und anderen ähnlichen Versuchen ziehen B. und C. folgende Schlüsse:

1) Die unmittelbar in den Foetus oder in das Amnion gespritzten Stoffe gehen rasch in den mütterlichen Körper über, wenn der Foetus lebt; der Uebergang ist nach fötaler Einspritzung merklich schneller als nach amniotischer. Es ist daher sicher, dass, wenn der Foetus in seinem Blute kreisende giftige Stoffe enthält oder solche in der Amnionflüssigkeit sich befinden, deren Uebergang in den Körper der Mutter stattfinden wird. Die Möglichkeit einer Eklampsie fötalen Ursprunges ist also erwiesen.

2) Ist der Foetus todt, so geht der in das Amnion oder selbst in den Foetus eingespritzte Stoff nicht in den Mutterkörper über. Es geschah dies wenigstens nicht während der Dauer der Versuche. O. Naumann (Leipzig).

519. **Können Malariaplasmodien mit Kernen kernhaltiger rother Blutkörperchen verwechselt werden?** von Dr. C. S. Engel in Berlin. (Ztschr. f. klin. Med. XXXVIII. 1. 2 u. 3. p. 30. 1899.)

Eine solche Verwechselung ist möglich. E. stellt zu ihrer Vermeidung folgende Sätze auf: „Nicht zu verwechseln sind die Malariaplasmodien, wenn sie Pigment besitzen, also die älteren Formen, da schwarzgelbes Pigment, wie es bei den Plasmodien zu finden ist, im Kern nie vorkommt. Unter diesen Umständen sind die Plasmodien auch im frischen ungefärbten Blute leicht zu erkennen. Nicht zu verwechseln, und zwar im frischen Präparat, sind die Plasmodien, wenn sie amöboide Bewegung zeigen. Dann sind selbst die Sporen als Fremdkörper innerhalb der Blutzellen zu diagnosticiren. Nicht zu verwechseln sind die Plasmodien mit den strukturreichen Kernen der polychromatischen Normoblasten im gefärbten Präparat, da einerseits der intensiv gefärbte Kern, andererseits die meistens unregelmässige Form des polychromatischen Protoplasma eine Verwechselung mit den Plasmodien um so weniger fürchten lässt, als diese meistens orthochromatische, normal gefärbte Erythrocyten angreifen. Nicht zu verwechseln sind endlich die Plasmodien mit den kleinen Kernen der orthochromatischen, kernhaltigen rothen, so lange der Kern noch intensiv gefärbt ist, da die Färbung der Plasmodien eine viel zartere ist. — Verwechselt werden können die Malariaplasmodien, und zwar sowohl die bisher bekannten Formen, als auch die Plehn'schen Malariakeime mit Kernresten, sowohl mit derjenigen Form, in welcher der Kern allmählich

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/226

kleiner wird und schwindet, als auch mit denjenigen Formen, wo der Kern sich in einzelne Partikelchen getheilt hat. Erwähnt sei noch, dass auch die Blutplättchen, zumal da sie zu den Kernfragmenten in Beziehung zu stehen scheinen, Veranlassung zur Verwechselung mit Plasmodiensporen geben können." Dippe.

520. **Zur Färbung der Malariaparasiten**; von Dr. Nocht in Hamburg. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 21. 22. 1899.)

Die Methode N.'s beruht auf der Anwesenheit eines eigenartigen Derivates des Methylenblaues in den Methylenblaumischungen. N. nennt es „Roth aus Methylenblau" und schreibt ihm die ausschlaggebende Rolle zu. H. Beschorner (Dresden).

521. **Beitrag zur Kenntniss der Lebensbedingungen des Spirillum volutans**; von Dr. Vogt in Butzbach. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 23. 1899.)

Beim Versuche nach der Kutscher'schen Methode auf festem Agarnährboden Reinculturen der Spirillen zu gewinnen, stiess V. auf Schwierigkeiten. Es gelang nach vielen anderweitigen Versuchen das Spirillum in einem warmen wässerigen Auszug von geschälten Erbsen, dem Natriumchlorid und besonders Ammoniumcarbonat zugesetzt wurden, in Reincultur zu züchten.

H. Beschorner (Dresden).

522. **Beiträge zur Cultur des Leprabacillus**; von Max Teich. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 21. 22. 1899.)

Es gelang mit Hülfe von Kartoffelagar oder Kartoffelwasser, sowie auf Kartoffeln, die mit Sodalösung befeuchtet waren, ein Bakterium zu züchten und fortzupflanzen, das einen grossen Polymorphismus zeigte. Dieser ist unabhängig von der Beschaffenheit des Nährbodens. Das Bakterium ist wahrscheinlich identisch mit den von Bordoni-Uffreduzzi, Babes, Lewy, Czaplewski und Spronck gezüchteten Mikroorganismen.

H. Beschorner (Dresden).

523. **Beitrag zur Frage von der Empfänglichkeit der Vögel für Milzbrand**; von K. A. Kutschuk in Petersburg. (Centr.-Bl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat. X. 1. p. 17. 1899.)

Die Versuche, die K. an Sperlingen und Dohlen anstellte, ergaben, dass die Empfänglichkeit der Thiere für Milzbrand durch Lichtentziehung gesteigert wird. 50% der Sperlinge, die ohne Entziehung von festem Futter oder Wasser im Dunkeln in Gefangenschaft gehalten wurden, zeigten sich für die Ansteckung mit Milzbrand empfänglich.

Eine noch grössere Empfänglichkeit trat ein, wenn die Vögel der Federn beraubt wurden; insbesondere wurde in diesem Falle die natürliche Unempfänglichkeit der Dohlen gegen Milzbrand *aufgehoben.* Radestock (Blasewitz).

524. **Ueber einen in der Luft gefundenen Diplococcus**; von Dr. A. G. Rosenthal. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 1. p. 1. 1899.)

R. züchtete aus der Luft eines Stalles für Versuchsthiere im bakteriologischen Institute Piorkowski's einen grossen Doppelkugelspaltpilz, dessen Untersuchung im hängenden Tropfen eine deutliche *Kapsel* und *Unbeweglichkeit* erkennen liess. Färbung mit Methylenblau, das übrigens nicht überall gleichmässig angenommen wurde, liess die Nierenform der Doppelkugeln, sowie den ausgeprägten Zwischenspalt deutlicher hervortreten. Mit Loeffler's Kampechebeize und Nachfärbung mit Methylenblau erhielt man eine Färbung der Kapsel. Nach Gram färbte sich der Spaltpilz nicht. Er wuchs gut auf schräg erstarrtem Agar bei 37° C. und liess schon nach 18 Stunden ein sehr beträchtliches Wachsthum in einzelnen punktförmigen Herden erkennen. Auf Traubenzuckeragar gedieh der Spaltpilz jedoch noch besser. In Fleischbrühe zeigte sich bei 16—18° nach 24 Stunden eine mässige Trübung im unteren Theile und wenig Bodensatz. Gasbildung war nicht zu bemerken. Auf Traubenzuckeragar zeigte sich nach 24 Stunden ein üppiges, fettglänzendes, sternförmig streifiges Wachsthum von grauweisser Farbe, mit scharfem, eingekerbten Rande.

Diese Pilzwucherung sass wie ein stumpfer Kegel auf dem Nährboden und opalescirte bei durchfallendem Lichte.

Weiteres über Ursprung, Eigenheiten und Bedeutung dieses Spaltpilzes (*Diplococcus magnus*) will R. später mittheilen.

Radestock (Blasewitz).

525. **Zur Kenntniss der Colibacillen des Säuglingsstuhles**; von Dr. Henry Lee Smith. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 20. 1899.)

Die aus dem Stuhle normaler Brustkinder gewonnenen „Coliculturen" stimmen in den wesentlichen morphologischen und histologischen Merkmalen untereinander und mit dem von Escherich beschriebenen Typus des Bacterium coli überein. Ihre Uebereinstimmung geht sogar so weit, dass sie von dem Serum eines Thieres, das gegen einen der Stämme immunisirt wurde, agglutinirt werden. Die Reaktion ist an das Individuum gebunden, scheint aber, wenigstens bei Säuglingen, von der Art der Ernährung unabhängig zu sein.

H. Beschorner (Dresden).

526. **Zur Biologie des Bacillus faecalis alcaligenes**; von Dr. Alfons Fischer. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 20. 1899.)

Zur Unterscheidung der Typhusbacillen von den Pseudotyphusbacillen, besonders dem Bacillus faecalis alcaligenes, welcher den Typhuserregern in vielfacher Beziehung ähnlicher ist, als das Bacterium coli, wird die Cultur in Lakmusmolke empfohlen. H. Beschorner (Dresden).

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/227

527. **Der Bacillus der Hundestaupe (Febris catarrhalis epizootica canum)**; von Thierarzt Dr. Jess in Charlottenburg. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXV. 15 u. 16. 1899.)

Aus dem Conjunctival- und Nasensekret eines Hundes wurde ein kleines, einzeln liegendes, stets constante Formen zeigendes, sich nach Gram färbendes Stäbchen gezüchtet, das mit keinem der bisher bei der Staupe beobachteten Mikroorganismen identisch ist. Für Hunde, Meerschweinchen und Katzen ist der Bacillus pathogen und erzeugt bei intrapleuraler und subcutaner Injektion der Reincultur ein der Staupe vollkommen gleichendes Krankheitbild. H. Beschorner (Dresden).

528. **Etude anatomique des lésions pulmonaires observées chez le chien à la suite d'injections intra-trachéales de bacille typhique**; par R. Lépine et B. Lyonnet. (Arch. de Méd. expérim. XI. 5. p. 549. 1899.)

Die Vff. versuchten an Hunden durch Einbringen von Reinsaaten Eberth'scher Spaltpilze in die Luftröhre eine Lungenentzündung hervorzurufen, in der Erwartung, dass diese derjenigen des typhuskranken Menschen gleichen würde. Es kam indessen anders: Zunächst entstand eine Blutüberfüllung der Lungenbläschen mit Blutungen, hierauf eine schleimige Ausschwitzung in die Bläschen, indessen *ohne* Faserstoffausscheidung, sodann verdickten sich die Bläschenwände so stark, dass die Höhlung der Lungenbläschen verschwand.

Die Vff. wollen künftig *gleichzeitig* mit den Eberth'schen Spaltpilzen den Versuchsthieren die eigentlichen Erreger der Lungenentzündung beibringen, in der Erwartung, dann das gewünschte Krankheitbild zu erhalten. Radestock (Blasewitz).

529. **A case of malta fever**; by J. H. Musser and J. Sailer. (Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. II. 4. p. 59. Febr. 1899.)

Der von M. und S. beschriebene Fall von Maltafieber bietet nur insofern Bemerkenswerthes dar, als der Nachweis der Krankheiterreger (Micrococcus melitensus) im Blute des Kranken gelang und die Krankheit, die sich der Kranke (ein Offizier) in Porto Rico zugezogen hatte, erst auf amerikanischem Boden, woselbst Maltafieber bisher nicht beobachtet worden war, zum Ausbruch kam. Radestock (Blasewitz).

530. **Ueber verschiedene Streptokokkenarten**; von Dr. Menge und Dr. Kroenig in Leipzig. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 6. p. 703. 1899.)

Der von M. und Kr. schon früher beschriebene obligatorisch anaërobe Streptococcus wurde von Koblanck nicht als eigene und in ihren Eigenschaften constante Art anerkannt. Die in allen Einzelheiten wiedergegebenen neueren Untersuchungen M.'s und Kr.'s bestätigten, dass man die Streptokokken nach ihrer dauernd verschiedenen Empfindlichkeit gegen den Sauerstoff der Luft in fakultativ und obligatorisch anaërobe unterscheiden kann. Unter den letzteren, deren Empfindlichkeit gegen den Sauerstoff der Luft sehr gross ist, giebt es wieder verschiedene Arten, von denen eine bei ihrem Wachsthum auf künstlichem Nährboden übelriechende Zersetzungen erzeugt. Obligatorisch anaërobe Streptokokken finden sich als Saprophyten häufig im Scheidensekret von Frauen; sie können aber auch in den menschlichen Körper eindringen, also echte Parasiten sein. So finden sie sich im Gewebe bei jauchiger Bauchfellentzündung. Meist finden sich entweder *nur* obligatorisch anaërobe oder *nur* fakultativ anaërobe Streptokokken; nur zuweilen kommt eine Symbiose beider vor. Letztere haben M. und Kr. bei jauchiger Parametritis und im Lochialsekret der Gebärmutter beobachtet, auch konnten sie sie im künstlichen Nährboden erhalten. J. Praeger (Chemnitz).

531. **Recherches bactériologiques sur le canal génital de la femme**; par J. Hallé. (Ann. de Gynécol. XXVI. p. 113. Févr. 1899.)

H. giebt eine genaue Beschreibung des mikroskopischen Bildes und der Culturen der theils im normalen Scheidensekret, theils im Exsudat zurückgehaltener Placentastücke und im Eiter von Bartholinitis gefundenen Mikroorganismen. Wir führen nur die einzelnen Arten an, da es zu weit führen würde, auf Einzelheiten einzugehen. Unter den aëroben Mikroben kommt zuerst der Neisser'sche Gonococcus. Im Gegensatze zu Wertheim hat ihn H. niemals fakultativ anaërob gefunden. Dann folgen die Pseudodiphtheriebacillen (kurze Stäbchen wie die Diphtheriebacillen, aber *nicht* pathogen), der keulenförmige Bacillus, den Weeks zuerst auf der gesunden und kranken Conjunctiva nachgewiesen hat (ebenfalls *nicht* pathogen), von Streptokokken 3 Arten: Der Streptococcus pyogenes, ein Streptococcus, der mehr oder weniger lange Ketten bildet, aber durch die ungleiche Grösse seiner Körner charakteristisch ist (identisch mit dem Streptococcus des Speichels von Veillon und ähnlich dem von Lingelsheim) und der Streptococcus tenuis von Veillon (kurze Ketten bildend, den Pneumokokken ähnelnd). Letztere beiden sind nicht pathogen. Sodann findet sich der bekannte Staphylococcus epidermit. albus und endlich ein langer dünner nicht pathogener Bacillus, der nach Gram gefärbt bleibt. Als anaërobe Mikroben beschreibt H. den Mikrococcus foetidus (isolirte oder Diplokokken, deren Culturen stark stinken), der meist pathogen erscheint, den Bacillus funduliformis (stäbchenförmig, meist leicht gekrümmt, bisweilen stark entwickelt, weit verzweigt, oft Gas entwickelnd, das, wie die Culturen, stinkt, bei Thierversuchen meist pathogen), den Bacillus nebulosus (von verschiedener Form und Grösse, entfärbt sich nach Gram, meist sich als pathogen erweisend) und schliesslich den Bacillus caducus. J. Praeger (Chemnitz).

532. **Die Folgen langdauernder ungenügender Entleerung von Blase und Mastdarm beim Weibe**; von Dr. Hugo Sellheim in Freiburg i. B. (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. I. 3. p. 515. 1898.)

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/228

S. berichtet über einen Fall von starker Stauung von Urin und Koth, in dem es gelang, den Situs der einzelnen Organe im Zusammenhange mit dem knöchernen Becken zu fixiren und nach geeigneter Methode alle Einzelheiten dieser Störung zu prüfen. Nach dem Befunde hatte die 24jähr. geisteskranke Person augenscheinlich lange Zeit hindurch ihren Koth und Urin nur ganz unvollkommen entleert.

S. schildert das topographische Verhalten der Weichtheile im Allgemeinen, ferner die einzelnen Organe und Gebilde der Reihe nach im Besonderen in Bezug auf Lage, Form, Blutversorgung und histologische Abweichungen. [Abbildungen.]

Die starke Ueberfüllung von Blase und Mastdarm verursacht tiefergreifende und vielseitigere Veränderungen, als man früher annahm. Die starken Compressionerscheinungen im kleinen Becken erklären sich nach S. durch die Einklemmung der allseitig ausgedehnten Blase im Beckeneingange. Ein stärkeres Ausweichen nach dem grossen Becken war durch ihre natürliche Befestigung im kleinen Becken unmöglich. Hierdurch und durch die gleichzeitige Füllung des Mastdarmes wurden die Nachbarorgane rücksichtlos dislocirt und sogar die nachgiebigen Wände des Beckenbodens (Beckenboden und Incisurae ischiadicae) nach aussen gedrängt.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

533. **Ein Fall von Cystenniere**; von Dr. A. Theilhaber. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 4. p. 496. 1899.)

Th. berichtet über den Sektionbefund an einem spontan todtgeborenen Kinde, bei dem sofort nach der Geburt der grosse Umfang des Bauches auffiel. Bei Eröffnung der Bauchhöhle zeigte sich ein grosser Tumor, der fast den ganzen Bauchraum ausfüllte und aus beiden bedeutend vergrösserten Nieren bestand, die mit ihren medialen Flächen sich berührten. Die Länge einer jeden Niere betrug 13 cm, die Breite $7\frac{1}{2}$ cm, der grosse Umfang senkrecht zur Längsachse $18\frac{1}{2}$ cm. Die Nieren waren in allen ihren Theilen cystisch degenerirt.

In dem vorliegenden Falle von Cystenniere war die Geschwulst jedenfalls nicht durch eine Stauung entstanden; eine Atresie der abführenden Harnwege war nicht festzustellen. Th. betrachtet seinen Fall im Wesentlichen als „Neubildung", combinirt mit fötaler Missbildung.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

534. **Cystisches Adenofibrom der Leistengegend**; von Dr. L. Aschoff in Göttingen. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 1. p. 25. 1899.)

Das Präparat, das A. genau histologisch untersucht hat, war einer 42jähr. Frau exstirpirt worden. Die längste Ausdehnung des Tumor betrug 3 cm. In den Schnitten fand A. alle wichtigen Bestandtheile des von v. Recklinghausen geschilderten Kanalsystems, Endkolben mit plattem, gewundene Sekretionröhrchen mit cubischem, Sammelröhren mit cylindrischem Epithel. Im Gegensatze zu den von v. Recklinghausen untersuchten Tumoren fand A. keine Spur von Muskelgewebe; es handelte sich nicht um ein Myom, sondern um ein Fibrom. v. Recklinghausen, dem A. die Präparate vorlegte, erkannte die Geschwulst als Urnierengeschwulst an.

A. studirte das Vorkommen von Urnierenresten an Embryonen und Neugeborenen, konnte aber in keinem einzigen Leistenbande, weder bei den männlichen, noch bei den weiblichen Föten, Urnierenreste auffinden. Trotzdem hält A. an der Möglichkeit eines derartigen Vorkommens fest.

Im Anschlusse beschreibt A. 2 Adenomyome, die er ebenfalls als Geschwülste des Wolff'schen Körpers anspricht.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

535. **Beitrag zur Lehre von der „Hyperkeratosis diffusa congenita"**; von Cand. med. A. Wassmuth in Graz. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXVI. 1. p. 19. 1899.)

W. giebt eine durch Abbildungen erläuterte Beschreibung eines kurz nach der Geburt verstorbenen Kindes mit einem über die ganze Körperoberfläche ausgebreiteten Hornhautpanzer, der insbesondere an den Beugeseiten der Gelenke und am Halse tiefe, sich bis in die Lederhaut erstreckende Risse und Sprünge zeigte. Die Untersuchungen mit Gram'scher Flüssigkeit und verdauender Flüssigkeit nach Unna ergaben, dass die *Verhornung* der Haut nur eine *unvollendete* war; auch erstreckte sich die Verhornung nur bis auf die Talgdrüsen und äusseren Wurzelscheiden der Haare, wogegen die Schweissdrüsen den gewöhnlichen Bau zeigten. Endlich waren Merkmale einer Entzündung nicht aufzufinden.

Radestock (Blasewitz).

536. **Mucous fistula following appendical abscess; isolation of the appendix**; by John H. Jopson. (Proceed. of the pathol. Soc. of Philad. II. 4. p. 60. Febr. 1899.)

J. beobachtete in einem tödtlich verlaufenen Falle von eiteriger Bauchfellentzündung am Blinddarme einen ungewöhnlichen Sitz des Wurmfortsatzes, hoch über dem Blinddarmende.

Im Wurmfortsatze fand sich eine Durchbruchstelle, die Ausgangpunkt einer Schleimfistel war.

Radestock (Blasewitz).

537. **Ueber Kalkablagerungen an den serösen Häuten des Herzens;** von Cand. med. Fritz Diemer. (Ztschr. f. Heilkde. XX. 4. p. 257. 1899.)

Nach kurzer Mittheilung der Krankengeschichten von 10 in der Literatur beschriebenen Fällen von Kalkablagerungen an der Serosa cordis nach perikarditischen Processen werden 2 Fälle von Herzbeutelerkrankung, die innerhalb von 4 Monaten im pathologischen Institute zu München zur Obduktion kamen, besprochen. Die Kalkablagerungen hatten hier einen Umfang angenommen, wie sie bisher noch nicht beobachtet wurden; sie umgaben das Herz vollständig als starre Ringe. (Das ringförmige Petrifikationgebilde wird in einer Abbildung, die nach einem Macerationpräparate hergestellt wurde, zur Anschauung gebracht.)

Anhangsweise wird ein im Münchener pathologischen Institute aufbewahrtes Präparat kurz beschrieben, bei dem an der Spitze das Endokard durch eine harte Kalkablagerung ersetzt ist, die in Form und Umfang vollkommen übereinstimmt mit einer halbirten Eischale, nur dass ihre Wandung erheblich dicker und härter ist.

H. Beschorner (Dresden).

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/229

538. **Beiträge zur Kenntniss der Histogenese der peripheren Nerven nebst Bemerkungen über die Regeneration derselben nach Verletzungen;** von Dr. Rud. Kolster in Helsingfors. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXVI. 2. p. 190. 1899.)

K. erklärt seine frühere Auffassung, dass bei der Heilung durchschnittener Nerven der Schwann'schen Scheide irgend welche Bedeutung zukomme, für irrig, da aus seinen neueren (entwickelungsgeschichtlichen) Untersuchungen hervorging, dass die Heilung verletzter Nerven durch ein Auswachsen der Nervenfasern vom oberen Stumpfe aus bewirkt wird, und zwar *ohne* Betheiligung der Schwann'schen Scheide.

Hierfür spricht auch, wie K. betont, der bekannte Versuch Vanlair's, der, nachdem er den oberen Stumpf eines abgeschnittenen Nerven in ein Röhrchen aus entkalktem Knochen hatte einheilen lassen, nach einem halben Jahre 6 cm lang ausgewachsene Nervenfasern in dem Röhrchen fand.

Radestock (Blasewitz).

539. **Die histologischen Vorgänge bei der Heilung von Hodenverletzungen und die Regenerationsfähigkeit des Hodengewebes**; von Dr. Alexander Maximow in Petersburg. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXVI. 2. p. 230. 1899.)

M. benutzte als Versuchsthiere junge und erwachsene Kater, Hunde, Kaninchen, Meerschweinchen, Frösche und Molche, letztere ohne Erfolg; er brachte den Thieren Hodenverletzungen theils mittels glühender Nadel, theils mit dem Messer (keilförmige Ausschnitte), theils auf beide Weisen bei. Hierauf zeigte sich, dass das der verletzten Stelle unmittelbar anliegende Gewebe auf eine bestimmte Strecke dem Gewebetode verfiel. Später wurde es durch Bindegewebe ersetzt, wobei zwar scheinbar auch eine Neubildung von Drüsengängen stattfand, letztere besassen indessen *nicht* die Fähigkeit, Samen zu bilden.

Es trat also weder bei den Säugethieren, noch beim Frosche eine Wiederherstellung der verlorengegangenen Theile des Hodens ein.

Radestock (Blasewitz).

540. **Ueber Hodensarkome**; von Dr. Kayser. (Mittheil. aus d. Hamb. Staatskrankenanstalten II. 2. p. 99. 1899.)

21 von K. mitgetheilte Krankengeschichten bestätigen die Angaben Kocher's und Lud-low's, dass sich die Hodensarkome in der grösseren Anzahl der Fälle um das 40. Lebensjahr herum entwickeln, und dass Männer vom 30. Lebensjahre ab ganz besonders empfänglich für diese Erkrankung sind.

Die *Voraussage* bei diesen Geschwülsten bezeichnet K. auf Grund seiner Fälle als ausserordentlich *ungünstig*. Nur in denjenigen Fällen, in denen die gründliche Entfernung aller Geschwulsttheile sicher durchzuführen ist, hält er einen *wundärztlichen Eingriff* für angebracht, in den übrigen aber für schädlich.

Radestock (Blasewitz).

541. **Ueber die Veränderungen der Blutgefässe bei der Syphilis**; von S. Abramow in Moskau. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXVI. 2. p. 202. 1899.)

Die Beobachtungen A.'s, die er an Gefässen machte, deren Erkrankung lediglich auf Syphilis beruhte, ergaben: 1) Bei der Syphilis erkranken *alle* 3 Gefässhäute selbständig und unabhängig von einander. 2) Sowohl die äussere, wie auch die innere Haut kann bei ihrer Wucherung an einer beschränkten Stelle die Gefässwand zerstören und dadurch Gefässausbuchtungen herbeiführen. 3) Nach Ablauf einer von der Innenhaut ausgehenden Wucherung tritt in der Neubildung eine dichte *Anhäufung von elastischem Gewebe* auf, die durch Spaltung der gefensterten Haut entsteht. 4) Syphilis führt *nicht* zu Veränderungen an den *Gefässknäueln* der Nieren, nur fieberhafte Krankheiten bewirken solche. 5) Der mikroskopische Befund allein genügt nicht zum Beweise für die syphilitische Natur von Gefässerkrankungen, sondern hierzu ist auch das Vorhandensein von *Gummiknoten* in der Gefässwand erforderlich.

Radestock (Blasewitz).

542. **De l'influence de la syphilis postconceptionelle sur le placenta et le foetus**; par Fabre et Patel. (Arch. de Méd. expérim. XI. 5. p. 614. 1899.)

In den von F. und P. beschriebenen Fällen erkrankte durch die während der Schwangerschaft erworbene Syphilis der Mutter nicht nur der mütterliche, sondern *auch der kindliche Theil des Mutterkuchens sammt Eihäuten.*

Der Umfang dieser Erkrankung war (unabhängig vom Zeitpunkte der Erkrankung) um so stärker, je stärker die Ansteckung war.

F. und P. unterwarfen demzufolge auch die Neugeborenen einer gründlichen Quecksilberbehandlung.

Radestock (Blasewitz).

IV. Pharmakologie und Toxikologie.

543. **Ueber das Verhalten des Benzoyl- und des Calciumsuperoxyds im Verdauungskanale des Menschen und des Hundes**; von M. Nencki und J. Zaleski. (Ztschr. f. physiol. Chemie XXVII. 6. p. 487. 1899.)

In der Absicht, die Einwirkung des Sauerstoffes auf Darmgährungen zu untersuchen, wurde das Verhalten des Benzoylsuperoxyds studirt. Es spaltet thatsächlich Sauerstoff ab, da nach seiner Eingabe (bei Hunden) Hippursäure im Harne er-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/230

schien und bei seiner Einwirkung auf ein Gemisch von Galle und Pankreassaft sich im Reaktionprodukt Benzoësäure nachweisen liess. Die Menge des im Darmkanale frei werdenden Sauerstoffes war indessen zu gering, um einen Einfluss erkennen zu lassen.

Calciumsuperoxyd entwickelte mit Magensaft, Pankreassaft und Galle freien Sauerstoff. Durch Hunden eingegebenes Calciumsuperoxyd konnte die Menge der Fäulnissprodukte des Darmkanals vermindert werden. V. Lehmann (Berlin).

544. **Experimentelle Untersuchungen über Desinfektion im Gewebe thierischer Organe**; von Dr. M. Blumberg. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXVII. 2. p. 201. 1898.)

„Die mit den bisher üblichen Desinfektionmethoden erhaltenen Resultate lassen sich auf die praktischen Verhältnisse nicht direkt übertragen, sobald es sich um ein Desinficiens handelt, das seine Wirkung im Gewebe entfalten soll, da die chemische Umsetzung, die das Medikament im Organismus erleidet, sowie die Tiefenwirkung zu wenig berücksichtigt werden. Zur Beseitigung dieser Fehlerquellen ist es empfehlenswerth, die Desinfektionprüfung an Organstückchen, die von Mikroorganismen reichlich durchsetzt sind, vorzunehmen, weil hierbei die chemische Umsetzung im Gewebe und die Tiefenwirkung des Medikaments nicht vernachlässigt wird (Milz von weissen Mäusen, die mit Milzbrand oder Tetragenus geimpft wurden). Bei dieser Versuchsanordnung zeigt sich, dass die *Silbersalze* im Gewebe dem Sublimat sehr überlegen sind, da dieses im Gewebe durch chemische Umsetzung ganz erheblich an Desinfektionkraft verliert. Bei Zusatz von *Kochsalz* zu Sublimat, sowie bei *Hydrargyrum oxycyanatum* ist dies viel weniger der Fall. Unter den *Silbersalzen* haben sich bei der Versuchsanordnung mit bakterienhaltigen Gewebestücken *Argentamin*, *Actol* und *Itrol* als die besten erwiesen; sie zeigten sich dem *Argentum nitricum* und *Argonin* überlegen. Die *Phenole* (Carbol und die Kresole) behielten im organischen Gewebe eine sehr hohe Desinfektionkraft bei.“ M. Ficker (Leipzig).

545. **De l'action des antiseptiques sur le Bac. pestis hominis et de la désinfection d'effets et de locaux contaminés par la peste buboniqe**; par Mme. N. Schultz. (Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. VI. 5. p. 397. 1899.)

Von den Resultaten sei hervorgehoben, dass die in Bouillonculturen befindlichen Pestbacillen in 2 Min. abgetödtet wurden von einer Sublimatlösung 1:1000, von Carbolsäure 1:50, von Formalin 1:50, von Sublimat + 5‰ HCl genügte die Verdünnung 1:20000. Die Sublimatwirkung erwies sich aber auch hier als abhängig von dem Medium, in dem die Pestbacillen sich befanden. Unter natürlichen Verhältnissen wird der Pestbacillus immer dem direkten Contakt mit Sublimat entzogen sein, so in Eiter, Auswurf, ein Umstand, der die praktische Verwendung des sonst so stark wirkenden Desinfektionmittels auch hier in Frage stellt. Während das Formalin in Lösung nur eine relativ schwache Wirkung bei kurzer Einwirkung auf den Pestbacillus zeigt, ist es in Gasform sehr werthvoll. Für die Desinfektion von Möbeln, Kleidungstoffen, Pelzsachen u. s. w. giebt es den Erfahrungen der Verfasserin nach kein besseres Mittel. M. Ficker (Leipzig).

546. **The physiological action of the alcaloids derived from Anhalonium Lewinii**; by Walter E. Dixon. (Journ. of Physiol. XXV. 1. p. 69. 1899.)

Untersuchung der vier von Hefftер aus der Stammpflanze isolirten Alkaloide auf ihre physiologische Wirkung.

Am isolirten Froschherzen macht Anhalonin Verlangsamung der Frequenz und schliesslich Herabsetzung der Hubhöhen bis zum Stillstande in Diastole. Am Herzen, das mit Mezcalin vergiftet ist, macht nachfolgende Atropinvergiftung keine Beschleunigung des Rhythmus mehr; ist das Herz durch Nicotin entnervt, so verursacht Mezcalin die gewöhnliche Pulsverlangsamung. Die Verlangsamung ist also auf die funktionelle Störung der Herzmuskulatur zurückzuführen.

Steigerung der Reflexerregbarkeit bei herabgesetzter Hautsensibilität. Die schon an der Katze bemerkbaren psychischen Störungen sind noch deutlicher am Menschen: Störungen in den peripherischen Sinnesorganen, besonders Augen und Ohren, Gesichts- und Gehörshallucinationen, bei Allem herrscht aber ein Zustand grosser Euphorie und Schlaflosigkeit, wodurch sich die Mezcalinwirkung von der narkotischen der Cannabis indica unterscheidet. Die Alkaloide werden zum Theil im Harne unverändert ausgeschieden und haben eine diuretische Wirkung. In den Wirkungen der einzelnen Alkaloide bestehen nur quantitative Unterschiede. W. Straub (Leipzig).

547. **Acokanthera Schimperi: its natural history, chemistry and pharmakology**; by Th. R. Fraser and J. Tillie. (Arch. internat. de Pharmakodynamie V. p. 349. 1899.)

F. u. T. isolirten aus Acokanthera Schimperi, einem in den Aequatorialgegenden Afrikas, heimischen Baume, eine krystallinische Substanz, die sie Acokantherin nennen. Die gleiche Substanz fanden sie in dem Rohgift. Das reine Acokantherin ist stickstofffrei.

Tödtliche Dosis für Frösche 0.00000049 g pro Gramm Frosch, für Kaninchen 0.00028 g pro Kilogramm Kaninchen, das Acokantherin ist also giftiger für Kaninchen. Bei Fröschen systolischer Herzstillstand; die Muskeln sind entweder direkt und indirekt unerregbar oder verlieren ihre Erregbarkeit

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/231

sehr bald. Auf das Blutgefässsystem ist Acokantherin ohne Wirkung. Durchspülung eines Frosches mit Acokantherinlösung giebt in gleichen Zeiten die gleichen Werthe wie Durchspülen mit 0.6proc. Kochsalzlösung, Digitalis-Durchspülung macht an demselben Frosche die typische Wirkung. Keine wesentliche Wirkung auf den Blutdruck. W. Straub (Leipzig).

548. **Untersuchungen über die Wirkung verschiedener Gifte auf das isolirte Säugethierherz**; von Dr. Joh. Bock. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLI. 2 u. 3. p. 158. 1898.)

B. suchte am isolirten Säugethierherzen bei dem Studium der einzelnen Giftwirkungen vor Allem die Forderung zu erfüllen, dass das Herz gegen einen unveränderten Widerstand arbeitete. Die bereits öfter vorgenommene Isolirung führte B. derart aus, dass das Blut nur durch das Herz und die Lungen cirkulirte. Aus der linken Herzkammer wurde die ganze cirkulirende Blutmenge durch die eine Art. carotis in die Vena jugularis geleitet unter Zwischenschaltung eines den Capillarwiderstand ersetzenden, regulirbaren, aber während des ganzen Versuches constant bleibenden Widerstandes. Aus der Vena jugularis passirte das Blut durch das rechte Herz und durch die künstlich ventilirten Lungen wieder in die linke Herzkammer. Es wurden ausschliesslich mit Urethan narkotisirte Kaninchen benutzt. Die Veränderungen des Blutdruckes wurden an einem mit der zweiten Carotis verbundenen Quecksilbermanometer gemessen; die Elasticität des sehr reducirten Gefässsystems wurde durch einen nachgiebigen elastischen Kautschukschlauch ersetzt.

B. bestimmte so den Blutdruck, der durch die Arbeit des linken Herzens im arteriellen System erzeugt wird, und diejenigen Abänderungen, die dieser Druck durch verschiedene Beeinflussungen des Herzens erleidet. Für die Eindeutigkeit ist der Umstand besonders wichtig, dass nach B.'s und anderer Autoren Versuchen die auf den grossen Kreislauf wirkenden gefässdilatirenden Gifte eben so wenig wie das gefässcontrahirende Helleboreïn im kleinen Kreislauf vasomotorische Veränderungen hervorrufen.

Einige der zu prüfenden Gifte liess B. in Dampfform von der Lunge aus resorbirt werden, die nicht flüchtigen wurden mittels einer Spritze direkt in das cirkulirende Blut eingespritzt. Die durch die Lunge beigebrachten *Chloroformdämpfe* riefen stets ein bedeutendes Sinken des Blutdruckes hervor, das fast unmittelbar nach Beginn der Inhalation eintritt, immer mehr zunimmt, je weiter die Vergiftung fortschreitet und während der ersten Zeit nach dem Aufhören der Chloroformeinathmung noch mehr zunimmt; eine Verminderung der Pulsfrequenz begleitet regelmässig das Sinken des Blutdruckes.

Aethylbromid wirkte weniger stark auf den Blutdruck als Chloroform, auch verminderte sich die Pulsfrequenz nicht, selbst wenn der Druck recht bedeutend sank.

Das mit dem vorigen schon verwechselte *Aethylenbromid* rief seine gefürchteten Giftwirkungen nicht durch direkte Wirkung auf das Herz hervor.

Das *Methyljodid* erzeugte Sinken des Blutdruckes, das anscheinend nicht völlig so stark war, wie nach Einwirkung von Aethylbromid auf das nämliche Herz.

Grosse Aehnlichkeit mit dem Chloroform zeigte das *Chloralhydrat*.

Aether erzeugte trotz bedeutender eingeathmeter Mengen und lange fortgesetzter Inhalation kein oder doch nur geringes Sinken des Blutdruckes, und auch in letzterem Falle stieg der Druck nach dem Aufhören der Inhalation sehr schnell wieder bis zu seiner ursprünglichen Höhe an.

Pental beeinflusste den Blutdruck nur in geringem Maasse; das nachgewiesene starke Sinken des Blutdruckes nach Pentalinhalation hängt nach B. nicht von einer direkten Wirkung auf das Herz ab, sondern ist auf eine Gefässerweiterung zurückzuführen, wie sie ganz allgemein von den Stoffen der Amylreihe verursacht wird.

Vom *Alkohol* waren selbst ziemlich bedeutende Mengen (20 und 25 cg) in der geringen cirkulirenden Blutmenge vertheilt, auf die Arbeit des Herzens ohne besonderen Einfluss.

Amylnitrit-Inhalation änderte weder den Blutdruck, noch die Pulsfrequenz, noch die Höhe der Pulswelle.

Helleboreïn, als Vertreter der Digitalisgruppe, rief in Uebereinstimmung mit den bekannten Thatsachen auch am Säugethierherzen eine von vasomotorischen Veränderungen unabhängige Vermehrung des Druckes im arteriellen System hervor durch Zunahme der aus dem linken Herzen ausgetriebenen Blutmenge, dabei war die absolute Kraft des Herzmuskels eben so wenig wie beim Froschherz durch Helleboreïn erhöht.

H. Dreser (Elberfeld).

549. **L'urea come diuretico**; nota del Dott. Vincenzo Greco. (Rif. med. XIII. 227. p. 15. 1897.)

G. hat in der medicinischen Klinik von Prof. Rummo in Palermo Versuche über die diuretische Wirksamkeit des Harnstoffs sowohl bei Gesunden, als bei Kranken mit Lebercirrhose angestellt. Bei den Gesunden wurde *keine* Erhöhung der 24stündigen Harnmenge beobachtet. Nur bei einem Kranken mit Lebercirrhose stieg die Harnmenge erheblich unter Abnahme des specifischen Gewichtes; aber diese Wirkung hielt nur kurze Zeit an; trotz fortgesetzter Harnstoffeingabe nahm die Harnmenge wieder ab und das specifische Gewicht des Harns wieder zu. Auch nahm in diesem Falle mit

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/232

vorübergehend vermehrter Harnausscheidung die Ascitesflüssigkeit keineswegs ab, sondern vermehrte sich sogar noch. Die harntreibende Wirkung des Harnstoffs ist daher *in*constant, weshalb, war nicht ersichtlich.

In allen Fällen wurde der Harnstoff trotz der hohen Gabe von 20 g pro die ohne Störung der Verdauung und auch ohne urämische Erscheinungen vertragen. H. Dreser (Elberfeld).

550. **Azione biologica del cloridrato dell' aceto-fenon-par-amido-fenol-etere**; pel Dott. F. Badano. (Arch. ital. di Clin. med. XXXVI. 4. p. 632. 1897.)

Das von Dr. G. Vignolo durch Einwirkung von CO-Bromacetophenon auf Paracetamidophenol dargestellte salzsaure Salz des Acetophenonparamidophenoläthers besitzt folgende Constitution:

$$C_6H_4 \begin{cases} O—CH_2—CO—C_6H_5 \\ NH_2—HCl. \end{cases}$$

Seine pharmakologischen Wirkungen bestanden beim Meerschweinchen in sehr ausgesprochener Herabsetzung der Körpertemperatur. Nach einer kurz vorübergehenden Erregung und Schreckhaftigkeit folgt eine leichte Betäubung mit leichter Parese des Tractus posterior. Bei stärkeren Dosen fallen die Thiere auf die Seite, auch treten krampfartige Steifheit der Rückenmuskeln und dyspnoisches Athmen auf; die Blutgefässe der Ohren und der Schleimhäute sind erblasst, während der Herzschlag eher verstärkt und regelmässig erscheint.

Bei direkter Injektion von mehr als 0.15 pro Kilogramm in die Venen von Kaninchen erfolgt sofortiger Athemstillstand, während das Herz noch einige Zeit weiter schlägt.

Als Ursache der Herabsetzung der Körpertemperatur bezeichnet B. eine Verminderung der Wärmeproduktion, während die Wärmeabgabe, wie das Aussehen der oberflächlichen Gefässe vermuthen lässt, eher vermindert sein wird.

Die Herzthätigkeit wird erst von sehr grossen Dosen nachtheilig beeinflusst, erst bei diesen sinkt auch der Blutdruck lediglich in Folge geschwächter Herzthätigkeit.

Auf das Blut wirkt die Substanz erst in grösseren Mengen sowohl ausserhalb, wie innerhalb des Körpers methämoglobinbildend ein. Am lebenden Thier ist der Methämoglobingehalt des Blutes an der verschieden starken Cyanose zu erkennen.

Bei Hunden bewirkt die Substanz ausser Speichelfluss auch Erbrechen, seltener Diarrhöe.

Die Schmerzempfindlichkeit war nicht sehr herabgesetzt. Der Harn enthielt weder Eiweiss, noch Gallenfarbstoff; manchmal eine Kupferoxyd reducirende Substanz, die indessen kein Zucker war. Die Stickstoffausscheidung durch den Urin war nur etwas vermehrt, wenn das Blut erheblich Methämoglobin enthielt.

H. Dreser (Elberfeld).

551. **Ueber das Dijodacetylen**; von Dr. E. Mebert. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLI. 2 u. 3. p. 114. 1898.)

Das zu den Versuchen benutzte C_2J_2 war durch allmähliches Eintragen von Calciumcarbid zu Jod-Jodkaliumlösung gewonnen worden. Das Dijodacetylen krystallisirt in spröden, kleinen, in Wasser unlöslichen Krystallnadeln. Seine 10proc. Lösung in Süssmandelöl wurde zum pharmakologischen Versuche bereitet. In Dosen von 0.2—0.3 g im Verlaufe zweier Tage subcutan injicirt, ist das Dijodacetylen für Kaninchen von 1500—2000 g Körpergewicht ein tödtliches Gift. In Substanz in den Magen gebracht, wirkt es örtlich reizend. Subcutan injicirt, erzeugt es bei Kaninchen Oedeme an von den Injektionstellen entfernten Gegenden. Beim Anschneiden der ödematösen Haut strömt der Geruch nach Dijodacetylen aus. Unter die Haut gespritzt, verhinderte das Mittel bei einem Hunde und einem Kaninchen das Auftreten weitgehender Abscesse an den Injektionstellen nicht. Aus den Sektionergebnissen liess sich eine zur Erklärung des Todes ausreichende Ursache meist nicht feststellen. Ein Theil des Dijodacetylens wird zweifellos im Thierkörper unter Abspaltung von Jod zersetzt, ein anderer Theil geht unzersetzt in den Harn über.

Auf gleichen Jodgehalt berechnet, ist das Dijodacetylen schon in Dosen giftig, bez. tödtlich, die, als Jodoform gegeben, innerhalb derselben Zeit noch keine besondere Wirkung hervorrufen.

Trotz seiner hervorragend fäulnisswidrigen Eigenschaften erscheint das Dijodacetylen von einer praktischen Anwendung ausgeschlossen, sowohl wegen seines penetranten Geruches, als auch wegen seiner aus den Thierversuchen sich ergebenden Giftigkeit. H. Dreser (Elberfeld).

552. **Ueber Synthesenhemmung durch Diamine**; von Julius Pohl. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLI. 2 u. 3. p. 97. 1898.)

Die Diamine (Aethylendiamin, Trimethylendiamin und Tetramethylendiamin) sind nicht ungiftig. Abgesehen von den unmittelbaren Wirkungen war eine am 3. bis 4. Tage nach der subcutanen Injektion häufig tödtlich endende starke Albuminurie mit dem Sektionbefunde von parenchymatöser Nephritis bemerkenswerth.

P. hatte Diamine gleichzeitig mit Benzoësäure verfüttert in der Erwartung, es werde eine Zunahme der gepaarten Benzoësäure im Harne nachweisbar sein. Aber das Gegentheil trat ein; nach Aethylendiaminfütterung ging die Hippursäureausscheidung *unter* den physiologischen Mittelwerth herab, und zwar nicht durch nachträgliche Spaltung bereits gebildeter Hippursäure, sondern durch eine direkte Hemmung des synthetischen Processes.

Von anderen Synthesen des Thierkörpers prüfte P. die Bildung der Phenolätherschwefelsäure und der Phenylglykuronsäure, beide Processe blieben

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/233

nach Aethylendiamin quantitativ unverändert. Dagegen sank die Menge ausgeschiedener Urochloralsäure unter dem Einflusse des Diamins rund um 40%, wofür nach Controlversuchen mit Aloin und anderen Nierengiften aber der pathologische Zustand der Nieren nach Diamin-Injektion keineswegs verantwortlich zu machen ist. Analog der Chloralsynthese verhielt sich auch die Glykuronsäurepaarung des tertiären Amylalkohols und noch mehr des Euxanthons, von denen die Synthese des letzteren am stärksten gehemmt wurde.

Das zum Vergleiche herangezogene Chinin schränkte nur die Hippursäuresynthese in geringem Umfange ein, liess die anderen Synthesen im Ganzen intakt.

Auch auf das Verhalten des Cysticins im Körper war die gleichzeitige Diamin-Injektion ohne Einfluss. H. Dreser (Elberfeld).

553. **Zur Toxikologie der organischen Phosphorverbindungen**; von Dr. W. Lindemann. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLI. 2 u. 3. p. 191. 1898.)

Von Selmi rührt die Angabe her, dass der Phosphor sich im Körper mit den Zerfallsprodukten des Protoplasma zu theils flüchtigen, theils nicht flüchtigen Basen verbinde. Für die Aufstellung einer Theorie der Phosphorwirkung hat L. eine phosphorhaltige Base, das Tetraäthylphosphoniumjodid, studirt. Es wurde aus Phosphoniumjodid und Aethylalkohol durch 6—8stünd. Erhitzen im zugeschmolzenen Rohre dargestellt. Die Substanz ist verhältnissmässig weniger giftig als die entsprechenden Ammoniumbasen, 0.005 erwies sich für Frösche als tödtlich. Die Vergiftungserscheinungen bei Hunden sind denen des Phosphors nicht einmal besonders ähnlich.

L. constatirte verschiedene von einander unabhängige Giftwirkungen. Bei Fröschen hat das Tetraäthylphosphoniumjodid ausgesprochene Curarewirkung, bei Säugethieren dagegen nicht; bei letzteren macht sich die centrale Lähmung viel mehr als bei den Fröschen bemerkbar. Betäubung und bei grösseren Dosen Verlust des Bewusstseins zeigen sich bei den Säugethieren stets. Die centrallähmende Wirkung bei Fröschen wies L. durch die Zunahme der Reflexzeit bis zum vollständigen Verschwinden des Reflexes auf chemische Reizung durch Säure nach. Die Herzwirkung bestand bei Fröschen besonders in einer Lähmung des Herzmuskels; bei Säugethieren riefen toxische Dosen auch Lähmung des Gefässnervencentrum hervor.

Die anatomischen Veränderungen nach chronischer Vergiftung bestanden in einer hydropischen albuminösen Degeneration des Protoplasma der Leber- und Nierenzellen.

Das Verhalten des Tetraäthylphosphoniumjodids im Körper ist folgendes: Ein Theil der Phosphoniumbase erscheint unverändert im Harne, ein anderer kleiner Theil als Verbindung, die mit Baryt einen unlöslichen Niederschlag giebt, und ferner eine flüchtige Base; die letzteren beiden Umwandlungsprodukte traten aber in zu geringen Mengen auf, als dass sie hätten identificirt werden können.

Die charakteristischen Veränderungen, wie sie für Phosphorvergiftung bekannt sind (starke Albumosurie, Tyrosin und Milchsäure) konnte L. am Harn nicht nachweisen. Die einzige pathologische Veränderung bestand in einer ziemlich starken Hämoglobinurie und einer vielleicht durch Urobilin bedingten dunklen Farbe.

Die charakteristische Stoffwechselgiftwirkung scheint nur dem gewöhnlichen Phosphor eigen zu sein. H. Dreser (Elberfeld).

554. **Action de l'arséniate de soude et de l'arsénite de potasse sur le chimisme respiratoire**; par Albert Robin et Maurice Binet. (Bull. de Thér. LXXXVIII. 11. p. 401. Sept. 1899.)

R. u. B. geben analytische Belege zu „Respirationversuchen" an Phthisikern leichtern Grades vor und ca. 1 Monat nach der Behandlung mit täglichen Arsengaben [Angaben über die jeweilige Dauer eines Versuches fehlen, aus den geringen Kohlensäuremengen kann man auf nur kurze Versuchsdauer schliessen. Ref.]. Da in den fünf angestellten Versuchen die Mengen von Kohlensäure und Sauerstoff nach der einmonatigen Arsenbehandlung geringer sind als vor der Behandlung, glauben R. u. B., dass die tägliche Gabe von 0.004 Arsen „immerhin einen Einfluss auf den Gasaustausch hat". In zwei anderen Fällen hat eine kleine Arsendosis (0.005) eine Verminderung, eine grössere (0.01 eine Steigerung des Gaswechsels herbeigeführt. W. Straub (Leipzig).

555. **Die Oxydation der arsenigen Säure im Organismus**; von C. Binz und C. Laar. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLI. 2 u. 3. p. 179. 1898.)

Die Frage, ob die arsenige Säure beim Durchgange durch den Körper Oxydation erleide, war noch nicht entschieden. Es gelangte nur solcher Harn zur Verarbeitung auf beide Oxydationstufen des Arsens, der nach Einspritzung hoher Gaben unter die Haut abgeschieden war. (Ein Kranker mit Mycosis fungoides und ein Kranker mit Neurasthenie erhielten bis 20—30 mg As_2O_3 täglich.)

Der Harn wurde zunächst mit ammoniakalischer Magnesiamischung gefällt, der nicht ausgewaschene Niederschlag, der beide Oxydationstufen des Arsens enthielt, wurde mit wenig Salzsäure aufgenommen und dialysirt. Aus dem Dialysat wurde zuerst unter Eiskühlung die arsenige Säure als Arsentrisulfid und dann auf dem Wasserbade bei 70° C. die Arsensäure als Pentasulfid gefällt.

Es ergab sich, dass die in den menschlichen Körper eingeführte arsenige Säure im Harne jeden-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/234

falls zum grossen Theile als Arsensäure wiedererscheint; neben Arsensäure wird mit dem Harne arsenige Säure nur in äusserst geringfügiger Menge abgeschieden.

B. u. L. erklären dies auf Grund der Beobachtung von Schönbein, dass dem menschlichen Harne an sich eine oxydirende Kraft zukommt.

H. Dreser (Elberfeld).

V. Neuropathologie und Psychiatrie.

556. **Hereditäre halbseitige Kinderlähmung**; von Dr. S. Placzek. (Berl. klin. Wchnschr. XXXV. 30. 1898.)

In der Berliner medicinischen Gesellschaft stellte Pl. 2 Kranke, Vater und Sohn, vor, beide belastet mit infantiler Hemiplegie.

Der 30jähr. Vater erkrankte nach Scharlach im 4. Lebensjahre an einer Lähmung der linken Körperhälfte, die sich zum Theil wieder besserte; jedoch blieb eine spastische Parese der Gesichtshälfte, des Armes, sowie besonders Spitzfussstellung des linken Beines dauernd nachweisbar. Bis zum 14. Jahre traten zeitweise Krämpfe auf. Das 2jähr. Kind des Pat. erkrankte unter Fieber und Convulsionen, sowie Benommenheit. Hinterher war die rechte Körperhälfte gelähmt; diese Lähmung war auch im Gesicht deutlich. Die Sprache war sehr mangelhaft; die Lähmung von Arm und Bein war eine spastische.

Bei der verhältnissmässigen Seltenheit des Leidens ist Pl. geneigt, doch einen hereditären Zusammenhang anzunehmen, besonders da manche Autoren alle vor dem 2. Lebensjahre entstandenen Kinderlähmungen für hereditär ansehen.

E. Hüfler (Chemnitz).

557. **Ueber Brachialgie und Brachialneuralgie**; von Hermann Oppenheim. (Berl. klin. Wchnschr. XXXV. 26. 1898.)

Die Brachialneuralgie ist ein klinisch noch recht wenig scharf umgrenztes Leiden; so häufig sich Armschmerzen als Symptom einer organischen oder funktionellen Erkrankung des Centralnervensystems oder als Zeichen einer Nervenentzündung finden, die reine Brachialneuralgie scheint doch recht selten zu sein.

O. notirte in den letzten Jahren alle Kranken, die über heftige Schmerzen in einem Arme klagten, ohne dass Rheumatismus, Myositis, Sehnenscheidenentzündung, Knochen- oder Gelenkerkrankung nachweisbar war, auch ohne die traumatische peripherische Armlähmung zu berücksichtigen. Dann blieben noch 189 Fälle übrig. Davon liess sich in 19 Fällen eine Wirbel- oder Rückenmarksaffektion nachweisen, Caries, Tumor, Gliose, Tabes. Immer aber handelte es sich um einseitige Störungen. 30mal fand sich Neuritis mit Lähmung und Anästhesie, meist infektiösen oder toxischen Ursprungs, zum Theil auch bedingt durch Compression. Dann fanden sich 12 Fälle, in denen die Diagnose nicht sicher gestellt werden konnte und zwischen Neuritis, Neuralgie, Myalgie schwankte. In weiteren 22 Fällen fanden sich Neuralgien in Folge von Diabetes, Gicht, Alkoholismus, akuten Infektionkrankheiten; 6mal war ein Herzleiden nachweisbar. Schmerzgefühle bei Beschäftigungsneurosen fanden sich in 14 Fällen.

Die Hauptgruppe umfasste 96 Personen, die sämmtlich über Schmerzen in einem Arme klagten. Die Lokalisation war meist unbestimmt. Druckpunkte waren sehr wechselnd nachweisbar, jedenfalls nicht blos auf den einzelnen Nervenstamm beschränkt. In allen diesen Fällen handelte es sich um Schmerzen, die im Verlaufe der Hysterie, Neurasthenie, Hypochondrie, Melancholie oder doch auf neuropathischem Boden sich entwickeln. Es ist mehr eine Psychalgie, um die es sich hier handelt. Stets waren Symptome des erwähnten Allgemeinleidens nachweisbar. Schlaflosigkeit und Gemüthsbewegungen spielten deshalb auch in der Aetiologie eine grosse Rolle; ebenso Ueberanstrengung des Armes, oft objektiv sehr geringfügiger Art: Halten einer Zeitung, Tragen eines Schirmes, Aufraffen eines Kleides. Ebenfalls für die Richtigkeit dieser Auffassung spricht der Erfolg der Behandlung, der im Allgemeinen durch Suggestionwirkung sich erklärt; die verschiedensten Mittel halfen: Röntgendurchleuchtung, Eisblase, heisse Bäder, elektrische Bäder u. s. w.

Jedenfalls ist die echte Brachialneuralgie sehr selten, während die Brachialgie ein verhältnissmässig häufiges Leiden ist.

E. Hüfler (Chemnitz).

558. **Paralysies du membre supérieur à la suite des luxations de l'épaule**; par S. Duplay. (Semaine méd. XVIII. 19; Avril 6. 1898.)

D. hat in seiner Klinik im Hôtel Dieu 2 Fälle von Lähmung des Armes nach Luxation der Schulter beobachtet. Beide Male handelte es sich um eine ungleiche Lähmung der verschiedenen Zweige des Plexus brachialis. Auf Grund seiner Beobachtungen behauptet D., dass es sich wohl in den meisten derartigen Fällen um eine *Wurzellähmung* handele, bei deren Pathogenese weniger die *Luxation* als die *Contusion* der Schulter und des Weiteren die individuelle, bez. hereditäre Disposition in Betracht käme. Die *Prognose* ist, wie bei Wurzellähmung im Allgemeinen, unbestimmt. D. empfiehlt deswegen bei Schulterluxationen, vor jeder Reposition erst festzustellen, ob nicht bereits eine Lähmung vorhanden sei, damit man nicht in Verdacht komme, diese durch die Manipulationen erst hervorgerufen zu haben. Die einzige aussichtreiche *Behandlung* ist nach D. die *Elektrisation;* auch diese muss sehr lange fortgesetzt werden. [Der Ref. behandelt zufälligerweise seit einigen Monaten einen 76jähr. Gärtner an Lähmung nach Schulterluxation und kann die Ansichten D.'s in jeder Beziehung bestätigen.]

Kothe (Friedrichroda).

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/235

559. **A case of erythromelalgia, with microscopical examination of the tissue from an amputated toe**; by S. Weir Mitchell and William G. Spiller. (Amer. Journ. of the med. Sc. CXVII. 1. p. 1. Jan. 1899.)

Ein 61jähr. Mann erkrankte vor 1—2 Jahren mit heftigen Schmerzen und starker Röthung im rechten Fuss, der besonders beim Hängenlassen und Gehen sehr empfindlich war an Sohle und Zehen. Der Schmerz war zuerst am heftigsten an der 5. und 4. Zehe (auch trat an letzterer ein langsam heilendes Geschwür auf), dann ging er über auf die 3. und 2. und schliesslich auf die 1. Zehe, wo er hartnäckig sitzen blieb. Kälte verminderte, Hitze verstärkte den Schmerz.

Die Untersuchung ergab eine leicht geröthete, nicht geschwollene grosse Zehe, die auf Druck nicht, aber bei Gebrauch des Fusses sehr schmerzhaft war. Die Nervenstämme waren nicht empfindlich; der Fuss war nicht verschmächtigt, eher etwas stärker als auf der gesunden Seite, beim Zehennagel der grossen Zehe ein kleines Geschwür. Der Patellareflex war rechts, die Achillesreflexe waren beiderseits gesteigert, die Sensibilität intakt. Störungen, die auf eine Erkrankung der untersten Rückenmarksabschnitte hindeuten, fehlten. Ausserdem fand man Herzgeräusche und einen Arcus senilis. Aus dem Fehlen des Pulses unter der Schamleiste rechts liess sich auf Erkrankung der Gefässe schliessen, und zwar in weiterer Ausdehnung als die Fusserkrankung reichte.

Es wurde die grosse Zehe und der halbe Metatarsus amputirt, wobei die durchschnittenen Arterien sich nicht retrahirten, sondern frei hervorsprangen. Die Wunde heilte sehr langsam unter Schorfbildung. Danach bestand noch Schmerz im Fussballen und etwas Schmerz und Röthung in den Zehen. Die mikroskopische Untersuchung ergab an der amputirten Zehe intensive Degeneration der Nerven, fast vollständigen Schwund der Nervenfasern und an den wenigen noch nachweisbaren Segmentation des Myelins, ferner Verdickung des Bindegewebes. An den Gefässen war die Media gewuchert, die Intima zeigte Proliferation; die kleinsten Gefässe waren fast obliterirt; hyaline Degeneration der gefensterten Membran. Auch die Venenwände waren verdickt. Die Zehenknochen waren vergrössert, wie das auch sonst schon im akuten Stadium beobachtet worden ist.

M. und Sp. geben einen Ueberblick über die einschlägigen Fälle mit Obduktion und die Ansichten der verschiedenen Autoren über nosologische Stellung und Wesen der Erythromelalgie. In ihrem Falle konnten M. u. Sp. nicht sagen, ob erst Arteriosklerose oder erst Neuritis in der Zehe bestanden hat; ersteres Verhalten wäre leichter erklärlich, aber auch letzteres ist behauptet worden. Von seiner früheren Annahme eines spinalen Ursprungs des Leidens ist W. Mitchell schon länger zurückgekommen. M. und Sp. machen noch auf das Verhalten des Patellareflexes aufmerksam, der trotz der Neuritis rechts gesteigert war, vielleicht reflektorisch durch den Schmerz. Den Sitz der Neuritis verlegen sie mit Wahrscheinlichkeit in die Nervenendigungen. Schliesslich weisen sie hin auf das Erhaltensein der Sensibilität in der grossen Zehe trotz der gefundenen ausgedehnten Nervendegenerationen.

A. Boettiger (Hamburg).

560. **Beitrag zur Lehre vom Zittern**; von Dr. Levy-Dorn in Berlin. (Virchow's Arch. CLV. 3. p. 591. 1899.)

Um zu prüfen, ob die Hirnrinde so schnell hintereinanderfolgende Reize auszusenden vermag, wie man sie beim Tetanus oder Tremor beobachtet, und um damit die Vermuthung zu stützen, dass wenigstens einige Tremorarten in der Rinde ihren Sitz und Ursprung haben könnten, beschritt L.-D. folgenden Weg. Er untersuchte kymographisch, wie oft und wie schnell hintereinander Willkürbewegungen, die ja sicherlich ihren Ursprung in der Hirnrinde haben, wiederholt werden konnten und verglich mit den erhaltenen Zahlen für die Sekunde diejenigen Zahlen, die Tetanus und Tremor für dieselbe Zeit bezüglich ihrer rhythmischen Schwankungen ergeben. Er untersuchte Gesunde und den Tremor bei Paralysis agitans, multipler Sklerose, Neurasthenie, Basedow'scher Krankheit, traumatischer Neurose und Anilin-Intoxikation und gelangte zu folgenden Ergebnissen:

Die Hirnganglien sind fähig, in der Zeiteinheit eben so viele Impulse auszusenden, wie die untergeordneten Centren.

Auch wenn wir die Ursache des Zitter-Rhythmus in die Hirnrinde verlegen, können wir uns auf ein physiologisches Analogon stützen.

Bei Zitternden entspricht die Anzahl der in der Zeiteinheit möglichen Willkürbewegungen im Allgemeinen dem Zitter-Rhythmus. Wo das Zittern wider Erwarten fehlt, kann es, wenigstens in einer Reihe von Fällen, in seiner diagnostischen Bedeutung, soweit seine Frequenz in Frage kommt, durch Prüfung der Willkürbewegung ersetzt werden.

A. Boettiger (Hamburg).

561. **Névrite ascendante et hystérie**; par Raymond Bernard. (Lyon méd. XC. p. 217. Févr. 1899.)

B. theilt die unter der Bezeichnung einer ascendirenden Neuritis bekannten Krankheitfälle in 3 Untergruppen, die unter sich von ganz verschiedenem Werth und Bedeutung sind. Bei der 1. Kategorie schreitet die Infektion selbst nach dem Rückenmarke zu, bei der 2. die Läsion und bei der 3. endlich die Symptome. Die 3. Gruppe gehört der Hysterie an. B. theilt einen Fall mit, der eine Vereinigung von Hysterie und traumatischer Neuritis sein könnte.

Der Kr., ein Soldat, erlitt eine Verbrennung des linken Fusses; sofort trat Lähmung und Contraktur des ganzen linken Beines ein, bis hinauf zur Weiche und zum Darmbeinkamm. Die Contraktur löste sich allmählich und eine schlaffe Lähmung blieb zurück. Die Untersuchung ergab eine totale Anästhesie und Analgesie des ganzen linken Beines, von der der Pat., vor der Untersuchung darauf, nichts geahnt hatte. Das Bein war dünner als das rechte, die Nervenstämme waren nicht druckempfindlich, nur der Ischiadicus hinter dem Trochanter major bei Dehnung empfindlich. Von Bewegungen war nur etwas Beugung im Hüftgelenke möglich; zu Bewegungen im Kniegelenke aufgefordert, brachte Pat. nur Contraktionen im Quadriceps zu Stande, aber ohne Bewegung. Auch sonst wurden nur unzweckmässige motorische Versuche beobachtet. Die faradische Erregbarkeit war vermindert, auf Entartungsreaktion wurde nicht geprüft. Die Reflexe, besonders die Sehnenreflexe und Sohlenreflexe,

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/236

waren beiderseits gleich stark. Es traten in den zugehörigen Muskelgruppen die entsprechenden Zuckungen auf. Sphinkteren normal. Hysterische Stigmata fanden sich nicht [nach des Ref. Ansicht Stigmata genug]. Der Charakter soll normal gewesen sein. Auf die hysterischen Charaktereigenthümlichkeiten kommt B. aber gar nicht zu sprechen. Heredität lag nicht vor.

B. erörtert, warum eine arthritische Neuritis nicht anzunehmen sei. Er hält den Fall für eine „monosymptomatische Hysterie". Namentlich das Erhaltensein der Sehnenreflexe und der Charakter der Sensibilitätstörungen stützten diese Diagnose. Letztere waren übrigens auch mit Lagegefühlstörungen verbunden. Auch die Atrophie des erkrankten Beines sei auf die Hysterie zurückzuführen. Rückenmark- und peripherische Nervenstörungen werden ausgeschlossen. A. Boettiger (Hamburg).

562. **Chirurgische Eingriffe bei Hysterie**; von Dr. M. Sander. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 36. 1899.)

S. theilt 2 interessante Fälle von schwerer Hysterie mit, in denen beide Male organische Erkrankungen des Intestinaltractus, Darmstenose, Ulcus ventriculi perforatum, Peritonitis, Salpingitis, Perityphlitis u. s. w., vorgetäuscht wurden und es 2mal, bez. 4mal innerhalb eines Jahres zur Laparotomie kam, stets jedoch mit, abgesehen von Kleinigkeiten, negativem Operationbefund.

Bei dem 1. Kr. war das Hauptsymptom ein häufig und meist anfallsweise auftretender Meteorismus mit Schmerzhaftigkeit des Leibes. Er trat zuerst nach einem hysterischen Anfalle auf. Dazu gesellten sich später Erbrechen, Temperatursteigerung, schmerzhafte Resistenz in der Ileocökalgegend und Pulsveränderungen.

Bei der 2. Kr. begann die Sache mit einer hysterischen Coxalgie; dazu traten ein arteficielles Erythem, dann Erbrechen, aufgetriebener Leib, Diarrhöen und Druckempfindlichkeit des Abdomen, endlich erhebliche Temperatursteigerungen, deren arteficielle Ursache sich nachweisen liess. Zeitweilig bestand Urinretention wochenlang.

In beiden Fällen waren hysterische Charaktereigenthümlichkeiten deutlich.

S. bespricht in sehr klarer und dem Wesen der Hysterie als einer degenerativen Psychose durchaus gerecht werdender Weise die Entstehung der einzelnen Symptome, namentlich den Einfluss von autosuggestiven und von durch suggestive ärztliche Untersuchungen erweckten Vorstellungen. Besonders die Einwirkung der letzteren liess sich in den Krankengeschichten in ausserordentlich lehrreicher Weise verfolgen. Für das Zustandekommen von Meteorismus und von Temperatursteigerungen, letzteres namentlich im 2. Falle, waren arteficielle Ursachen nachzuweisen. S. berücksichtigt eingehend die Differentialdiagnose und kommt zu dem sicherlich berechtigten Schlusse, dass sich sämmtliche Operationen bei genauer Kenntniss solcher hysterischer Zustände und bei sachverständigem Abwägen aller in Betracht kommenden Momente hätten vermeiden lassen. Bemerkenswerth ist noch, und der Ref. weist mit besonderem Vergnügen darauf hin, wie geringes Gewicht S. auf das etwaige Vorhandensein der sogenannten hysterischen Stigmata legt. Nur bei der 2. Kranken wird nebenher eine Hemihypalgesie erwähnt. S. stellt auch seine Differentialdiagnose nicht etwa in Anlehnung an solche „Stigmata", die im Grunde genommen doch nur die leichte Entstehung von Autosuggestionen und die Suggestibilität der Hysterischen illustriren, sondern unter Berücksichtigung der Eigenartigkeit in der Entstehung der Krankheiterscheinungen, ihrem unmotivirten Wechsel, ihrem widerspruchsvollen Zusammentreffen und ihrem überraschenden Verschwinden, alles erwachsend auf dem Boden einer krankhaft veränderten Psyche.

A. Boettiger (Hamburg).

563. **Zur pathologischen Anatomie und Bakteriologie des Delirium acutum**; von Dr. Kazowsky. (Centr.-Bl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat. X. 13 u. 14. p. 489. 1899.)

Nach kurzem Ueberblicke über einen Theil der Literatur, theilt K. 2 eigene Beobachtungen mit.

Im 1. Falle handelte es sich um eine akute Psychose, die sich nach einem depressiven Stadium entwickelte, mit hohen Temperaturen, beängstigenden Hallucinationen, geistiger Verwirrung und schnellem Kräfteverfall, dabei ohne sichtbare somatische Erscheinungen aber mit eigenartigen Symptomen seitens der motorischen Sphäre einherging. Die *Sektion* mit mikroskopischer Untersuchung zeigte die Veränderungen einer akuten cortikalen Encephalitis, Hyperämie, Emigration von Leukocyten, Degeneration von Nerven-Zellen und -Fasern, Anwesenheit von Zellenelementen in den Pericellularräumen und Proliferation der Neurogliazellen. Ausserdem fand sich noch ein erbsengrosses Gliom im Kleinhirn. Im Blute waren bei Lebzeiten Kokken nachgewiesen worden. K. hält diesen Fall für ein anscheinend idiopathisches Delirium, bei dem jedoch die bakteriologische Untersuchung ergeben habe, dass das akute Delirium nur das Symptom einer Allgemeininfektion und einer Reaktion eines bereits geschwächten Gehirns [Kleinhirntumor!?] bildete.

Auch im 2. Falle handelte es sich um eine schwere depressive Psychose, die, als der Kr. weit genug heruntergekommen war, mit einem akuten Delirium endete. Auch hier fand sich post mortem eine akute cortikale Encephalitis; ätiologisch verantwortlich findet K. eine Intoxikation mit den Toxinen des Staphylococcus pyogenes aureus bei bestehender Darmdiphtherie; es wurden im Colon descendens 2 frische Geschwüre der Schleimhaut constatirt. In der Cerebrospinalflüssigkeit, der Milz und dem Herzblute wurden Kokken nachgewiesen.

K. hält nach seinen Beobachtungen das Delirium acutum für eine infektiöse Erkrankung, oder, weiter gefasst, für eine „Intoxikation mit diesen oder jenen schädlichen Produkten". Dabei scheine das Toxin an der Eingangspforte gar keine Reaktion zu erzeugen, während es auf das Gehirn eine solch kolossale Einwirkung habe, offenbar weil das Gehirn der Locus minoris resistentiae sei. Jedoch sei die ganze Frage nach Wesen und Entstehung des Delirium acutum noch nicht als gelöst zu betrachten.

A. Boettiger (Hamburg).

564. **The insane cranium**; by Francis O. Simpson. (Journ. of Pathol. and Bacteriol. VI. 1. p. 76. 1899.)

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/237

S. untersuchte 398 Schädel von Geisteskranken, und zwar 245 männliche und 153 weibliche. Er betrachtet die Veränderungen derselben, soweit sie allen Formen von Irrsinn gemeinsam sind, und soweit sie bei den verschiedenen Formen von Irrsinn verschieden sind, und zwar jedesmal bezüglich Schädelkapsel und Schädelbasis. Die Ergebnisse werden in gedrängter Kürze aufgezählt und bezüglich ihrer procentualen Häufigkeit bei den einzelnen Formen der Geistesstörung tabellarisch geordnet mitgetheilt. Die Einzelheiten mögen im Originale eingesehen werden, da sie sich nicht kurz referiren lassen. A. Boettiger (Hamburg).

565. **Beitrag zur Kenntniss der Seelenstörungen der Epileptiker**; von Dr. Deiters. (Allg. Ztschr. f. Psych. LVI. 5. p. 693. 1899.)

In dem einen der beiden hier mitgetheilten Fälle von Epilepsie konnte D. die chronische geistige Störung, welche unter dem Bilde der chronischen Paranoia verlief, einfach als eine ungewöhnliche Steigerung auch sonst bei Epilepsie vorkommender Erscheinungen deuten; er glaubt, dass eine solche Deutung in allen Fällen von Paranoia bei Epilepsie möglich sei. Im anderen Falle war bei einer Epileptischen eine Laktationpsychose aufgetreten, die zwar durch einzelne Züge an Epilepsie erinnerte, aber durch Verlauf u. s. w. den sonstigen akuten Geistesstörungen bei Laktation glich.

Bresler (Freiburg i. Schl.).

566. **Symptomatischer Korsakoff und Rückenmarkserkrankung bei Hirntumor**; von O. Mönkemöller u. L. Kaplan. (Allg. Ztschr. f. Psych. LVI. 5. p. 706. 1899.)

In dem beschriebenen, zur Obduktion gelangten Falle von „kleinzelligem, gallertig entartetem Rundzellensarkom“ des rechten Schläfelappens war erst die Diagnose mit Bestimmtheit auf Hirntumor gestellt, alsdann aber zweifelhaft geworden wegen Auftretens des psychischen Bildes einer Korsakoff'schen Psychose bei gleichzeitiger parenchymatöser Nephritis. M. und K. halten die Korsakoff'sche Psychose hier für eine symptomatische, toxämisch direkt oder indirekt, durch den Hirntumor unter Mitwirkung der Nephritis hervorgerufen. Als durch Toxämie bedingt werden auch die Veränderungen in den Hintersträngen des Rückenmarkes aufgefasst. Bresler (Freiburg i. Schl.).

567. **Beitrag zur Statistik, Aetiologie und Symptomatologie der allgemeinen progressiven Paralyse der Irren mit besonderer Berücksichtigung der Syphilis**; von H. Sprengeler. (Allg. Ztschr. f. Psych. LVI. 5. p. 725. 1899.)

Auf Grund seiner statistischen Untersuchungen am Materiale der Göttinger Klinik erklärt Spr. die Syphilis für die bei Weitem wichtigste, sei es nun direkte oder indirekte Ursache der Paralyse, dann kommen: Alkoholismus, Heredität, Kopfverletzung, psychisches Trauma, Elend und Noth, sexuelle Excesse, Bleivergiftung, Insolation und strahlende Hitze. Geistige Ueberanstrengung allein erzeugt sie nicht. Bresler (Freiburg i. Schl.).

568. **Zur Frühdiagnose der progressiven Paralyse**; von Dr. Ed. Schwarz in Riga. (Petersb. med. Wchnschr. N. F. XVI. 4. 1899.)

Schw. handelt von der reflektorischen Pupillenstarre bei Paralyse. Er hat sie in 50 Fällen beginnender Paralyse 16mal auf beiden Augen gefunden; 17mal war die Lichtreaktion minimal, oder träge, oder einseitig aufgehoben, einseitig träge; normal war sie 13mal. Schw. hat dabei auffallenderweise 8mal einseitige reflektorische Pupillenstarre gefunden.

Im Weiteren bespricht Schw. die Berliner Angaben über reflektorische Pupillenstarre bei anderen Krankheiten, erwähnt, dass er bei einem 79jähr. Manne reflektorische Pupillenstarre gefunden habe, dass bei den 2 Alkoholikern mit reflektorischer Pupillenstarre, die er gesehen hat, Syphilis nicht auszuschliessen war, dass bei den Kranken mit Hemiplegie und reflektorischer Pupillenstarre Syphilis immer vorausgegangen war.

Die Schlusssätze sind etwa folgende: 1) In der übergrossen Mehrzahl der Fälle von Geistesstörungen mit reflektorischer Pupillenstarre hat es sich um progressive Paralyse gehandelt (92%). 2) In der Mehrzahl der Fälle von progressiver Paralyse (70%) wird reflektorische Pupillenstarre oder wenigstens Beeinträchtigung der Lichtreaktion gefunden. 3) Auch Trägheit der Reaktion kann diagnostisch wichtig sein. 4) Vollständige Pupillenstarre spricht nicht gegen Paralyse. 5) Reflektorische Pupillenstarre kann viele Jahre lang allein bestehen. 6) Trotzdem kann sich später noch Paralyse oder Tabes entwickeln.

Anhangsweise berichtet Schw. über einen Kranken, der früher Syphilis gehabt hatte, zur Zeit reflektorische Pupillenstarre zeigte, aber nicht an Paralyse, sondern an periodischer Depression litt, und einen Paralytischen, bei dem die reflektorische Pupillenstarre zur frühen Diagnose half.

Möbius.

VI. Innere Medicin.

569. **Ueber Diphtherie.**

1) *Zur Morphologie des Diphtheriebacillus*; von Max Meyerhof. (Arch. f. Hyg. XXXIII. 1 u. 2. 1898.)

2) *Untersuchungen über 30 verschiedene Diphtheriestämme mit Rücksicht auf die Variabilität derselben*; von Dr. Slawyk und Dr. Manicatide. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXIX. 2. p. 181. 1898.)

3) *Ueber die Diphtheriebacillen einer Hausepidemie*; von Dr. Wilh. Spirig in St. Gallen. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXX. 3 p. 511. 1899.)

4) *A preliminary communication on bacillus diphtheriae and its variants in a school, in which diphtheria was endemic*; by F. Werbrook, O. Mc Daniel, L. B. Wilson u. J. H. Adair. (Brit. med. Journ. April 16. 1898.)

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/238

5) *Die falschen und echten Diphtheriebacillen;* von Dr. Fritz Schanz in Dresden. (Wien. med. Presse XXXIV. 28 29. 1898.)

6) *Ueber die Menschen- und Thierpathogenität der Löffler'schen Diphtheriebacillen;* von Dr. Fritz Schanz in Dresden. (Wien. med. Presse XXXIV. 52. 1898.)

7) *Ueber die Pathogenität der Löffler'schen Diphtheriebacillen;* von Dr. Fritz Schanz in Dresden. (Deutsche med. Wchnschr. XXIV. 33. 1898.)

8) *Bacille pseudo-diphtérique et bacille diphtérique;* par H. Richardière et L. Tollemer. (Presse méd. VII. 25; Mars 1899.)

9) *A bacillus resembling the diphtheria bacillus in all cultural characteristics but not producing diphtheria toxin;* by Louis Dudley Davis. (Med. News April 1899.)

10) *Sur la coexistance d'une angine pseudo-membraneuse atypique et d'un microbe nouveau;* par Joseph Nicolas. (Arch. de Méd. expér. X. 1. p. 75. Janv. 1898.)

11) *Beitrag zum Verhalten des Diphtheriebacillus auf künstlichen Nährböden und im thierischen Organismus;* von Cand med. Arhur Blumenthal. (Ztschr. f. klin. Med. XXXV. 5 u. 6. p. 573. 1898.)

12) *Untersuchungen über Diphtheriediagnose.* Ein neues und verbessertes Culturverfahren für den Nachweis von Diphtheriebacillen im Exsudate und Erlangung von Reinculturen; von Dr. A. Joos in Brüssel. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. XXV. 8 u. 9. 10. 1899.)

13) *Bacteriologic examinations in diphtheria with a report of one hundred and sixty cases;* by Robert L. Pitfield. (Univers. med. Mag. IX. 11. p. 767. Aug. 1897.)

14) *Ueber die Diagnose des Diphtheriebacillus unter Berücksichtigung abweichender Culturformen desselben;* von Dr. Kurth in Bremen. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXVIII. 3. p. 409. 1898.)

15) *Bericht über die zweijährige Thätigkeit (26. Juli 1896—1898) der Diphtherie-Untersuchungsstation des hygieinischen Institutes zu Breslau nebst Vergleichen mit der amtlichen Diphtheriestatistik;* von Dr. Max Neisser uud Dr. B. Heymann. (Klin. Jahrb. VII. 3. p. 259. 1899.)

16) *Notes sur le diagnostic clinique et bactériologique de la diphthérie à l'hôpital cantonal de Lausanne;* par le Dr. P. Villeumier. (Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 4. p. 263. Avril 1899.)

17) *Pathology and diagnosis of diphtheria;* by Ch. W. Aitkin. (Amer. Pract. and News XXVI. 16. 1898.)

18) *Ueber Diphtheriebacillen und Diphtherie in Scharlachabtheilungen;* von Prof. Sörensen. (Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXIX. 2. p. 250. 1898.)

19) *A systematic bacteriological examination of the fauces in scarlet fever as a means of preventing post-scarlatinal diphtheria;* by G. C. Garrat and J. W. Washbourn. (Brit. med. Journ. April 15. 1898.)

20) *Sur l'infection mixte de la scarlatine avec la diphthérie;* par le Dr. J. Chabade. (Arch. russes de Pathol. IV. 2. p. 208. 1899.)

21) *Diphtherie und Scharlach;* von Dr. Marcus. (Therapeut. Mon.-Hefte XII. p. 357. 1898.)

22) *Das regelmässige Vorkommen von Diphtherie- oder Pseudodiphtheriebacillen in dem gewöhnlichen Schnupfen der Kinder;* von Prof. M. Stooss. (31. med. Bericht über die Thätigkeit des *Jenner*'schen Kinderspitals in Bern während der Jahre 1896 und 1897 p. 73. 1898.)

23) *Diphtherie ohne Diphtheriebacillen;* von Fritz Imbach. Aus dem Kinderspital in Hattingen (Prof. *Wyss*). (Inaug.-Diss. Zürich.)

24) *Ueber die Steigerung der Giftproduktion des Diphtheriebacillus bei Symbiose mit Streptokokken;* von Dr. Paul Hilbert. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXIX. 2. p. 157. 1898.)

25) *Zur Bakteriologie der Diphtherie und über Mischinfektion;* von Dr. Kornel Preisich in Budapest. (Jahrb. f. Kinderhkde. LVIII. 2 u. 3. p. 271. 1898.)

26) *Se e come avvenga la setticemia difterica.* Ricerche sperimentali del Dott. Ferrucio Cuoghi Constantini. (Policlin. V. 11. p. 265. 1898.)

27) *Des associations microbiennes dans la diphthérie au point de vue clinique et bactériologique;* par le Dr. Méry. (Gaz. des Hôp. LXXI. 120. p. 110. 1898.)

28) *Ueber die Mischinfektion mit Proteus bei Diphtherie der Halsorgane;* von Dr. W. Kühnau. (Ztschr. f. klin. Med. XXXI. 5 u. 6. 1897.)

29) *Recherches cliniques et expérimentales sur le rôle des levures trouvées dans les angines suspectes de diphthérie;* par Henry de Stoecklin. (Arch. de Méd. expérim. X. 1. p. 1. Janv. 1898.)

30) *Experiments to determine wether sewer air will raise the toxicity of lowly virulent diphtheria bacilly;* by Samuel G. Shattock. (Journ. of Pathol. and Bacteriol. V. 3. p. 305. 1898.)

31) *Recherches expérimentales sur la question de savoir comment certaines organes se comportent à l'égard des toxines diphthériques;* par K. Dzierzgowski et J. Onufrowicz. (Arch. de Sc. biol. VI. 1. p. 41. 1997.)

32) *The results of the intra-tracheal inoculation of the bacillus diphtheriae in rabbits;* by Simon Flexner and H. B. Anderson. (Bull. of the Johns Hopkins Hosp. IX. 85. April 1898.)

33) *Action de la toxine diphthérique sur les muqueuses;* par V. Morax et M. Elmassion. (Ann. de l'Inst. Pasteur XII. 3. p. 210. Mars 1898.)

34) *A note on the local action of crude diphtheria toxin;* by J. J. Douglas. (Brit. med. Journ. Sept. 3. 1898.)

35) *Ueber die Wirkung des Diphtheriegiftes auf das Herz;* von Dr. F. Rolly in Heidelberg. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLII. 2—4. p. 283. 1899.)

36) *Ueber Myokarderkrankung nach Diphtherie;* von Prof. Ribbert in Zürich. (Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. V. 1. p. 1. 1899.)

37) *Action du pancréas sur la toxine diphthérique;* par Charrin et Levaditi. (Gaz. des Hôp. LXXII. 40. 1899.)

38) *The resistance of rats to diphtheria toxin;* by Louis Cobbett. (Brit. med. Journ. April 15. 1899.)

39) *Le bacille de la diphtherie pullule-t-il dans les organes;* par M. Metin. (Ann. de l'Inst. Pasteur. XII. 9. p. 596. Sept. 1898.)

40) *The vitality of the diphtheria bacillus;* by Alex. Macgregor. (Lancet March 12. 1898.)

41) *Zur Verbreitungsweise der Diphtherie;* von Dr. Heinrich Meyer in Basel. (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte XXVII. 14. 1898.)

42) *De la diphthérie larvée* au cours des épidémies. Son diagnostic, sa fréquence et son rôle; par J. Simon et F. Benoit. (Revue de Méd. XVIII. 1. p. 48. 1898.)

43) *Zur Diphtherieprophylaxe;* von Dr. Mulert. (Deutsche med. Wchnschr. XXIV. 38. 1898.)

44) *Ueber Diphtherieprophylaxe.* Zwei Referate, gehalten in der Baseler medicinischen Gesellschaft den 4. Nov. 1897 von Prof. E. Hagenbach-Burckhardt und Prof. Albrecht Burckhardt nebst statistischen Mittheilungen von Physicus Dr. Lotz. (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte XXVIII. 3. p. 65. 1898.)

45) *Angine diphtérique chez un nourrice. Toxicité du lait;* par le Dr. A. Arnozan. (Arch. clin. de Bord. VII. 8. p. 425. 1898.)

46) *A case of faucal, nasal and aural diphtheria;* by Charles H. Burnett. (Philad. Policlin. VII. 21. 1898.)

47) *Ein Fall von primärer isolirter Nasendiphtherie;* von Dr. Carl Kassel. Therap. Monatsh. XII. 10. p. 557. 1898.)

48) *De la diphthérie primaire de l'amygdale pharyngée;* par le Dr. Broeckhaer. (Belg. méd. LI. 5. p. 129. 1899.)

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/239

49) *Ueber seltenere Lokalisation des Diphtheriebacillus auf Haut und Schleimhaut;* von Dr. A. W. K. Müller. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 6. 1899.)

50) *Two additional cases of diphtheria of the vulva;* by W. P. Coues. (Boston med. and surg. Journ. CXXXVIII. 19. p. 445. May 1898.)

51) *Three cases of haemorrhagic diphtheria;* by J. W. Stephens and O. D. Parfitt. (Transact. of the pathol. Soc. of London XLVIII. p. 265. 1897.)

52) *Endocarditis ulcerosa bei einem Kinde, erzeugt durch Bacillus pseudodiphthericus;* von Prof. Hugo Preisz. (Ungar. med. Presse III. 10—12. 1898.)

53) *Three cases of cardiac thrombosis in diphtheria;* by F. J. Woollacott. (Lancet May 6. 1899.)

54) *Bleibende Mitralinsufficienz.* Casuistischer Beitrag von Dr. Wilhelm Steffen in Stettin. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLVIII. 2 u. 3. p. 285. 1898.)

55) *Post diphtherial paralysis;* by G. Sims Woodhead. (Brit. med. Journ. Sept. 3. 1898.)

56) *Incontinentia urinae in Folge diphtheritischer Blasenlähmung;* von Prof. Jos. Englisch in Wien. (Wien. med. Presse XXXIX. 9. 1898.)

57) *Einige Bemerkungen zur Diphtheriebehandlung;* von Dr. A. Ripperger. (New Yorker med. Mon.-Schr. X. 9. p. 451. 1898.)

58) *Croup und Pilocarpintherapie;* von Dr. Carl Sziklai. (Ungar. med. Presse III. 21. 1898.)

59) *La tracheotomia e l'intubazione nelle stenosi laringo-tracheali difteriche.* Nota per il Dott. Remigio Stecchi. (Rif. med. XXIV. 220. 1898.)

60) *Angina diphtérique avec croup; tubage prolongé pendant sept jours; durée du séjour du tube dans le larynx: 132 heures; impossibilité de retirer le tube sans menaces d'asphyxie immédiate. Mort par spasme de glotte;* par le Dr. E. Ausset. (Echo méd. II. 48. 1898. — Gaz. hebd. XLV. 102. 1898.)

61) *Der grosse Inhalationsapparat im Diphtherie-Pavillon des Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhauses;* von Adolf Baginsky. (Berl. klin. Wchnschr. XXIV. 43. 1897.)

62) *Die Intubation bei der diphtheritischen Larynxstenose in der Privatpraxis;* von Dr. Eugen Schlesinger. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 24. 1899.)

63) *Ueber Bekämpfung von Diphtherieepidemien durch Isolation der Individuen mit Diphtheriebacillen im Schlunde;* von Dr. Joh. Fibiger in Kopenhagen. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 35—38. 1897.)

Blumenthal (11) fand bei der Prüfung der auf verschiedenen bekannten Nährböden gewachsenen Diphtheriebacillen, dass sie niemals die Produkte der Eiweissfäulniss bildeten. Die Bacillen wuchsen auf allen Nährböden gut. Ihre Vermehrung stand in keinem festen Verhältnisse zur Toxinbildung. Zucker lenkte den Bacillus in den verschiedenen Nährböden von der Toxinbildung ab. In Lecithinbouillon war das Wachsthum der Bacillen ein gutes, die Giftbildung eine geringe. Auch im thierischen Organismus hemmte der Zucker die Giftproduktion. Meerschweinchen, denen vor einer Einspritzung von Diphtherieculturen Zuckerlösung einverleibt worden war, blieben am Leben, während die Controlthiere starben. In der Praxis ist bekanntlich die Behandlung der Diphtherie mit Zuckereinblasungen geübt worden.

Als einen Nährboden, auf dem die Diphtheriebacillen rasch und gut wachsen, während andere Mikroben, namentlich Streptokokken, darauf nicht gedeihen, empfiehlt Joos (12) ein nach folgender Vorschrift bereitetes Serum:

300 ccm Blutserum werden mit 80 ccm Normalnatronlösung und 150 ccm destillirten Wassers oder Bouillon gemengt, in Kolben mit flachem Boden 2 bis 3 Std. lang im Wasserbade bei 60—70° erhalten, dann auf 100° erwärmt. Besser ist noch eine $^1/_2$—$^3/_4$stündige Erwärmung im Dampfkochtopfe. Alsdann wird $^1/_2$ Liter peptonisirter Agarbouillon (20 g Agar enthaltend) zugemischt, das Gemenge wird heiss filtrirt, sterilisirt und in *Petri*'sche Schalen gegossen.

Meyerhof (1) beschreibt einen Diphtheriestamm, der neben den gewöhnlichen Formen ausserordentlich grosse keulenförmige Bacillen in grosser Anzahl aufwies („Riesenwuchs"). Am meisten traten die grossen Bacillen in Kartoffelculturen auf, demnächst in Bouillonculturen. Auf anderen Nährböden ging der Bacillus nicht viel über die gewöhnlichen Grössenverhältnisse hinaus. Häufig bildete er Verzweigungen. Der Bacillus war 1 Jahr lang künstlich gezüchtet worden. Mit Escherich ist M. der Ansicht, dass es sich bei dem Riesenwuchse nicht um Involutionformen handelt, sondern eher um „eine durch ein Uebermaass von Nährstoffen hervorgerufene Wachsthumsanomalie, welcher allerdings der Zerfall der Zelle auf dem Fusse zu folgen pflegt" (Escherich). Eben so wenig hält M. die Verzweigungen für Produkte abnormer Entwickelung des Diphtheriebacillus, dem er nach seinem morphologischen Verhalten eine Mittelstellung zwischen den Spaltpilzen und den Fadenpilzen angewiesen wissen will.

Slawyk und Manicatide (2) untersuchten 30 Diphtheriestämme auf den verschiedenen Nährböden mit Rücksicht auf ihr mikroskopisches und culturelles Verhalten und die Pathogenität. Aus den umfangreichen Untersuchungen geht Folgendes hervor: „Von den 42 isolirten, aus sehr verschiedenartigen Krankheitprocessen stammenden Diphtherieculturen haben sich 4 als Pseudodiphtherie erwiesen. Die 38 echten Diphtherieculturen zeigten im Allgemeinen auf Blutserum, Glycerinagar, Gelatine und Kartoffel gleichmässiges Wachsthum: entweder es traten transparente, platte, bez. wenig erhabene glanzlose Colonien auf oder es entwickeln sich undurchsichtige, grauweisse, erhabene, glänzende Culturen. Zwischen diesen beiden Formen bestehen zahlreiche Uebergänge, so dass aus dem gelegentlichen Wachsthum nach der einen oder anderen Richtung hin constante Differenzen sich nicht ergeben. Die Diphtheriebacillen wachsen im Allgemeinen desto üppiger auf Agar, je länger sie auf demselben gezüchtet werden. Milch wird nicht coagulirt, auch nicht von den Pseudodiphtheriestämmen. Auf Bouillon entsteht erst Trübung und Säuerung; später klärt sich die Bouillon und die Reaktion wird alkalisch. Bröckel und Membranbildung sind nicht constant. Pseudodiphtherieculturen zeigen gegen echte in Bouillon keine constanten Differenzen. Die Virulenzprüfung ergab bei allen 38 Culturen ein positives Resultat. Gleichzeitiges Impfen von Diphtheriebouillon und Heilserum verhinderte bei allen Culturen gleichmässig

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/240

Tod und Erkrankung. Die von den verschiedensten Krankheitprocessen stammenden Diphtherieculturen verhielten sich im Thierversuche völlig einheitlich. Im Heilserum haben wir ein absolut sicheres diagnostisches und (wenigstens für Meerschweinchen) ein ebenso zuverlässig therapeutisch wirkendes Heilmittel gegen Diphtherie. Interessant ist Cultur XII, welche, ursprünglich pathogen, ihre Virulenz im Laufe der Beobachtung verlor und trotz wiederholter Versuche nicht wieder erlangte. Die mikroskopische Untersuchung ergab als einzig constantes Merkmal eine parallele oder in wirren Haufen mit Neigung zur parallelen Lagerung erfolgende Anordnung der Diphtherie- und Pseudodiphtherieculturen. Segmentirte Färbung und Degenerationformen erwiesen sich bei beiden Arten (echten und pseudodiphtherischen) als nicht constant. Die Gram'sche Färbung nahmen alle Culturen ohne Ausnahme an, die Ernst-Neisser'sche Färbung gab zwar werthvolle, aber nicht constante Differenzen zwischen Diphtherie und Pseudodiphtherie. Die Diphtheriebacillen erwiesen sich stets als unbeweglich. Die von Zupnick gefundenen Unterschiede zwischen den verschiedenen Diphtherieculturen in Wachsthum, Färbung und Virulenz haben wir bei unseren Diphtheriestämmen nicht bestätigen können."

Spirig (3) meint, die Unterschiede der echten und der Pseudobacillen in morphologischer und cultureller Hinsicht seien unsicher. Die epidemiologische Zusammengehörigkeit bilde einen sicheren Beweis für die Identität der in den Einzelfällen gefundenen Diphtherieerreger, sofern man das qualitative Verhältniss der gefundenen Bacillen in Betracht zieht, d. h. sich nicht auf den Nachweis einzelner Stäbchen verlässt. Sp. hat bei einer Hausepidemie, wo das Material übersichtlich ist, nach diesen Gesichtspunkten Untersuchungen angestellt, aus denen er folgende Schlüsse zieht: „1) Die epidemiologische enge Verknüpfung von Diphtheriefällen giebt einen Prüfstein für die Leistungsfähigkeit der bakteriologischen Differentialdiagnose des echten und falschen Löffler-Bacillus ab. 2) Der Diphtheriebacillus kann in den Einzelfällen einer Epidemie alle Uebergänge vom Pseudodiphtheriebacillus der Autoren zum typischen Löffler-Stäbchen aufweisen. 3) Der Diphtheriebacillus kann alle für den Pseudobacillus charakteristischen Kennzeichen aufweisen und doch am Thiere Lähmungen erzeugen. 4) Die specifische Serumreaktion schlägt auch bei Bacillen fehl, die zwar alle Charaktere der Pseudobacillen haben, aber Paralysen produciren und epidemiologisch zu einem Infektionsherde echter Diphtherie gehören. 5) Die Neisser'sche Körnchenfärbung ist wie die übrigen differential-diagnostischen Merkmale nicht von absolutem Werth."

Werbrook, Mc Daniel, Wilson und Adair (4) haben gemeinsam sorgsame bakteriologische Untersuchungen in einem grossen Internat, in dem Diphtherie epidemisch auftrat, angestellt. Ein besonders starker Ausbruch im Jahre 1896 gab den Anlass zu einer genauen Prüfung. Die hygieinischen Verhältnisse waren befriedigend und boten keinen Anhalt zu einer Erklärung der Epidemie. Es wurde nun, in der Vermuthung, dass die Uebertragung nur von Kind zu Kind stattfinde, jeder neu ankommende Zögling gebadet, neu gekleidet, bakteriologisch untersucht und 2 Wochen lang in Quarantäne gehalten. Fiel eine nunmehr nochmals vorgenommene bakteriologische Untersuchung auch negativ aus, so kam das Kind in die seinem Alter entsprechende Klasse. Zeigte ein Schüler verdächtige Erscheinungen von Seiten des Halses, so wurde er, sowie seine sämmtlichen Mitschüler bakteriologisch untersucht. Die Kinder, bei denen sich verdächtige Bacillen zeigten, wurden so lange isolirt, bis der negative Ausfall zweier Culturen die Genesung anzeigte. Man beobachtete dabei, dass normal erscheinende Kinder zuweilen Monate lang mit Bacillen behaftet waren, die jeder örtlichen Behandlung widerstanden. Neben den typischen Löffler-Bacillen fand sich ein atypisches Stäbchen, das nur in einer von 2400 Prüfungen vermisst wurde, morphologische und culturelle Unterschiede darbot (dünne abgerundete Enden, keine Polkörner, schnelleres Wachsthum auf Glycerinagar und Agar u. A. m.), aber dieselbe Virulenz besass wie die Diphtheriebacillen, die von derselben Quelle stammten. Diese Varietät des Diphtheriebacillus kam theils allein, theils mit typischen Löffler-Bacillen zusammen vor. Von den 478 Kindern, die im Ganzen untersucht wurden, hatten 301 keine Zeichen von Diphtherie und waren frei von Bacillen, 5 waren an Diphtherie erkrankt, ohne dass sich verdächtige Bacillen fanden, während 172 Kinder mit Stäbchen behaftet waren. Von ihnen waren 104 nicht krank (59 mit typischen, 17 mit atypischen, 28 mit beiden Stäbchen), während 68 die klinischen Erscheinungen der Diphtherie darboten (50 mit typischen, 11 mit atypischen, 7 mit beiden Stäbchen). Die Erkrankungen, bei denen der atypische Bacillus gefunden wurde, schienen etwas milder zu verlaufen, als die durch den typischen Bacillus oder durch beide Formen hervorgerufenen. Hinsichtlich der Prophylaxe der Diphtherie stellen die Vff. folgende Forderungen auf: 1) Leute, die mit Diphtheriekranken in Berührung kommen, müssen bakteriologisch controlirt werden. Finden sich Bacillen, so sind ihre Träger zu isoliren. 2) Nur der negative Ausfall von 2 Culturen ist beweiskräftig. 3) Diphtheriekranke und Diphtheriereconvalescenten sind in Einzelhaft zu halten.

Schanz (5. 6. 7) erkennt alle die Unterschiede zwischen echten, falschen Diphtheriebacillen und Xerosebacillen, wie sie von den verschiedensten Autoren aufgestellt werden, nicht an. Der giftige Diphtheriebacillus ist seiner Ansicht nach vom ungiftigen nicht zu trennen. Dann verliert er

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/241

aber die ätiologische Bedeutung, die man ihm heute zuschreibt. Sch. meint, der Bacillus erlange erst in den Membranen die Fähigkeit der Giftbildung; es müsse zur Auslösung der Diphtherie noch ein anderes Moment mit beitragen. Die Streptokokken sind es wahrscheinlich nicht. Da der Parallelismus zwischen Menschen- und Thierpathogenität nicht mehr aufrecht erhalten werden kann, so werden alle grundlegenden Arbeiten über die Serumbehandlung gegenstandslos.

Nach der Ansicht von Richardière und Tollemer (8) ist der Praktiker, der nur über die einfachsten Untersuchungsmethoden verfügt, nicht im Stande, eine sichere bakteriologische Diagnose auf Diphtherie zu stellen. Denn diese Methoden erlauben eine Unterscheidung der echten und der falschen Diphtheriebacillen nicht. Die Versuche, einen Nährboden zu finden, der eine Trennung beider Formen ermöglicht, sind bis jetzt als gescheitert zu betrachten. Im Allgemeinen kann man annehmen, dass, wenn man im mikroskopischen Präparate nur oder vorwiegend lange Bacillen findet, Diphtherie vorliegt. Findet man mittellange oder kurze Formen, so sind alle Prüfungsmethoden (Neisser'sche Färbung, Cultur, Virulenzprüfung), die R. und T. besprechen, in Anwendung zu bringen. R. und T. fanden bei 16 Personen, die im Diphtheriesaale verkehrten, 13mal Pseudobacillen (3mal im Rachen, 10mal im Nasenschleim), bei 6 Insassen einer grossen Schule 5mal den Pseudobacillus im Nasenschleim, 3mal gleichzeitig im Rachen.

Davis (9) hatte im Jahre 1897—1898 bei 50% der Scharlachkranken Mittelohrentzündung. Von 2 Kranken wurden aus dem Eiter der Ohren, von 12 anderen, die keine Zeichen von Diphtherie darboten, aus dem Nasenausfluss Culturen angelegt. Die gefundenen Bacillen hatten alle Eigenschaften der Diphtheriebacillen, waren aber nicht virulent. Nur ein Stamm machte insofern eine Ausnahme, als das Versuchsthier, ohne eine örtliche Reaktion zu zeigen, an seröser Peritonitis zu Grunde ging. Ein Thier, das gleichzeitig mit einer Cultur dieses Bacillus Heilserum eingespritzt bekam, starb, während das Controlthier am Leben blieb.

Nicolas (10) beschreibt einen 26jähr., öfter an einfachen Mandelentzündungen leidenden Studenten, der eine äusserst hartnäckige Angina pseudomembranacea bekam. Die Beläge trotzten jeder erdenklichen Behandlung und hielten sich 7 Monate lang. N. glaubt, die Heilung endlich durch chlorsaures Kalium bewirkt zu haben. Die Erkrankung wurde zunächst für Diphtherie, später für Lues und vieles andere mehr gehalten. In den Belägen fand sich ein grosser, dicker, unbeweglicher Kapselbacillus, der nach Gram entfärbt wurde, auf den gebräuchlichen Nährböden gut wuchs. Er war für Kaninchen und Meerschweinchen giftig. Pseudomembranen konnten bei Versuchsthieren auf den Schleimhäuten nicht erzeugt werden, wohl aber am Bauchfell. Der Bacillus unterscheidet sich von allen bisher bekannten Mikroben.

Pitfield (13) untersuchte 160 diphtheriekranke und diphtherieverdächtige Personen. Er fand bei 99 = 62% den Diphtheriebacillus. Bei vielen Kranken waren vor der Entnahme des Untersuchungstoffes örtliche antiseptische Behandlungsmethoden angewendet worden. P. betont die Schwierigkeiten der mikroskopischen Diagnose.

In ausführlicher Darstellung legt Kurth (14) den Geschäftsgang und die Ergebnisse der Diphtheriediagnose im bakteriologischen Institute zu Bremen während der Jahre 1896—1897 dar. Es wurden in den beiden Jahren 362, bez. 324 Diphtherieuntersuchungen vorgenommen und 193mal, bez. 136mal die Diagnose Diphtherie gestellt. 45mal wurde die Reinzüchtung echter und 52mal diejenige diphtherieähnlicher Bacillen vorgenommen. Von dem eingesendeten Materiale werden zunächst Serumculturen angelegt. Für die Diagnose des Diphtheriebacillus in der Reincultur kommen in Betracht: a) *Die Virulenzprüfung und die Heilserumprobe.* Will man den vollen wissenschaftlichen Beweis für die Anwesenheit der Löffler'schen Bacillen erbringen, so muss man die Behring'sche Probe machen. Für die Praxis genügt das einfache Löffler'sche Thierexperiment. K. hat 3mal Reinculturen von Bacillen angelegt, die alle Eigenschaften der echten Löffler-Stäbchen hatten (auch die Neisser'sche Färbung annahmen), aber für Meerschweinchen ganz ungiftig waren. K. fasst sie als abgeschwächte Formen auf. Sie stammten von Erwachsenen, wuchsen auf Serum nicht sehr kräftig und starben schnell ab. b) *Neisser's Doppelfärbung.* Ihr Befund ist wichtig, sichert die Diagnose; ihr negativer Ausfall jedoch spricht nicht gegen Diphtherie. Die Probe versagte bei 3 Culturen von zweifellosen, vollvirulenten Löffler-Bacillen, die von Kindern mit klinisch ausgesprochener Diphtherie stammten. c) *Die Feststellung der Grösse der Bacillen in der Reincultur auf Löffler's Serum.* Es ist wichtig, im mikroskopischen Präparat einer 18—36 Stunden alten, bei 37° auf Löffler's Serum gewachsenen Cultur das Verhältniss zwischen Länge und Breite der einzelnen Stäbchen zu beobachten. Wenn sich „Fünferformen" (V) finden, deren einzelne Schenkel mindestens 5mal länger als breit sind, oder wenn sich daneben einzelnliegende Bacillen finden, die mindestens 7mal länger als breit sind, so liegt mit grösster Wahrscheinlichkeit Diphtherie vor. d) *Die Säurebildung.* Die Bildung von reichlicher Säure in glukosehaltigem Nährboden ist ein wichtiges und stets zutreffendes Kennzeichen des Diphtheriebacillus. Aber sie kommt auch vor bei einigen kurzen Pseudoformen und einzelnen, auch langen Conjunctivastäbchen. Von den diphtherieähnlichen Culturen beschreibt K.: a) *Den Bacillus pseudodiphthericus alcalifaciens.* Ungiftig, keine Neisser-Färbung, kurze Form auf Löffler-Serum, Alkalibildung in Zuckerbouillon ohne vorhergehende Säurebildung. Fand sich im 5. Theile der Fälle neben Diphtheriebacillen. b) *Den Bacillus pseudodiphth. acidum formans.* Ungiftig,

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/242

keine Neisser-Färbung. Fand sich in 3 Fällen. c) *Die auf der Conjunctiva vorkommenden diphtherieähnlichen Bacillen.* Es fanden sich unter 3 Culturen 2 säurebildende, ungiftige, die Neisser'sche Färbung nicht annehmende Stäbchen, und zwar lange (aus Hypopyon gezüchtet) und kurze (von akuter Conjunctivitis). Die 3. Form entsprach dem Bacillus pseudodiphth. alcalifaciens und stammte von chronischer Blenorrhöe.

In der Regel konnte die Diagnose in 18 Stunden gestellt werden bei Züchtung auf Löffler-Serum, Anwendung des Czaplewsky'schen und Neisser'schen Färbeverfahrens. Wenn ein die Neisser'sche Färbung nicht annehmender echter Diphtheriestamm in kurzer Form gewachsen ist oder der Bac. pseudodiphth. acidum faciens schon binnen 18 Stunden gewachsen ist, verzögert sich die endgültige Diagnose um 1—2 Tage bis zur Gewinnung der Reincultur. Ausnahmeweise werden auch bei Anwesenheit sehr weniger Diphtheriebacillen die Colonien erst in 18—36 Stunden deutlich, so dass sich die Diagnose dementsprechend verzögert. Das Verhalten der gelegentlich auf der Conjunctiva vorkommenden, langen, säurebildenden, die Neisser'sche Färbung nicht annehmenden, ungiftigen Bacillen bedarf noch der weiteren Prüfung.

Ein ähnlicher Bericht liegt aus Breslau von Neisser und Heymann (15) vor. Daselbst ist eine Diphtherie-Untersuchungstation seit dem 26. Juli 1896 in Betrieb. Die Apparate zur Entnahme des Untersuchungstoffes (mit Watte armirte Stahlsonden in Reagenzgläschen) stehen den Aerzten in den Apotheken zur Verfügung, denen sie nach der Abimpfung wieder zugestellt werden. Von hier befördert sie der telephonisch herbeigerufene Bote in das Institut. Nach ausführlicher Beschreibung des Betriebes, der Eintheilung der Dienststunden u. s. w. gehen N. und H. auf den Gang der eigentlichen bakteriologischen Untersuchung ein. Es wird zunächst ein Originalpräparat angefertigt, auf Grund dessen ein negatives Urtheil niemals abgegeben wird, sodann Klatschpräparate, Strichpräparate von Serumplatten mit einfacher und Doppelfärbung. Bezüglich der *Fehlerquellen* bemerken N. und H., dass das Pferdeserum zuweilen im Stich gelassen habe. Die Untersuchung der Präparate in Wasser erschien nicht empfehlenswerth. Zuweilen traten Heubacillen in sehr störender Weise auf. Dann müssen alle Gebrauchsgegenstände gründlich sterilisirt werden. Sehr hinderlich ist eine desinficirende örtliche Behandlung der Kranken vor Entnahme der Probe. Einmal gab die Laboratoriuminfektion eines Assistenten und eines Dieners zu Störungen Anlass. Von *bemerkenswerthen Resultaten* sei erwähnt, dass die Bacillen bei Erwachsenen schneller verschwanden als bei Kindern (bei einem Kinde wurden Bacillen 5 Wochen lang im Rachen, bei einem anderen 83 Tage in der Nase gefunden). In der Nase hafteten sie länger als im Rachen. Einmal fanden sich Bacillen auf der Wunde nach Entfernung der Rachenmandel; mehrere Male kam Diphtherie des Auges und der Vulva zur Untersuchung. Der älteste Patient war 70 Jahre alt. In 7 von 93 Scharlachfällen fanden sich Diphtheriebacillen. Es wurden in der Berichtszeit 2196 Untersuchungen ausgeführt (darunter 229 Nachuntersuchungen). 1580 Fälle stammten aus der Familienpraxis (in 42% Bacillen), die übrigen aus Krankenhäusern (in 43% Bacillen). Die *Dauer bis zur Diagnose* betrug für die positiven Fälle $5^1/_2$ Stunden, abgesehen von denjenigen Fällen, in denen sofort auf Grund des Originalpräparates Auskunft gegeben werden konnte. Von den bis Mittags 12 Uhr eingesandten Proben konnten 90% noch an demselben Tage erledigt werden. Die *Betheiligung der Aerzte,* die die Einrichtung benutzten, hat fortschreitend zugenommen. Etwa 79% der Breslauer Aerzte haben Untersuchungen vornehmen lassen. Aus einer *Fragebogenstatistik* ergab sich, dass die positiven Fälle epidemiologisch und klinisch durchaus von denjenigen mit negativem Ausfall der Untersuchung unterschieden waren. Daraus lässt sich ein Schluss auf die Sicherheit des Verfahrens machen. Da vorwiegend zweifelhafte Fälle zur Untersuchung kamen, war die klinische Frühdiagnose der Diphtherie nur in 65% der Fälle, diejenige der Nichtdiphtherie nur in 39% der Fälle möglich. Auch bei den Nichtdiphtherien schien zuweilen ein epidemiologischer Zusammenhang zu bestehen. Die *Erkrankung der Geschwister* trat in $33^1/_3$% der Familien mit mehreren Kindern auf. Die Gottstein'sche Behauptung, dass die Gruppenfälle einen schwereren Charakter haben, als die Einzelfälle, fand *keine* Bestätigung. Es zeigte sich eher das Gegentheil. Ein *Vergleich mit der amtlichen Statistik* ergab, dass die Meldung der Fälle immer mehr auf Grund des Ergebnisses der bakteriologischen Untersuchung erfolgte. N. u. H. berechnen, dass ungefähr 90% der gemeldeten Fälle mit Wahrscheinlichkeit zur echten Diphtherie gehörten, während etwa 26% echter Diphtheriefälle nicht zur Meldung gelangten. Der Arbeit ist je ein Muster des Begleitbogens und des Fragebogens beigegeben.

Villeumier (16) steht auf dem Standpunkte, dass die bakteriologische Untersuchung nur zur Sicherung und Ergänzung der klinischen Diagnose zu verwerthen ist. Der Begriff der Diphtherie ist ein klinischer. Zu isoliren und unter Umständen zu desinficiren sind nur die Diphtheriekranken, nicht die Träger von Bacillen ohne Krankheiterscheinungen. Für die klinische Diagnose verlangt V. die klassischen, von Brétonneau aufgestellten Zeichen. Von 120 im Hôpital cantonal zu Lausanne vom Februar bis August 1898 untersuchten Kranken mit Diphtherie oder verdächtiger Angina boten 86 ohne Weiteres den Anblick der Diphtherie dar. 5 davon hatten jedoch

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/243

Kokkenaffektionen (Erwachsene mit starken örtlichen Erscheinungen, geringem Fieber). Von den 21 zweifelhaften Fällen erwiesen sich nach der bakteriologischen Untersuchung 17 als echte Diphtherie. In 13 Fällen lag primärer Croup vor. Der klinische Verlauf der Erkrankungen mit kurzen oder langen Bacillen bot keine durchgreifenden Unterschiede dar. Waren neben den Bacillen viele Staphylokokken anwesend, so waren die Beläge und das Fieber hartnäckig. In Bezug auf die Anwendung des Heilserum will sich V. nur von den klinischen Erscheinungen leiten lassen. Hinsichtlich der Prophylaxe ist er strenger. Jedes mit einer bacillären Angina behaftete Kind soll isolirt werden. Zum Schluss beschreibt V. ein Kind mit Ozaena, in dessen Nase sich kurze Diphtheriebacillen und Kokken fanden. V. meint, die Bacillen seien in diesem Falle zufällige Begleiter der Kokken gewesen. Trotzdem wurde die Kranke mit Heilserum behandelt.

Aitkin (17) bespricht die klinische und in kurzen Worten die bakteriologische Diagnose der Diphtherie. Etwas Neues bringt er nicht.

Ueber das *Verhalten der Diphtherie in Scharlachabtheilungen* hat Sörensen (18) ausgedehnte Studien angestellt. Er untersuchte in den Jahren 1895 bis 1897, nachdem die während einer Scharlachepidemie stark überfüllt gewesenen Räume des Hospitales gründlich gereinigt worden waren, alle Reconvalescenten von Scharlach, alle aus- und eingehenden Scharlachkranken, von Zeit zu Zeit alle übrigen Kranken der verschiedenen Abtheilungen auf Diphtheriebacillen. In den Berichtsjahren wurden 1500 Scharlachkranke behandelt. Es fanden sich 240mal Bacillen. Es entstanden im Hospitale 32 klinische Diphtherien (1 Todesfall). Die gereinigten Räume schienen keine ansteckungsfähigen Bacillen zu beherbergen. Sehr häufig wurden hingegen Diphtheriebacillen durch neuaufgenommene Scharlachkranke eingeschleppt. In einigen Fällen waren diese auch die Quelle für weitere Infektionen. Häufiger aber hatte die Einschleppung keine Folgen und öfter wurden die Bacillen in Abtheilungen getroffen, denen in dieser Weise kein Ansteckungstoff zugeführt worden war. Die aufgenommenen, bez. verlegten Kranken konnten also nicht die Hauptinfektionquelle bilden. Zuweilen konnte das Personal oder Besuch der Kranken für die Einschleppung verantwortlich gemacht werden. Alles dies zusammen erklärt jedoch das Auftreten der Bacillen nicht in befriedigender Weise. Man muss eine Uebertragung durch leblose Gegenstände (Nahrungsmittel, Luft) als wahrscheinlich annehmen.

Gewöhnlich waren die Bacillen bei den Behafteten sofort in reichlicher Menge vorhanden. In einzelnen Fällen schienen aber die Bacillen gewissermaassen langsam hereinzuwachsen. Bei den frisch Aufgenommenen schwanden die Bacillen häufig schnell. Nicht selten wurde aber eine Rückkehr der Bacillen beobachtet, die nun hartnäckig hafteten. Das schnelle Schwinden der Bacillen in frischen Scharlachfällen erklärt sich aus der Ueberwucherung durch andere Bakterien. Die Rückkehr der Diphtheriebacillen kann damit erklärt werden, dass die zurückgedrängten Bacillen nach Ablauf der Angina wieder rein wachsen oder dass eine neue Infektion erfolgt.

Auch bei anderen in den allgemeinen Abtheilungen oder in der Diphtheriestation weilenden Kranken war die Rückkehr der Bacillen keine Seltenheit. Die Kranken, die einmal Bacillen hatten, bleiben immer verdächtig und dürfen nicht ohne Grund in eine andere Abtheilung verlegt werden. In manchen Fällen hielten sich die Bacillen sehr lange, bei einem Kinde z. B. 5 Monate. Das Verweilen der aufgenommenen bacillentragenden Kranken in der Abtheilung während 24 Stunden hatte meist keine weiteren Folgen. Verweilen die Kranken länger, so wurden mitunter bei vielen, einmal bei fast allen anderen Kranken auch Bacillen gefunden. Ueber die Bedingungen, die dem Gedeihen der Diphtheriebacillen günstig oder ungünstig sind, lehren die Untersuchungen nichts. Es wurde eigentlich nur gefunden, dass die Bacillen um so schneller schwanden, je besser die allgemeinen hygieinischen Verhältnisse und die Constitution der Pfleglinge waren. Scrofulöse, mit Katarrhen behaftete Kinder schienen den Bacillen einen günstigen Boden zu bieten. Faktoren, die das Entstehen der Katarrhe begünstigten, schienen auf den Ausbruch der Diphtherie ohne Einfluss zu sein. Gleichzeitig vorhandene Masern begünstigten das Gedeihen der Bacillen nicht. Eine scharfe Grenze zwischen wirklich diphtheriekranken und nur bacillentragenden Scharlachkranken war nicht immer zu ziehen. Wo die Bacillen mit akuten Halsentzündungen und Auflagerungen zusammen vorkamen, wurde Diphtherie angenommen. Da auf 240 Fälle mit positivem Bacillenbefund nur 32 klinische Diphtherieerkrankungen kamen, so muss man entweder annehmen, dass die Scharlachreconvalescenten eine gewisse Immunität gegen Diphtherie besitzen oder dass keine echten Bacillen vorlagen. Da keine Virulenzbestimmungen gemacht wurden, muss S. die Frage unentschieden lassen.

Bei ähnlichen Untersuchungen, die Garrat und Washbourn (19) gelegentlich eines Ausbruches von Diphtherie in der Scharlachabtheilung im London Fever Hospital anstellten, wurden vom März 1896 bis December 1898 unter 666 Kranken 8mal avirulente Diphtheriebacillen und 21mal Hofmann'sche Pseudobacillen gefunden. Nur in einem Falle (avirulente Bacillen) waren die klinischen Erscheinungen der Diphtherie vorhanden. Mit der Isolirung der bacillentragenden Kranken erlosch die postscarlatinöse Diphtherie. G. u. W. machen auf die Wichtigkeit der Rhinitiden aufmerksam.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/244

Von 214 Scharlachkranken, die Chabade (20) einer Prüfung unterzog, hatten 98 eine katarrhalische, 33 eine lacunäre, 83 eine pseudomembranöse Angina. Bei der ersten Form fanden sich nur Streptokokken, auch vereinzelte Staphylokokken, bei der zweiten 3mal, bei der dritten 11mal Diphtheriebacillen. Ch. verlangt die Isolirung und Serumbehandlung der mit Bacillen behafteten Scharlachkranken, deren Mortalität $2^1/_2$mal so gross war als diejenige der übrigen.

Marcus (21) beschreibt einen 9jähr. Knaben mit Diphtherie (keine bakteriologische Untersuchung), der im Verlaufe der Erkrankung Scharlach bekam. M. meint, es habe sich um ein frühzeitiges Auftreten der „scarlatinösen Diphtherie" gehandelt. Hätte man Serum eingespritzt, so hätte man die Scharlacherkrankung für einen Serumausschlag halten können.

Dass beim gewöhnlichen Schnupfen der Kinder sehr häufig Diphtherie- und Pseudodiphtheriebacillen vorkommen, hat Stooss (22) im Verein mit Prof. Tavel nachweisen können. In 72 von 75 Fällen wurden Bacillen gefunden, fast stets schon im Deckglaspräparat! In den Culturen fand man 45mal die kurze Form, 22mal die mittlere und kurze, 4mal die mittlere, 1mal die lange. 2mal wurde schwache, 2mal volle Virulenz nachgewiesen. Die 4 Kranken, von denen diese Bacillen stammten, hatten zur Hälfte gewöhnlichen Schnupfen, zur anderen heftige Rhinitis. Von 37 Kindern mit avirulenten Bacillen litten 31 an Katarrhen. Die kurzen avirulenten Bacillen fanden sich auch bei Kindern mit chronischem Nasenfluss, aber auch bei solchen, die nur ganz vorübergehend Absonderung aus der Nase zeigten. In besonders grosser Menge wurden diese Bacillen bei einer Anzahl aus derselben Ortschaft stammender Kinder gefunden, in der seit Jahren keine Diphtherie vorgekommen war. Für die Erkennung der Nasendiphtherie namentlich bei Säuglingen, bei denen sie häufig primär ist, erwachsen durch den fast constanten Befund von Pseudobacillen grosse Schwierigkeiten. Es muss der Nachweis der Virulenz gefordert werden.

In der Kinderklinik von Wyss wurden, wie aus der Dissertation von Imbach (23) zu ersehen ist, vom 22. April 1894 (Beginn der Serumbehandlung) bis zum 1. Januar 1897 315 diphtherieverdächtige Kinder aufgenommen. Bei 295 Kranken wurde die klinische Diagnose auf Diphtherie gestellt, bei den übrigen hingegen ausgeschlossen. Bei letzteren fanden sich auch keine Diphtheriebacillen. Von den 295 Kranken mit klinisch ausgesprochener Diphtherie hatten 26 keine Bacillen. 3 von ihnen starben. Imb. bespricht ausführlich die klinischen Erscheinungen, die die 26 Kranken darboten. Die Krankengeschichten werden tabellarisch geordnet im Auszug, diejenigen der Verstorbenen ausführlich mitgetheilt. Imb. fügt den Beobachtungen noch 10 andere zu, die Schwarz in Zürich machte. Die bakteriologische Untersuchung ergab in allen Fällen Kokken.

Imb. hält daran fest, dass zusammenhängende, den Rachen auskleidende Beläge, die fest anhaften, nicht auf die Mandeln beschränkt bleiben, für Diphtherie charakteristisch sind. In den Fällen, in denen keine oder nur umschriebene Beläge vorhanden waren, sprachen schwerwiegende klinische (Croup) oder epidemiologische Gründe für die Annahme einer Diphtherie. Er zieht aus seinen Erfahrungen folgende Schlüsse: Je genauer die bakteriologische Untersuchung vorgenommen wird, um so seltener werden die Fälle von Diphtherie ohne Diphtheriebacillen. Es giebt eine kleine Gruppe von klinischer Diphtherie, bei der die Infektion durch Streptokokken bedingt ist. Vielleicht giebt es noch eine dritte Gruppe von Diphtherie im Sinne Virchow's, bei der einer oder mehrere noch nicht bekannte Mikroorganismen eine Rolle spielen. Bei ausgesprochener klinischer Diphtherie will Imb. die Serumbehandlung eingeleitet wissen. Sind circumscripte Beläge vorhanden, so soll man das Serum nur anwenden 1) während einer Epidemie, 2) bei raschem Wachsthum der Beläge, 3) bei Ueberführung der Kranken in eine Diphtherieabtheilung.

Wenn man feststellen will, ob die Giftproduktion der Diphtheriebacillen durch Streptokokken verändert wird, so muss man, wie Hilbert (24) ausführt, vor Allem den Einfluss des Nährbodens auf die Giftproduktion ausschalten. H. stellte entsprechende Versuche mit genau derselben Nährbouillon an. Wenn er Lackmusbouillon mit Diphtheriebacillen, bez. mit Diphtheriebacillen und Streptokokken beschickte, so trat die Alkalescenz durch die Symbiose schneller ein und erreichte höhere Grade als in den Diphtherieculturen. Dieses Verhältniss wurde durch Titrirung genauer festgestellt. Bei Thierversuchen (Verwendung keimfreier, filtrirter Culturen) zeigte sich, dass die Symbiose auch die Toxinbildung beschleunigt und erhöht und „dass in manchen Fällen, in welchen die Diphtheriebacillen allein auf dem sauren, giftfreien Stadium stehen geblieben wären, die Association mit Streptokokken sie in das alkalische Stadium und zur Giftbildung hinüberleitete".

Preisich (25) führt aus, dass die Virulenzbestimmung zur Unterscheidung der echten und falschen Diphtheriebacillen nicht geeignet ist, da wir nicht im Stande sind, eine absolute Virulenz festzustellen. Er meint, dass die morphologischen und culturellen Merkmale zur Unterscheidung genügen. Er erkennt einen echten avirulenten Diphtheriebacillus an und erklärt den Pseudobacillus für eine selbständige Bakterienart. Bezüglich der Mischinfektion bei der Diphtherie ist er der Ansicht, dass der bakteriologische Befund allein keinen Schluss auf die Natur des Krankheitprocesses zulässt. Der Kliniker vermag aber wohl zu beurtheilen, ob der Streptococcus am Krank-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/245

heitprocesse aktiv betheiligt ist. Auch wenn im Blute keine Streptokokken gefunden werden, berechtigen die klinischen Anzeichen den Beobachter unter Umständen dazu, eine septische Diphtherie anzunehmen.

Constantini (26) hingegen folgert aus Versuchen, die er mit Diphtheriereinculturen, mit Gemischen von Diphtherieculturen und Kokkenculturen und mit Diphtherieculturen und gewissen Medikamenten (Atropin, Pilocarpin u. A. m.) anstellte, dass die reine Infektion mit Diphtherie keine Septikämie erzeugt. Die Vertheidigung des Körpers übernehmen die vielkernigen Leukocyten. Wenn zu der Diphtherieinfektion eine Kokkeninfektion hinzutritt, so wird die Macht der Leukocyten vermindert und es kann alsdann zu einer septischen Invasion des Löffler'schen Bacillus kommen. Die Kokken scheinen ein Gift abzusondern, das, ähnlich wie Atropin und Pilocarpin, die Leukocyten schwächt („Leucocidin"). Auch die genannten Stoffe begünstigen den Ausbruch der diphtherischen Septikämie.

Méry (27) bespricht die Mischinfektion bei der Diphtherie in zusammenhängender Weise vom klinischen und bakteriologischen Standpunkte aus. Er sucht die für die verschiedenen Formen der Mischinfektion charakteristischen klinischen Erscheinungen festzustellen, kommt aber doch schliesslich darauf hinaus, dass die Diagnose nur möglich ist, wenn die klinische Beobachtung mit der bakteriologischen Untersuchung Hand in Hand geht. Für die Behandlung empfehlen sich bei Mischinfektionen grosse Gaben von Heilserum. In geeigneten Fällen will er vom Streptokokkenheilserum Gebrauch gemacht wissen. Der örtlichen und der allgemeinen roborirenden Behandlung legt er Werth bei. Die Nebenwirkungen des Heilserum sollen gerade bei den Mischinfektionen am stärksten zum Ausdruck kommen.

Kühnau (28) konnte in 5 Fällen schwerster, tödtlich verlaufender Diphtherie neben dem Löffler'schen Bacillus eine Proteusart nachweisen. Das Bacterium, das von K. genau studirt wurde, war für Meerschweinchen und Mäuse pathogen und rief namentlich im Verein mit Diphtheriebacillen schwere hämorrhagische Infiltrationen und gangränöse Processe hervor. Es hat den Anschein, als ob der Diphtheriebacillus durch seine Stoffwechselprodukte oder durch gewisse nekrotisirende Gewebeveränderungen, die er erzeugt, für den Proteus günstige Vegetationbedingungen schafft.

Bei 25 Kranken mit Diphtherie und Angina, die von Stoecklin (29) untersucht wurden, fanden sich in den Belägen Hefezellen. Die genauere Durchforschung ergab, dass es sich um Zellen des Soorpilzes handelte, der in 16 Fällen gezüchtet werden konnte. Die verschiedenen Erkrankungen lagen räumlich und zeitlich weit auseinander. In 10 Fällen fanden sich neben dem Soorpilz Diphtheriebacillen. Der Soorpilz war an und für sich für Thiere nicht pathogen; er wurde es aber durch Zusammenwirken mit dem Diphtheriebacillus, dessen Giftigkeit er erhöhte.

Im Untersuchungsamte der Stadt Bern fand sich vom November 1896 bis zum Januar 1897 unter 500 diphtherieverdächtigen Fällen der Löffler-Bacillus 330mal und 37mal Saccharomyces albicans. Dieser war bei etwa 5% der Anginen und Diphtherieerkrankungen vorhanden. Das Zusammenwirken des Soorpilzes giebt den gewöhnlichen Anginen ein Ansehen, das der Diphtherie täuschend ähnlich ist. Die mit Soor gemischte Diphtherie und Angina befällt vorwiegend junge Kinder und nimmt einen schweren Verlauf. Klinisch ist die Anwesenheit des Soorpilzes in der Diphtheriemembran nicht zu diagnosticiren.

Shattock (30) leitete über Bouillonculturen von Diphtheriebacillen mit geringer Virulenz Luft aus Schleussen, Closets, Abfallrohren. Die Giftigkeit der Bacillen nahm dabei nicht zu, selbst wenn der Versuch 2 Monate lang fortgeführt wurde.

Dzierzgowski und Onufrowicz (31) liessen durch isolirte Organe (Muskeln, Leber, Niere, Milz) toxinhaltiges Blut strömen. Das Diphtheriegift wurde dabei weder zerstört, noch zurückgehalten, noch in Antitoxin umgewandelt. Nach Versuchen an immunisirten Thieren kann jedoch die Möglichkeit, dass Toxin in den Nieren in Antitoxin umgewandelt wird, nicht ganz von der Hand gewiesen werden.

Wenn Flexner und Anderson (32) Kaninchen Diphtheriereinculturen in die Luftröhre einspritzten, entwickelte sich daselbst keine Pseudomembran. Dagegen bekamen die Thiere lobuläre Pneumonien. Nach kurzer Zeit durchbrachen die Bacillen die Lungen und waren auch in anderen Organen nachzuweisen. Die Zahl der Bacillen nahm aber innerhalb des Körpers erheblich ab. In den Lungen fanden sich die Bacillen vielfach in Alveolarepithelien eingeschlossen.

Durch *Diphtheriegift* lassen sich am Auge bei Kaninchen, wie Morax und Elmassion (33) im Anschlusse an die Untersuchungen von Coppez zeigten, genau dieselben Veränderungen hervorrufen wie durch lebende Culturen von Diphtheriebacillen. Es entsteht, auch wenn das Epithel unverletzt ist, echte Conjunctivaldiphtherie. Oertliche Verletzungen des Epithels begünstigen allerdings die Entstehung der Erkrankung. Bei unverletztem Epithel muss der Contact des Giftes 8—10 Stunden lang unterhalten werden, wenn das Maximum der Wirkung erreicht werden soll. Das Diphtheriegift muss bei den Versuchen soweit verdünnt sein, dass durch die Absorption keine Allgemeinvergiftung eintritt. Analoge Versuche, die an der Schleimhaut der Luftröhre ausgeführt wurden, schlugen fehl.

Um eine Vorstellung über die örtliche Wirkung des Diphtheriegiftes zu gewinnen, untersuchte Douglas (34) Gewebe, in das Diphtheriegift

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/246

oder ein Gemisch von Diphtheriegift und -Gegengift eingespritzt worden war. Er fand in beiden Fällen degenerative Zellenveränderungen, keine Proliferationvorgänge. Aus diesen Befunden kann der Schluss auf die Neutralisation des Giftes durch das Gegengift nach dem Vorgange eines chemischen Processes *nicht* gezogen werden.

Die *Herzwirkung des Diphtheriegiftes* studirte Rolly (35) am isolirten Herzen des Warmblüters. Er zieht aus seinen Experimenten folgende bemerkenswerthe Schlüsse: „1) In der Diphtherievergiftung schliesst sich an das Absinken des Blutdruckes durch Lähmung des vasomotorischen Centrums unmittelbar auch Herzlähmung an, und führt trotz künstlicher Respiration rasch zum Herzstillstand. 2) Diese Herzwirkung des Giftes ist eine direkte und tritt auch unabhängig vom Centralnervensystem am isolirten Warmblüterherzen auf. 3) Die Lähmung des Herzens entwickelt sich zu einem bestimmten Zeitpunkte nach der Vergiftung nach einem langen Stadium der Latenz. Auch die direkte Injektion von Diphtheriegift oder Transfusion agonalen Diphtherieblutes schädigen das isolirte normale Kaninchenherz nie unmittelbar; stets ist für den Eintritt der Wirkung eine längere Latenzzeit nothwendig. 4) Hingegen stellt das nach Diphtherievergiftung isolirte Herz auch dann seine Funktion zu dem zu erwartenden Zeitpunkt ein, wenn es nach Beginn der ersten Erscheinungen oder noch vor denselben mit normalem Blut ausgespült wird. 5) Dieses Verhalten des diphtherievergifteten Herzens führt zu der Annahme einer allmählich erfolgenden Aufnahme und Fixation des Giftes im Herzen und liesse es verständlich erscheinen, dass sich auch nach dem Ablauf der akuten Infektion noch funktionelle Störungen von Seiten des Herzens einstellen können."

Das Wesen der *diphtherischen Herzerkrankung* besteht nach der Ansicht von Ribbert (36), die sich auf die histologische Untersuchung von 4 aus verschiedenen Stadien (2. bis 9. Woche) der Erkrankung stammenden Herzen stützt, nicht in einer primären interstitiellen Myokarditis. Das Diphtheriegift wirkt in erster Linie auf die Muskelzellen schädigend und veranlasst eine fettige oder wachsartige Degeneration. (Letztere überwog.) Mit der Resorption der zerfallenen Massen geht parallel eine Vermehrung des interstitiellen Bindegewebes mit Ausgang in Schwielenbildung. Von dieser trennt R. die zellige Infiltration, die nicht der wesentliche Ausdruck einer interstitiellen Entzündung, sondern einer Bildung lymphatischer Herdchen ist. Solche können sich überall da bilden, wo schon in der Norm kleine, oft schwer nachweisbare Bezirke adenoider Substanz sich vorfinden.

Pankreassaft schwächt nach den Versuchen von Charrin und Levaditi (37) das Diphtheriegift ab, und zwar vermöge seines diastatischen Fermentes. Daraus erklärt es sich, dass das Diphtheriegift und andere Bakteriengifte im Magendarmkanale an Wirksamkeit einbüssen.

Cobbett (38) fand, dass Ratten nur relativ unempfindlich sind gegenüber der Wirkung des Diphtheriegiftes. Sie unterliegen der subcutanen Einspritzung grosser Mengen. Dabei werden die Gewebe am Orte der Einspritzung nur wenig verändert. Nekrose beobachtete C. niemals. Das Serum dieser Ratten in Mengen von 1 ccm schützt Meerschweinchen nicht gegen Giftmengen, die die tödtliche Minimaldosis um ein Weniges überschreiten.

Metin (39) fand, dass bei Kaninchen und Meerschweinchen intravenös oder subcutan einverleibte Diphtheriebacillen nur dann im Blute und den inneren Organen nachweisbar waren, wenn die Sektion längere Zeit nach dem Tode gemacht wurde. Der Bacillus scheint demnach nur postmortal in die Gewebe einzudringen. Anders verhält er sich dagegen, wenn er mit Kokken und anderen Organismen zusammen wirkt.

Aus einer Beobachtung von Mac Gregor (40), der 6 Monate lang bei einem Knaben virulente Diphtheriebacillen im Rachen nachweisen konnte, ergiebt sich die Gefahr, die Reconvalescenten für ihre Umgebung bilden. Dass aber scheinbar Gesunde, die mit einem Diphtheriekranken in Berührung waren, ebenso gefährlich sind, beweisen auf's Neue Beobachtungen, die Meyer (41) in Basel anstellen konnte. Er untersuchte die angeblich gesunden Verwandten von 2 im Kinderspitale liegenden Diphtheriekindern und fand: 1) bei einem Bruder Rachendiphtherie (Bacillen); 2) bei einem jüngeren Bruder und 3) beim Vater keine Schleimhauterkrankung, keine Bacillen; 4) bei der Mutter im Schleime des normal aussehenden Rachens, 5) bei einer Schwester im Nasensekrete Diphtheriebacillen. Auf diese Verhältnisse ist in Basel, wie M. ausführt, in der „Verordnung betreffend ansteckende Krankheiten" gebührend Rücksicht genommen.

In einer ausführlichen Arbeit erörtern Simon und Benoit (42) nach den Erfahrungen und Studien, die sie in der grossen Cavalleriekaserne zu Lyon gelegentlich einer Diphtherieepidemie im Jahre 1896—1897 machten, die Verbreitung der Diphtherie durch verkappte Diphtheriefälle („Diphtérie larvée"). Sie verstehen darunter alle diejenigen Erkrankungen, die ätiologisch zur Diphtherie gehören, aber die klassischen Erscheinungen der Erkrankung vermissen lassen. Sie fassen demnach den Begriff der larvirten Diphtherie wesentlich weiter als Heubner, der diese Bezeichnung zuerst einführte. S. und B. beschreiben eine besondere Angina diphtheritica larvata, in deren Verlauf sie 2 Stadien unterscheiden: 1) das Stadium exsudativum proteiforme, charakterisirt durch punktförmige Ausschwitzungen, die binnen wenigen Tagen schwinden. Charakteristisch soll in diesem Stadium ein mattes opalescirendes Aus-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/247

sehen der Schleimhaut sein. Im 2. Stadium (St. erythematosum) ist die Schleimhaut normal oder geröthet, birgt aber noch Bacillen. S. und B. fanden auf Grund ihrer bakteriologischen Untersuchungen, dass im Durchschnitte die Dauer der klassischen Diphtherie (d. h. die Anwesenheit von Bacillen) 34 Tage, diejenige der larvirten Diphtherieangina 63 Tage, der Diphtherie ohne Angina 83 Tage beträgt. Es scheint demnach, als ob die Dauer des Löffler'schen Bacillus im umgekehrten Verhältnisse steht zu der Entwickelung der klinischen Diphtherie. Hingegen schien die Virulenz der Bacillen proportional der Stärke der anatomischen Schleimhautreaktion zu wachsen. Der Bacillus fand sich bei 33% der untersuchten Soldaten mit normaler Schleimhaut, bei 40% derjenigen mit gerötheter und 44% derjenigen mit opalescirender Schleimhaut, dagegen in 75% der Erkrankungen, die mit Belägen einhergingen. Die weiteren Einzelheiten der bakteriologischen Untersuchungen sind kaum von allgemeinem Interesse. Während der Dauer von Diphtherieepidemien sind auch die larvirten Diphtherieformen häufig. Sie kommen häufiger bei Erwachsenen, älteren Personen, vor. Die larvirten Formen sollen mit der Dauer einer Diphtherie zunehmen, in dem Grade, in dem die ausgesprochenen Formen abnehmen. Die larvirte Diphtherie soll ausserdem in Epidemien auftreten, die den Epidemien von ausgesprochener klinischer Diphtherie voraufgehen. Die larvirten Formen bilden gewissermaassen die Bindeglieder zwischen den einzelnen Diphtherieepidemien. Den Ausbruch der Diphtherieepidemien begünstigen Witterungseinflüsse, andere Mikroben, ungünstige hygieinische Verhältnisse. Die Isolirung der verdächtigen Individuen ist das beste Mittel zur Verhütung einer Epidemie.

Die Gefahr, die Reconvalescenten von Diphtherie für ihre Umgebung bilden, beweist auch folgende Beobachtung von Mulert (43).

Ein Dienstmädchen, das an Diphtherie litt, war aus der Greifswalder Klinik auf ihren Wunsch nach 5 Tagen entlassen worden. Sie war fieberfrei und hatte keine sichtbare Rachenerkrankung mehr. Auf dem Gute, auf dem sie in Stellung war, veranlasste sie nach ihrer Rückkehr den Ausbruch einer Epidemie. M. bedauert (ebenso wie Prof. Mosler in einer der Mittheilung angefügten Erläuterung), dass keine gesetzliche Handhabe besteht, die die Internirung der Diphtheriereconvalescenten in den Krankenhäusern durchführbar erscheinen lässt.

Auch Fibiger (63) betont mit Nachdruck, dass die Isolirung aller Individuen, die Diphtheriebacillen bergen, zur Bekämpfung der Diphtherieepidemien unbedingt nothwendig ist. Das Studium einer Diphtherieepidemie im Gymnasium zu Herlufsholm führte ihn zur Aufstellung folgender Sätze: „1) Epidemien von Diphtherie können mit Erfolg nur durch Isolation von Individuen mit Diphtheriebacillen im Schlunde und Desinfektion der Lokalitäten bekämpft werden. 2) Der praktischen Brauchbarkeit der Methode stehen grosse Schwierigkeiten entgegen, zum Theil, da es nur nach wiederholten Untersuchungen möglich ist, alle bacillentragenden Individuen auszusondern, besonders aber, da man sehr viele Individuen zu isoliren und einzelne derselben, bei denen die Bacillen sehr lange peristiren, sehr lange Zeit zu isoliren genöthigt sein kann. — Diese Schwierigkeiten müssen jetzt betont werden, denn die Isolation solcher Individuen ist nicht nur ein Vorschlag, sondern eine drohende hygienische Doctrin. Man kann somit C. Fränkel völlig beipflichten, wenn er hervorhebt, dass die ideale Isolation aller bacillentragenden Personen zur Zeit nicht in ihrem vollen Maasse durchgeführt werden kann. 3) Diphtheriebacillen mit voller Virulenz für Meerschweinchen sind nachgewiesen im Schlunde eines 16jähr. Knaben ca. 9 Monate nach abgelaufener Diphtherie. 4) Die Diphtheriebacillen schwinden bisweilen vom Schlunde, wenn die bacillentragenden Individuen Kokken- oder Streptokokkenangina bekommen."

Gelegentlich der Berathung und Empfehlung eines Entwurfes zur Prophylaxe der Diphtherie geben E. Hagenbach-Burckhardt und Albrecht Burckhardt (44) ihren Ansichten über diesen Gegenstand Ausdruck. Ersterer erörtert mehr die theoretische Seite der Frage, indem er mit Recht betont, dass unsere Maassregeln nur dann wirksam sein werden, wenn sie sich auf die Ergebnisse der wissenschaftlichen Forschung stützen. E. Burckhardt bespricht die praktischen Vorschläge, und zwar: 1) *Das Verhalten des Kranken und seiner Umgebung.* Die Kranken sollen thunlichst isolirt werden. Bei Gefahr für jugendliche Angehörige des Haushaltes wird die Spitalbehandlung anempfohlen, bei Gefahr für weitere Kreise wird letztere jedoch obligatorisch gemacht. Die Ueberführung in's Spital geschieht unentgeltlich in einem besonderen Wagen. Die Genesenen treten erst nach gründlicher Reinigung in den Verkehr. Für Lehrer und Schüler ist eine 10tägige Carenzzeit nach dem Verschwinden der Bacillen vorgesehen. Die Verstorbenen dürfen durch Angehörige nicht besichtigt werden. Wenn kein besonderer Raum vorhanden ist zur Aufbewahrung der Leiche, muss diese in das Leichenhaus überführt werden. Die im Spitale Verstorbenen werden von hieraus beerdigt. Die Pfleger sollen möglichst wenig mit dem Publicum verkehren, vor Verlassen des Krankenzimmers ihre Kleider wechseln und ihre Hände waschen. Die gesunden Angehörigen des Haushaltes sind vom Arzte zu controliren und zum Gurgeln anzuhalten. Unter Umständen sind Schutzimpfungen vorzunehmen. Das Auslogiren von Kindern ist nur dann rathsam, wenn keine Verschleppungsgefahr besteht. Schüler, Lehrer, Pfarrer, in deren Familie Diphtherie vorgekommen ist, müssen 14 Tage lang den Schulen, Bewahranstalten, Krippen und ähnlichen Anstalten fern bleiben. Bei genügender Isolirung der Kranken ist der Besuch der mittleren und höheren Schulen frei gegeben. 2) *Beseitigung des Infektionstoffes:* a) während der Krankheit sind

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/248

die Gebrauchsgegenstände und die Umgebung des Kranken sorgfältig, mit Seifenlösung zu reinigen; b) nach Ablauf der Erkrankung stehen die Einrichtungen des „Sanitäts-Departements“ zur Desinfektion unentgeltlich zur Verfügung. Bei Todesfällen ist die amtliche Desinfektion obligatorisch, bei sonstigen schweren Fällen ist sie dringend zu empfehlen; bei leichteren Fällen sind die im Krankenzimmer vorhandenen Gegenstände einer Reinigung zu unterziehen, die je nach Beschaffenheit der Stoffe trocken oder feucht zu geschehen hat.

Zum Schlusse macht Physicus Dr. Lotz statistische Angaben über das Verhalten der Diphtherie in Basel, aus denen hervorgeht, dass die Krankheit in den letzten Jahren in erheblicher Zunahme begriffen ist.

Arnozan (45) berichtet über eine Stillende, die an Diphtherie erkrankte, eine langwierige Erkrankung durchmachte und langsam genas. Die Prüfung der Milch ergab, dass sie für Meerschweinchen giftig war.

Ein 3jähr. Pat. von Burnett (46) bekam im Verlaufe einer Rachendiphtherie Ausfluss aus der Nase und den Ohren. Im Rachen waren Bacillen vorhanden. Als der Knabe einen Rückfall bekam, wurden auch im Sekrete der Nase und der Ohren Bacillen gefunden. B. glaubt, der Rückfall sei auf eine Autoreinfektion durch das Nasen- und Ohrensekret zurückzuführen. Die Beseitigung der Bacillen aus den Ohren war schwierig. Wasserstoffsuperoxyd versagte, während Formaldehyd befriedigende Wirkung hatte.

Kassel (47) beschreibt ein 12jähr. scrofulöses Mädchen mit primärer Nasendiphtherie. Diphtheriebacillen wurden nachgewiesen. Serumbehandlung beseitigte die örtlichen Erscheinungen. Die Bacillen schwanden erst nach Einleitung örtlicher Behandlung.

Broeckhaer (48) berichtet über einen 18jähr. Menschen mit primärer Diphtherie der Rachenmandel. Bacillen wurden nachgewiesen. Die Erkrankung verlief sehr gutartig. Wegen der Gefahr der Weiterverbreitung sind diese Erkrankungen mit mildem Verlaufe sehr beachtenswerth.

Ein 10jähr. Mädchen, das Müller (49) behandelte, erkrankte mit Schmerzen an den Geschlechtstheilen. 2 Tage später Halsschmerz, kein Fieber. Die Untersuchung ergab eine schmierig belegte Wunde am linken Fusse, eine Paronychie des linken Daumens, geringen grauweissen Belag auf der rechten Mandel. An den Geschlechtstheilen starke Entzündung der Clitoris, 2 grosse Geschwüre an der rechten Schamlippe und an der hinteren Commissur, an den Nates. Starke Entzündung der grau-weiss belegten Scheidenschleimhaut. Aus dem Eiter, der von der Paronychie und den Genitalgeschwüren stammte, fanden sich Diphtheriebacillen, im Rachenbelage Bacillen und Kokken, im Sekrete der Fusswunde keine Bacillen. Serumbehandlung, Heilung. M. glaubt, dass die Rachendiphtherie die primäre Erkrankung war. In einer frisch geöffneten Eiterpustel fanden sich Diphtheriebacillen in Reincultur ohne Kokken.

Coues (50) beschreibt 2 kleine Mädchen mit Diphtherie der Vulva. Bacillen wurden nachgewiesen. Bei dem einen Kinde war der Hals frei, bei dem anderen war die Rachenschleimhaut geröthet und mit Bacillen behaftet. Zudem bestand Nasenausfluss.

3 Fälle von hämorrhagischer Diphtherie beobachteten Parfitt und Stephens (51).

Bei dem 1. Kr. wurden während des Lebens im Blute, nach dem Tode in der Milz Diphtheriebacillen gefunden.

Der 2. Kr. (13monatiges Kind) bekam im Verlaufe der Diphtherie (Bacillen nachgewiesen) einen purpuraähnlichen Ausschlag. Vor dem Tode, der in Folge von Herzschwäche eintrat, setzten cerebrale Erscheinungen ein. Das Kind war mit Serum behandelt worden, das bei 3 anderen Kindern nur eine gewöhnliche Urticaria hervorrief. Die Untersuchung des Blutes und der inneren Organe ergab die Anwesenheit von Pneumokokken. Diphtheriebacillen fehlten.

Bei dem 3. Kr. war die Septikämie durch Diphtheriebacillen und Streptokokken bedingt.

P. und St. betonen, dass sie sehr häufig echte Löffler-Bacillen in den Lungen fanden.

Bei der *Sektion* eines 5jähr. Knaben, der nur kurze Zeit im Spitale gelegen hatte, fand Preisz (52) eine schwere Septikämie und Endocarditis ulcerosa. In den Auflagerungen fanden sich spärliche Kokken und Pseudodiphtheriebacillen, welch' letztere nach Ansicht Pr.'s die Endokarditis erzeugten. Eine ähnliche Beobachtung ist von Howard mitgetheilt worden. Echte virulente Diphtheriebacillen können nach Pr. keine Endokarditis erzeugen, da sie im Gegensatze zu den Pseudobacillen negative Chemotaxis aufweisen. Aus der Rachenhöhle des Kindes konnten Bacillen nicht gezüchtet werden. Wahrscheinlich waren sie aber von einem Geschwüre auf der rechten Mandel in den Körper eingedrungen.

Woollacott (53) fand bei 3 an schwerer Diphtherie erkrankten Kindern Thrombenbildung im Herzen. Vor dem Tode waren bei allen Kranken Zeichen von Herzschwäche, bei einem heftiger epigastrischer Schmerz aufgetreten.

Steffen (54) konnte bei einem 3jähr., an Diphtherie erkrankten, tracheotomirten Knaben die Entwickelung einer Herzerweiterung beobachten, die sich zurückbildete. Es stellte sich ein systolisches Geräusch an der Spitze ein. Nach 4½ Jahren fanden sich bei dem Kinde die klassischen Zeichen der chronischen Mitralinsufficienz. St. glaubt, dass es sich um eine Wundendokarditis handelte, die auf die Klappe überging und deren Schrumpfung bewirkte. Auf bleibende Herzstörungen nach Diphtherie hat zuerst Richard Schmaltz aufmerksam gemacht.

Woodhead (55) berichtete vor der British medical Association, dass von 5068 Kranken mit bacillärer Diphtherie in London im Jahre 1896 1362, von 1764 Kranken ohne Bacillen *177 Lähmungen* bekamen. Von jenen 1362 Kranken waren 1096 mit Serum (273 Todesfälle), 266 ohne Serum (49 Todesfälle), von diesen 1764 Kranken hingegen 89 mit Serum (31 Todesfälle), 88 ohne Serum (28 Todesfälle) behandelt worden. A. Miller beobachtete 1896—1897 im South Eastern Hospitale 494 Lähmungen, und zwar 185mal Gaumenlähmung, 197mal Strabismus, 10mal Lähmungen anderer Muskeln, 102mal Herzschwäche, die in 91 Fällen zum Tode führte. Er macht weitere Angaben über den zeitlichen Eintritt der einzelnen Lähmungsformen, woraus hervorgeht, dass die meisten Lähmungen zwischen Ende der 1. und Ende der 3. Krankheitwoche zur Beobachtung kamen. 1mal wurde Gaumenlähmung am 60. Tage, Augenlähmung am 91. Tage gesehen. Die Herzlähmung stellte sich meist zwischen dem 5. und 10. Tage, selten schon am 2. Tage ein, 1mal am 54. Tage. Bedrohliche, vorübergehende Herzschwäche bekam ein Kranker noch am 91. Krankheittage. Bezüglich der anatomischen Verhältnisse wird angenommen, dass zunächst die Nervenzellen

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/249

geschädigt werden. Später degeneriren sekundär die Nervenfasern. Dann stellen sich erst die klinischen Erscheinungen der Lähmung ein. Bei Thieren, die zur Messung der Stärke des Heilserums nach der neuen Methode Ehrlich's benutzt werden, stellen sich häufig Lähmungen ein. In der Verhandlung wurde betont, dass seit Anwendung des Serums Lähmungen nicht mehr so häufig seien. Das Serum müsse frühzeitig angewendet werden, ehe degenerative Processe sich entwickelt haben.

Englisch (56) hatte einen 25jähr. Kr. mit Cystitis und vollständiger Blasenlähmung. Diese führte der Kr. auf eine im 10. Lebensjahre überstandene Diphtherie zurück.

Ripperger (57) hält von der örtlichen Behandlung der Diphtherie nichts, wendet sie aber zuweilen aus Politik an (!). Die Serumbehandlung hält er für die beste. Die warm empfohlene Myrrhentinktur hat ihm in 300 Fällen keine befriedigenden Erfolge ergeben.

Sziklai (58) vertheidigt die von ihm empfohlene Pilocarpinbehandlung des diphtherischen und nicht diphtherischen Larynxcroup. Mäser, Rosenfeld, Stadler hatten schlechte, Söderberg gute Erfahrungen damit gemacht.

Remigio Stecchi (59) giebt der Tracheotomie vor der Intubation den Vorzug, da bei letzterer Operation leichter unvorhergesehene Zufälle eintreten, die von der Geschicklichkeit des Arztes nicht abhängig sind.

Ausset (60) vermochte, nachdem der Tubus bei einem Kr. 132 Stunden gelegen hatte, wegen bedrohlicher Asphyxie nicht zu extubiren. Der Kr. ging an Glottiskrampf zu Grunde. Bei der *Sektion* fanden sich Druckgeschwüre im Kehlkopfe.

Eine Beschreibung des grossen Inhalationapparates im Diphtheriepavillon des Kaiser und Kaiserin Friedrich Kinderkrankenhauses in Berlin giebt Baginsky (61). Durch eine (patentirte) Besonderheit der von der Firma *Lautenschläger* gelieferten Einrichtung wird die Abkühlung des Dampfes verhütet.

Schlesinger (62) empfiehlt die Anwendung der Intubation im Privathause, wo er sie 4mal mit Erfolg durchführte. Vorbedingung ist die Anwendung des Heilserums. Brückner (Dresden).

570. **Ein Fall von Milzbrand der Zunge mit Ausgang in Heilung, nebst Bemerkungen zur Behandlung des Milzbrandcarbunkels**; von Dr. Rammstedt. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 19. 1899.)

Da die Pustula maligna der Schleimhäute und besonders der Zunge eine seltene Erkrankung und die Prognose meist sehr ungünstig ist, gewinnt der vorliegende Fall, in dem es unter conservativer Behandlung zur Heilung kam, besonderes Interesse. Neben allen Zeichen einer schweren Mundbodenphlegmone fand man an der unteren Fläche der Zunge, etwa 1 cm hinter der Zungenspitze, eine tief eingezogene, gut markstückgrosse, beinahe kreisrunde, schwarzbraune, brandige Stelle, die auf den Mundboden übergriff. Sie war wie die Zungenoberfläche mit schmierigem Belage bedeckt. Das Fehlen jeder Fluktuation und zweitens die rapid fortschreitende Nekrose der Zungenspitze und die weit ausgedehnte Infiltration des Gesichtes und des Halses machten die Diagnose Anthrax wahrscheinlich. Die bakteriologische Untersuchung wies in den losgelösten Gewebetheilchen, nicht aber im Blut und Sputum, Milzbrandbacillen nach. Da die Erfahrung lehrt, dass die Gangrän sich bei Milzbrand immer in überraschend mässigen Grenzen hält, wurde von jedem chirurgischen Eingriffe abgesehen, um eine Allgemeininfektion nicht zu fördern.

H. Beschorner (Dresden).

571. **Hämatom der weichen Hirnhaut beim Milzbrand des Menschen**; von Dr. Ernst Ziem. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 19. 1899.)

Nach einer Pustula maligna der linken Wange mit ausgedehntem Oedem des Gesichtes und Halses bestanden stärkste Blutinfiltration der weichen Hirnhaut mit zelligfaserstoffigem, bez. rein zelligem Exsudate um die pialen Gefässchen und entzündliche Veränderungen der Gefässwandungen. In dem Blutinfiltrate waren Milzbrandbacillen in grosser Zahl enthalten, zwischen den rothen Blutkörperchen, ebenso um die entzündlich veränderten Gefässe und in diesen selbst in geringer Anzahl, sowie ganz vereinzelt in den Capillaren der Hirnrinde. Von den anderen Organen wurden nur in der Milz Bacillen in geringer Menge nachgewiesen. So gross die Neigung zu Hämorrhagie bei Milzbrandinfektion ist, so ist jene doch meistens capillär und erreicht nur äusserst selten eine derartige Grösse wie im vorliegenden Falle. Z. hält die Milzbranderkrankung der Pia-mater für eine auf dem Lymphwege zu Stande gekommene Metastase, die ihren Ausgang von der lokalen Infektion auf der linken Wange genommen hat. H. Beschorner (Dresden).

572. **Drei seltene Fälle von Complikationen bei Masern**; von A. D. Sotow in Petersburg. (Jahrb. f. Kinderhkde. L. 1 u. 2. p. 1. 1899.)

1) Ein 1jähr., erblich nicht belasteter Knabe wurde 1 Monat nach der Masernerkrankung von Zittern befallen, zunächst in den linken Gliedmaassen, später am Kopfe, schliesslich auch an den rechten Extremitäten. Keine Störung der Sensibilität, keine Lähmungen und Contrakturen. Unter Verabreichung von Natrium bromatum in 6 Wochen Heilung. Als Ursache der Störung sieht S. die Erschöpfung des Nervensystems durch die Masern an.

2) Ein 4jähr. Knabe bekam im Prodromalstadium und während der Masernerkrankung epileptische Anfälle, die nach 3wöchiger Ruhe wiederkehrten. Dabei war das Kind psychisch verändert. Zustände von Apathie wechselten mit Anfällen starker Erregung, Bewusstseinstörung ab. Im Stuhle Eier von Taenia nana. Die Abtreibung des Parasiten misslang. Das Kind wurde ungeheilt entlassen. S. erklärt den Zustand für „schnell vorübergehende akute Psychose maniakalischen Charakters", die der Maserninfektion, nicht der Anwesenheit des Bandwurms zugeschrieben werden muss. Im Anschlusse an diese Beobachtung bespricht S. die einschlägige Literatur.

3) Ein 9jähr. Mädchen bekam während der Masern Kopfschmerzen und Erbrechen. Allmählich nahm das Sehvermögen erheblich ab. Als Ursache der Sehstörung wurde eine Retinitis albuminurica festgestellt. Im Urin war niemals Eiweiss gefunden worden. Ebenso fehlten Cylinder und Nierenepithelien. Mit Rücksicht hierauf benennt S. die Affektion Retinitis pseudoalbuminurica. Ein Fall von echter Retinitis albuminurica nach Masern ist von Horner beschrieben worden.

Brückner (Dresden).

573. **Ueber zwei Fälle von Tetanie**; von Dr. Fritz Ast. (Arch. f. klin. Med. LXIII. 1 u. 2. p. 193. 1899.)

Von den beiden Tetaniekranken A.'s, von denen einer als geheilt entlassen wurde, der andere gebessert sich

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/250

der Beobachtung entzog, war der erste in Folge einer einige Monate vorher vorgenommenen Schilddrüsenexstirpation erkrankt, der zweite muss dagegen als echter Fall von idiopathischer Tetanie aufgefasst werden, obwohl das für die Diagnose einer Infektionkrankheit immerhin werthvolle Symptom des epidemischen Auftretens fehlt. Bezüglich des Wesens der Tetanie und des Sitzes der Erkrankung, über die bisher noch keine Einigung erzielt werden konnte, geben auch diese Fälle keinen Aufschluss. A. führt die bisher maassgebenden Ansichten an, ohne sich einer derselben anzuschliessen.

H. Beschorner (Dresden).

574. **Sur quelques cas d'albuminurie familiale (forme intermittente)**; par Paul Londe. (Arch. gén. de Méd. N. S. II. 3. p. 257. Sept. 1899.)

In 6 bezüglich des Nervenzustandes *erblich* stark *belasteten* Familien beobachtete L. an den Abkömmlingen (Kindern und Geschwisterkindern) wiederholte, aber flüchtige Anfälle von Eiweissharnen, die (abgesehen von Magenbeschwerden) keine schwereren Störungen verursachten, keine Nierenerkrankung hinterliessen und offenbar von keiner Nierenerkrankung verursacht waren. Rückfälle der in der Jugend auftretenden Störung waren häufig und traten bei weiblichen Kranken unter Anderem auch anlässlich einer Schwangerschaft oder Störung des Monatsflusses wieder auf.

L. hält diese Störung für eine *Entartungserscheinung*.

Radestock (Blasewitz).

575. **Sulla cura della pneumonite**; per E. De Renzi. (Policlin. V. 5. p. 101. 1898.)

Der Neapolitaner Kliniker tritt mit Nachdruck für die Serumbehandlung der Lungenentzündung ein. Seit 1896 wendet er das Pane'sche Serum mit Vorliebe bei schwer Kranken an und mit sehr gutem Erfolge: die früher 24% betragende Mortalität sank auf 9%. Nach der Einspritzung einer hinreichenden Menge des Serum wurde stets ein bedeutender Temperaturabfall beobachtet und oft trat dauernde Entfieberung ein, obgleich der Process in den Lungen noch nicht abgelaufen war. Ausserdem wurde das Allgemeinbefinden der Kranken auf das Günstigste beeinflusst. Der Verlauf der Lungenerkrankung selber schien allerdings kaum abgekürzt zu werden. Zwei ganz schwer Kranke wurden durch intravenöse Einspritzungen gerettet.

De R. hält nach seinen Erfahrungen die Serumbehandlung der Lungenentzündung für das einzige rationelle und das bei Weitem wirksamste Heilverfahren und hofft, dass die neue Methode sich auch bei der Behandlung der vielen anderen auf Pneumokokkeninfektion beruhenden Krankheiten bewähren werde.

Janssen (Rom).

576. **Gangrène curable des poumons de Lasègue un mode de gangrène du poumon dépendant de la modification des extrémités dilatées des bronches de Briquet**; par le Dr. Noïca. (Arch. de Méd. expérim. XI. 5. p. 643. 1899.)

Die Untersuchungen N.'s deuteten darauf hin, dass bei aller Aehnlichkeit, die die faulige Luftröhrenentzündung (nach Lasègue) und der wirkliche Lungenbrand (nach Briquet) haben und, obwohl beide scheinbar durch *ein und dasselbe Gift* verursacht werden, sie sich doch *im Verlaufe scharf unterscheiden;* denn während erstere zur Heilung neigt, verläuft letzterer tödtlich. Indess kann die letztere Form (in Folge Durchbruchs einer Höhlung) aus der ersteren, meist unter dem Bilde des Rückfalls, hervorgehen.

[Eingehende Untersuchungen über den, bez. die Krankheiterreger mangeln bedauerlicher Weise dieser sonst gründlichen Arbeit. Ref.]

Radestock (Blasewitz).

577. **Di un caso singolare di alterazione del ritmo respiratorio, osservato in un choreico**; per G. B. Pignatti Morano. (Giorn. internaz. delle Sc. med. 1898.)

9jähr. nervöser schwächlicher Knabe, dessen Mutter hysterisch ist. Seit 3—4 Jahren nächtliches Aufschrecken. 4 Wochen vor dem Eintritte in die Galvagni'sche Klinik Erwachen mit starkem Angst- und Beklemmungsgefühl; sehr beschleunigte Athmung; choreatische Bewegungen mit den Armen und Händen. Den ganzen Tag bei grosser Unruhe dieselben Erscheinungen; erst Abends im Schlafe wieder ruhige Athmung. 3 Tage nach einander dasselbe Bild. Allmählich liessen die Unruhe und die ungeordneten Bewegungen nach, während die Athmungstörung noch fortbestand. Auffallend war zunächst die hohe Frequenz der Athmung (90—130), dann der vorwiegend abdominale Typus; dabei war die Respiration nicht angestrengt und im Ganzen regelmässig. Wie die Athmungscurven zeigen, handelte es sich aber nicht um eine einfache Beschleunigung der Athemzüge, sondern es wurden statt *einer* zeitlich normalen Athembewegung jedesmal 2 (zu anderen Zeiten jedesmal 3) schnell auf einander folgende ausgeführt, von denen die zweite, bez. dritte, eine etwas längere Exspiration aufwies. So kommt eine 2mal oder 3mal so hohe Athmungsfrequenz heraus. Willkürlich konnte das Kind ein paar tiefe Athemzüge machen, um aber alsbald in die gewöhnliche Art der Athmung zurückzufallen. Beim Sprechen wurde die Respiration ruhiger, so dass die Sprache nicht beeinträchtigt war. Im Schlafe hörte die Störung ganz auf (Zahl der Athemzüge dann nur 24—28); es trat aber fast regelmässig nächtliches Aufschrecken ein. Die inneren Organe unverändert, keine Nasen- und Rachenerkrankungen, auch keine sonstigen nervösen Störungen, namentlich keine hysterischen Symptome. Nach $1^1/_2$ Monaten bei einer zweckmässigen Allgemeinbehandlung Verschwinden des nächtlichen Aufschreckens und erhebliche Besserung, wenn auch keine vollständige Heilung der Athmungsanomalie.

Bei der Durchsicht der einschlägigen Literatur findet P. M. nur einen einzigen von Fedeli beobachteten Fall, in dem die Athmungsform an die oben beschriebene erinnert; es handelte sich aber um eine Hysterische, bei der die Störung anfallsweise auftrat. Bei der von Ferrand beschriebenen „Chorea respiratoria" wechselten bald mehr, bald weniger (4—9) überstürzte Athemzüge mit einer tiefen Respiration ab. Demnach wäre der P. M.'sche Fall der einzige, bei dem die Monate lang in gleicher Weise fortbestehende Athmungsbeschleunigung auf eine Verdoppelung oder Verdrei-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/251

fachung der einzelnen Respirationakte zurückzuführen wäre.

Wenn auch im Beginne der Krankheit choreatische Bewegungen zur Beobachtung kamen, so möchte P. M. die Respirationstörung bei ihrem regelmässigen Charakter doch nicht für eine besondere Form der Chorea respiratoria halten, sie vielmehr lieber den hysterischen Athmungsanomalien anreihen. Allerdings bot der Kranke keine sonstigen hysterischen Symptome; es bestand aber die erbliche Anlage und eine starke nervöse Reizbarkeit.

Janssen (Rom).

578. **The probable parental form of the sharp-tailed Filaria found in the blood of the aboriginals of British Guiana**; by C. W. Daniels. (Brit. med. Journ. June 17. 1899.)

Die Filariaembryonen kommen im Blute der Eingeborenen von Britisch Guiana in 2 Formen, der spitz- und der stumpfgeschwänzten, vor. Als Eltern der stumpfgeschwänzten Form hat D. im Jahre 1898 (Brit. med. Journ. April 16. 1898) mehrere erwachsene Filarien bei 2 Eingeborenen beschrieben, die Manson (Ebenda Dec. 25. 1897) provisorisch als Filaria Ozzardi bezeichnet hatte. Neuerdings fand D. bei der Sektion eines 3. Eingeborenen, dessen Blut spitz- und stumpfschwänzige Embryonen enthielt, in dem subperitonäalen Zellengewebe unter der vorderen Bauchwand mehrere erwachsene Filarien derselben Art, sowie ein Weibchen und Theile eines Männchens, die die Eltern der spitzgeschwänzten Form von Embryonen zu sein schienen und der Filaria Bancrofti entsprachen. Diese Filaria, die nach Manson mit der afrikanischen Filaria perstans identisch ist, unterscheidet sich wesentlich von der anderen Form durch den kleineren Kopf, die grössere Körperlänge und die Abwesenheit von caudalen Hautanhängseln; auch ist das Schwanzende keulenförmig verdickt. Bei dem verhältnissmässig kleineren Kopfe und stärkerem Körperbau vermag diese Filaria viel leichter in das Zellengewebe einzudringen, wird daher viel schwieriger aufgefunden und ist von D. wiederholt vergebens gesucht worden. Eine genauere Untersuchung und Beschreibung des Körperbaues behält sich D. für später vor.

H. Meissner (Leipzig).

579. **Ein Fall von Balantidium coli bei einem 5jähr. Mädchen;** von Shegalow in Petersburg. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLIV. 4. p. 425. 1899.)

Sh. fand in den Ausleerungen eines an hartnäckiger Colitis leidenden 5jähr. Mädchens das Balantidium coli. Auf Grund der von ihm ausgeführten Untersuchungen und Literaturstudien kommt er zu folgenden Schlüssen: „1) Die Pathogenese des Balantidium coli kann für den Menschen nicht als erwiesen betrachtet werden. 2) Die Infektion kann nur durch incystirte Formen vor sich gehen; die Bedingungen, unter welchen sich diese Dauerformen bilden, sind wahrscheinlich ziemlich complicirt. 3) Der Parasit entwickelt sich augenscheinlich nur auf der afficirten Schleimhaut des Darmes; bei gesunden Menschen, selbst bei denen, welche die günstigste Gelegenheit zur Infektion hatten, wurde Balantidium coli nicht nachgewiesen. 4) Das Balantidium coli lebt im Schleim des Dickdarmes und die Zahl der in den ausgeschiedenen Exkrementen vorhandenen Parasiten hängt augenscheinlich von der reichlicheren oder geringeren Ausscheidung derselben ab. 5) Die Prognose bei Balantidium coli ist nicht abhängig von der Zahl der Parasiten, sondern nur allein erstens vom Allgemeinzustand des Patienten und zweitens von dem Grade der anatomischen Veränderungen im Darme. 6) Als bestes Mittel zur Austreibung der Parasiten erweist sich, entsprechend unseren Beobachtungen, die Verordnung von grossen Dosen Tannalbin und Wismuth innerlich. 7) 85% der Mittheilungen über den Parasiten stammen aus der Klinik, ein Faktum, welches darauf hinweist, dass nicht immer und nicht in allen Fällen die Ausleerungen untersucht werden. Eine solche Untersuchung ist wünschenswerth in allen Fällen von Darmerkrankungen, bei Kindern aber direkt nothwendig."

Brückner (Dresden).

580. **Zur Casuistik der Gesichtsfurunkel**; von Dr. Lympius in Kaiserswerth a. Rh. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 2. 1899.)

Nach einem Hinweis auf die Gefährlichkeit derjenigen Schwären, die im Gesicht ihren Sitz haben, theilt L. zunächst eine Krankengeschichte mit, in der im Anschlusse an einen Gesichtsfurunkel mehrfache Gelenkvereiterungen und eiterige Mittelohrentzündung auftraten; der Fall lief in völlige Genesung aus. Bemerkenswerther ist der zweite Fall, in dem der Kranke nach scheinbarer Heilung $^1/_4$ Jahr später an Gehirnvereiterung starb. Hier war es offenbar von den mit Eiter durchsetzten Gesichtsvenen aus zu einer eiterigen Durchsetzung der Blutleiter der harten Hirnhaut und von letzteren aus zum Durchbruch des Eiters in das Hirn gekommen.

Radestock (Blasewitz).

581. **Zur Histologie der Klauenseuche (Dermatosis zoonotica)**; von Dr. Th. Mayer. Mit 2 Tafeln. (Dermatol. Ztschr. V. 6. p. 790. 1898.)

Von der bei Thieren so häufigen infektiösen Krankheit sind nur wenige Uebertragungen auf den Menschen bekannt geworden. M. theilt einen Fall aus der Lassar'schen Klinik mit, der einen Schlächtergesellen betraf.

Dieser verletzte sich, als er mit Eingeweiden und Abfällen hantirte, die aus einem klauenseucheverdächtigen Orte stammten, an einem Drahtnagel an der linken Hand in der Gegend des Daumens. Die beiden kleinen gekratzten Stellen rötheten sich und schwollen an. Drei Tage später trat in der Mitte der angeschwollenen Partien Blasenbildung ein, die unter gleichzeitiger, scharf begrenzter Erhebung der vorher nur ödematösen Umgebung

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/252

allmählich gegen den Rand fortschritt; es entstanden alsdann 2 etwa 3 mm hohe längliche Herde von 8:2.5 und 5:2.5 cm von ziemlicher Härte und blaurother Farbe auf völlig unversehrter Haut. Geringe Schwellung der regionären Lymphdrüsen. Keine Störung des Allgemeinbefindens. Die Krankheitherde wurden in toto exstirpirt.

Die bakteriologische Untersuchung ergab kein Resultat. Die histologische Untersuchung zeigte, dass zunächst eine starke Hyperämie der oberflächlichen Cutisgefässe mit seröser Exsudation entstanden war, gleichzeitig hatte eine Proliferation der fixen Bindegewebezellen stattgefunden; endlich hatte auch die Epidermis, die sich zuerst eine Zeit lang passiv verhalten hatte, begonnen, mächtig zu wuchern; dazu waren alsdann parakeratotische Vorgänge getreten. Wermann (Dresden).

582. **Die Haut bei schwangeren und genitalkranken Frauen**; von Dr. Hermann W. Freund. (Verhandl. d. deutschen dermatol. Gesellsch. 6. Congress p. 408. 1899.)

Fr. hat seit Jahren als constantes Symptom der Haut bei Schwangeren den Dermographismus beobachtet. Streicht man mit dem Fingernagel oder einem Bleistiftende sanft über die Haut, so entsteht nach einigen Sekunden eine rosarothe Zeichnung, die immer stark gefärbt erscheint und sich aus dem Niveau der Haut erhebt. Nach 10 Min. verschwindet die Erscheinung wieder, kann aber bis zu 3 Stunden bestehen. Häufig ist die rothe Zone rechts und links von einer anämischen Linie begrenzt. Lieblingstellen für den Dermographismus sind die Haut der Brust, besonders über dem Sternum, die des Rückens, besonders zwischen und über den Schulterblättern und die des Bauches, die dem jeweiligen Stande des Fundus uteri entspricht. Die Erscheinung tritt schon in der ersten Zeit der Schwangerschaft auf und hält bis durch das Wochenbett an. Der Dermographismus ist jedoch nicht für die Schwangerschaft charakteristisch, er zeigt sich bei Frauen zur Zeit der Menstruation, wenn auch in geringeren Graden; bei Personen mit Krankheiten der Ovarien oder ihrer direkten Umgebung; nach Entfernung der Ovarien und im Klimakterium erlischt diese Disposition der Haut. Bei Chlorotischen fehlt sie ebenfalls. Diese Befunde weisen auf einen entscheidenden Einfluss der Eierstocksfunktion auf die physiologischen, speciell die periodischen Veränderungen im weiblichen Körper hin, die alle Generationvorgänge charakterisiren.

Eine lebhafte Mitbetheiligung der Haut an Veränderungen der inneren Genitalorgane, vielleicht eine gewisse constitutionelle Schwäche der Haut, beweist ferner das ungemein häufige Auftreten von multiplen kleinen Hauttumoren (kleinen Angiomen, pigmentirten Warzen, Naevis, seltener grösseren Fibromen, Lipomen, Cavernomen) bei Frauen mit Tumoren der inneren Geschlechtsorgane.

Endlich werden bei weiblichen Geschlechtskrankheiten noch Ausschläge, abnorme Behaarung und Schuppenbildung beobachtet.

Wermann (Dresden).

583. **1) Ueber eine Veränderung der Lippen- und Mundschleimhaut, bestehend in der Entwickelung atrophischer Talgdrüsen**; von Audry. Mit 1 Tafel. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIX. 3. p. 101. 1899.)

2) Ueber die Entwickelung von Talgdrüsen in der Schleimhaut des Mundes *(Notiz zum vorstehenden Aufsatze von Audry)*; von Delbanco. (Ebenda p. 104.)

1) Fordyce beschrieb 1896 folgende Veränderung: Es findet sich überaus häufig bei männlichen Erwachsenen, spärlich bei weiblichen, selten beim Greise und nur ganz ausnahmeweise beim Kinde, eine Anomalie der Lippen- und Mundschleimhaut, die sich unter dem Bilde miliarer, feinster, gelbweisser, unmittelbar unter dem Epithel liegender Körnchen darstellt. Audry untersuchte eine derartige Schleimhautstelle mikroskopisch und fand, dass jedes Körnchen einer Talgdrüse oder einem Talgdrüsenläppchen entsprach. Es handelte sich theils um subepitheliale normale Talgdrüsen, theils um sowohl atrophische als gut entwickelte, wenn auch kleine, intraepitheliale (inmitten der tiefen Schichten des Epithels gelegene) Talgdrüsen. Alle Drüsen hatten Ausführungsgänge. Haare fehlten, doch zeigten einige der besser entwickelten subepithelialen Drüsen im Ausführungskanal eine Garbe durch Pikrocarmin stark gelb gefärbter Schüppchen, die sich am oberen Ende pinselförmig aufsplitterte, indem sie die Mündung des Kanals überragte. A. nimmt an, dass es sich um verirrte Keime handelt, die aus dem fötalen Leben stammen und sich in der Pubertät und zu derselben Zeit mit den Kopf- und Schnurrbarthaaren entwickeln, es sind dies Rudimente von Haaren in der Wangenschleimhaut.

Von anatomischer Seite ist das Vorkommen von Talgdrüsen in der Schleimhaut der Lippen festgestellt worden. Sie kommen auch auf der Schleimhaut der kleinen Schamlippen vor.

2) Delbanco berichtete im Jahre 1898 und 1899 über 2 Kranke, die die gleiche Drüsenhypertrophie der Mundschleimhaut aufwiesen. Die Körner verliefen entsprechend den gegenüberstehenden Zahnreihen und schienen durch Druckreiz entstanden zu sein. Beide Patienten litten an Quecksilbersalivation und hatten vorher diese Erscheinung nicht aufgewiesen. Die mikroskopische Untersuchung ergab hypertrophische Talgdrüsen.

Wermann (Dresden).

584. **Erythromelalgie und Hautatrophie**; von R. Schütz. (Dermatol. Ztschr. VI. 3. p. 297. 1899.)

Die 49jähr. Pat. hatte von Jugend auf viel an Malaria gelitten, seit 20 Jahren im Anschlusse an einen akuten Gelenkrheumatismus häufig arthritische Beschwerden gehabt und war schon lange sehr nervös gewesen. Vor $3^1/_2$ Jahren entwickelte sich auf der Streckseite des linken Unterarmes und der linken Hand eine venöse Röthe unter häufigen Anfällen heftigster brennender Schmerzen, dabei schwollen die Venen des Handrückens an. Bewegung

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/253

und Wärme besserten den Zustand. Von vornherein bestanden auch cerebrale Symptome, Kopfschmerzen, heftiges Schwindelgefühl und Sausen im Kopfe, zuweilen Schwerhörigkeit. Gleichzeitig verschlechterte sich das Allgemeinbefinden. Das Gesicht zeigte eine blaurothe Verfärbung, namentlich der Wangen, die sich heiss anfühlten.

Neben der cyanotischen Färbung zeigte die Haut des Handrückens eine merkwürdige Faltung, Knitterung und Glanz; sie fühlte sich meist kühl, zuweilen heiss an; die Venen traten stärker hervor; am Ellenbogenhöcker fanden sich eigenthümliche bräunliche kleine Pigmentflecke. Der Zustand der Haut entsprach demnach der Erythromelalgie und gleichzeitig der diffusen idiopathischen Hautatrophie.

In der Literatur finden sich bei der Erythromelalgie des Oefteren Symptome vermerkt, die anscheinend mehr zu dem Bilde der Hautatrophie gehören, so Versiegen der Schweisssekretion und Verschwinden der Behaarung als Folge einer Atrophie der Schweissdrüsen und der Haarbälge; in einem Falle scheint sogar eine ähnliche Beobachtung vorzuliegen (Eulenburg), die Haut der Hand war eigenthümlich welk, spröde, so, als ob sie viel zu weit wäre. Bei beiden Erkrankungen scheinen Kälte und Feuchtigkeit ätiologisch wirksam zu sein. Es lässt sich hiernach annehmen, dass die chronische erythromelalgische Stauungshyperämie schliesslich zum Gewebeschwund in der erkrankten Haut führt, möglicher Weise gehört ein Theil der mitgetheilten Fälle von Erythromelalgie, die rein lokale Erscheinungen aufweisen, mehr in das Gebiet der idiopathischen Hautatrophie.

Therapeutisch war die Anwendung des galvanischen Stromes von gutem Erfolg.

Wermann (Dresden).

585. **Studien über Depigmentirungen**; von Dr. J. Fryding. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXVIII. 9. p, 437. 1899.)

Auf Veranlassung Unna's führte Fr. in dessen Laboratorium Depigmentirungsversuche an dem stark pigmentirten Haar eines Japaners aus mit verschiedenen bleichenden oxydirenden Substanzen. Am kräftigsten wirkte das Natriumsuperoxyd; 0.04 mit 1 ccm Wasser (es findet dabei, eben so wie beim Baryumsuperoxyd, sogleich eine Zersetzung statt und das Hydrat geht in Lösung) brachte völlige Depigmentirung hervor in 1 Stunde, 0.02 nach 2, 0.01 nach 3 Stunden; 5proc. Calc. chlorat. entfärbte nach 3, 2.5proc. nach 4 und 1proc. nach 5 Stunden; Liquor natr. hypochlor. unverdünnt nach 5—6 Stunden; Sol. calc. bisulphuros. nach 24, Wasserstoffsuperoxyd nach 48 und Baryumsuperoxyd nach mehr als 48 Stunden.

Auf Schnitte von Negerhaut gebracht schienen diese Mittel sowohl auf das Pigment des Corium, wie das der Epidermis einzuwirken. Einspritzungen von Liqu. natr. hypochlor. in die lebende Kaninchenhaut an stark pigmentirten Stellen bewirkten eine nahezu vollständige Depigmentirung von Haut und Haaren; die herausgeschnittene Haut zeigte, mit Orcein und polychromatischer Methylenblaulösung behandelt, eine gute Färbung des wohlerhaltenen Protoplasma und Collagens. Es gelingt demnach, in vivo das Pigment des Corium und der Epidermis zu zerstören, ohne dass das Gewebe eine namhafte Beschädigung erleidet.

Wermann (Dresden).

586. **Serotaxis durch Aetzkalilösungen,** *eine neue Methode zur Diagnose und gleichzeitig zur Therapie von Hautkrankheiten (speciell des Lupus);* von Frickenhaus. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXVIII. 3. p. 121. 1899.)

Kalilauge schmilzt die Gewebe ein und leitet einen regen serösen Diffussionstrom nach der Haut. Fr. stellte in der Unna'schen Klinik Versuche an, zu diagnostischen Zwecken einen solchen Flüssigkeitstrom zu erzeugen, und konnte z. B. bei Lupus in dem hervorgelockten Serum Tuberkelbacillen nachweisen. Es wurde eine Liq. kali caust. 1, Aq. font. 3 Theile enthaltende Lösung (= 3.7proc.) benutzt bei erhaltener Hornschicht, bei zerstörter genügte eine 1proc. Lösung, isolirte Lupusknötchen in hartem Gewebe verlangten stärkere Lösungen, eventuell die officinelle Kalilauge (= 15proc.).

Für therapeutische Zwecke leisteten diese verdünnten Lösungen aber auch sehr Befriedigendes. Die officinelle Kalilauge wurde nur zur Entfernung der Hornschicht benutzt, alsdann aber mit 1—3.7proc. Lösung geätzt; der Schmerz war nach wenigen Minuten verschwunden; es wurde 2 bis 3 Tage hinter einander geätzt, alsdann 8 oder mehr Tage pausirt und hierauf das Verfahren wiederholt. Zuerst wurden feuchte Verbände, dann Salben- oder Pasten-, Leim- und Collodiumverbände angelegt. Es gelang auf diese Weise, besonders in Gruppen stehende Lupusknötchen in überraschend kurzer Zeit zu vollständiger Heilung zn bringen.

Fr. hält das Verfahren auch für angezeigt bei Ulerythem (Lupus erythematosus); er gewann aus Ulerythemserum einen eigenthümlichen Organismus, den er für specifisch halten möchte. Vielleicht ist die Methode auch bei Favus und Trichophytie der behaarten Kopfhaut therapeutisch verwerthbar. Ein seit 15 Jahren bestehendes Ekzem des Gesichts, das auf andere Mittel nur langsam reagirte, wurde im Verlauf weniger Wochen zu gänzlicher Abheilung gebracht. Die Nachbehandlung bestand dabei lediglich in der Applikation von Collodium an umschriebenen Stellen, sowie von Zinkichthyolsalbenmull.

Wermann (Dresden).

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/254

VII. Geburtshülfe, Frauen- und Kinderheilkunde.

587. **Die Prophylaxe der Sepsis bei Laparotomieen und bei Eingriffen am Uterus**; von B. Credé in Dresden. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. VIII. 6. p. 583. 1898.)

C. empfiehlt bei Eingriffen in der Bauchhöhle in die gefährdetsten Stellen der Höhlen und Wunden zur Verhütung der Infektion Pillen aus löslichem metallischen Silber einzulegen (enthaltend 0.05 Argent. colloid., eben so viel Milchzucker, eine Spur von Glycerin). Er hat bei 16 Bauchoperationen bis zu 4 Pillen eingelegt, glaubt aber, dass man ohne Nachtheil bis zu 10 gehen könne. Tritt trotzdem eine allgemeine Sepsis ein, so hält C. eine energische Schmierkur mit seiner Silbersalbe und eventuell nach Eröffnung der Bauchhöhle eine Auswaschung mit Itrol- oder Actollösung für angezeigt. Bei Eingriffen in der Gebärmutterhöhle führt C. 1—3 Pillen in einen Gazestreifen eingewickelt ein. Diese Gaze bleibt 5 Tage liegen. Von da ab werden entweder noch einmal Pillen eingelegt oder Ausspülungen mit Itrol 1:4—8000 gemacht oder nur äussere Reinigung vorgenommen. Zum Schlusse empfiehlt C. sein Silbercatgut und seine Silberseide. [Auffallend ist, dass trotz der von Credé seit 1896 so oft veröffentlichten Erfolge die Methode sich bei den deutschen Fachleuten wenig Eingang verschafft hat. Im anderen Falle würde man jedenfalls auch mehr von Misserfolgen gehört haben. Ref.]

J. Praeger (Chemnitz).

588. **Beitrag zur Colpo-Coeliotomia posterior, insbesondere ihre Verbindung mit der Alexander-Adams'schen Operation**; von Dr. Otto Fuchs. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 4. p. 474. 1899.)

Im Breslauer Allerheiligenhospital wurde der vordere Scheidenbauchschnitt relativ selten angewandt, sehr häufig dagegen als ungleich leichterer Eingriff, der hintere Scheidenbauchschnitt. F. berichtet über 31 Fälle von hinterem Scheidenbauchschnitt mit 1 Todesfall bei echter Perimetritis mit abgekapseltem Exsudat.

In den meisten Fällen gaben Adhäsionen des Uterus und der Adnexe die Anzeige zur Operation ab. Die Leichtigkeit, mit der sich selbst verwachsene Ovarien auf diesem Wege entfernen lassen, hebt F. besonders hervor. Ferner gaben cystische Degenerationen der Ovarien, bez. Ovarialkystome Veranlassung zur Operation. Auch eine Tubengravidität wurde auf diesem Wege operirt; die schwangere Tube lag hinter dem Uterus direkt dem Douglas'schen Raume auf. Bei einer Reihe von Patientinnen wurde ferner der hintere Scheidenbauchschnitt in Verbindung mit der Alexander-Adams'schen Operation gemacht; es wurden zuerst die Adhäsionen hinten gelöst, bez. veränderte Adnexe entfernt und dann der mobil gemachte Uterus durch Verkürzung der Ligg. rotunda vom Leistenkanal aus richtig gelagert.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

589. **Ueber Eierstockstuberkulose**; von Dr. Urfey. (Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. II. 1. p. 78. 1899.)

U. theilt zunächst eine Beobachtung von primärer Tuberkulose der Geschlechtsorgane mit.

Eine 25jähr. Frau, seit $3^1/_2$ Jahren steril verheirathet, klagte seit $^1/_4$ Jahr über Unterleibsschmerzen, besonders auf der rechten Seite. An Stelle des rechten Ovarium befand sich ein apfelgrosser unbeweglicher Tumor. Laparotomie. Bei der Enukleation des sich tief nach rechts abwärts in den Douglas'schen Raum erstreckenden Tumor platzte dieser. Typische Abbindung und Entfernung der rechten Adnexe. Vorübergehende Fiebersteigerungen. Am 19. Tage nach der Operation geheilt entlassen. Die anatomische Untersuchung ergab Tuberkulose der Tuben und Ovarien. Die Erkrankung der Ovarien war nach U. sekundär im Anschlusse an die Tubentuberkulose entstanden. Die Dicke der Bindegewebekapsel, sowie die fortgeschrittene Verkäsung sprachen dafür, dass es sich um einen schon älteren Process gehandelt hat. Das Peritonaeum zeigte keine Spur von Tuberkelbildung.

Im Anschlusse theilt U. noch einen Fall von Tuberkulose des Bauchfells mit, in dem anfangs nach dem makroskopischen Befunde auch eine Betheiligung der Ovarien angenommen war, während sich später herausstellte, dass es sich um ein typisches Endotheliom des Ovarium handelte, dessen Zellen eine auffallende Neigung zur Quellung und schleimigen Degeneration hatten.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

590. **Chlorose aiguë liée à l'existence probable d'une ovarite aiguë**; par G. Etienne et J. Demange, Nancy. (Presse méd. VII. 22. 1899.)

Bei einem 17jähr. Mädchen, das bisher gesund gewesen war, traten nach einer Fehlgeburt vor 2 Monaten mit reichlichem Blutverlust Leibschmerzen, Erbrechen, Fieber und eine Anschwellung in der linken Beckenhälfte auf, an die sich dann die typischen Zeichen der Chlorose anschlossen. Die Blutuntersuchung ergab eine Verminderung der rothen Blutkörperchen. Unter Bettruhe, Milchdiät und Ovarin besserte sich der Zustand, die anfangs geringe Periode wurde reichlicher, die Zahl der rothen Blutkörperchen nahm zu.

E. u. D. sahen die Chlorose als die Wirkung einer Selbstvergiftung durch Ausfall der Eierstocksfunktion an. Träte die innere Sekretion des Eierstocks nicht ein, so würden gewisse Körpergifte nicht zerstört. Mit Wiedereintreten der Eierstocksfunktion, die man durch Eierstockspräparate unterstützen könne, schwände die Chlorose. Als Organ der inneren Sekretion nahmen sie das Corpus luteum an. E. u. D. glauben, dass in ihrem Falle in Folge der Entzündung die innere Sekretion des Corpus luteum unterdrückt worden sei und in Folge dessen die Chlorose eingetreten sei.

[Der Fall erscheint wenig geeignet die Hypothese E.'s u. D.'s zu unterstützen. Die im Anschlusse an die Fehlgeburt eingetretene infektiöse Adnexerkrankung war zweifellos die Ursache dafür, dass der bei der Fehlgeburt stattgehabte Blutverlust nicht in der üblichen Zeit ergänzt werden konnte und die Erscheinungen der Chlorose bewirkte. Ref.] J. Praeger (Chemnitz).

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/255

591. **Experimente zur Herbeiführung der Unwegsamkeit der Eileiter**; von L. Fraenkel. (Arch. f. Gynäkol. LVIII. 2. p. 374. 1899.)

An einer grösseren Anzahl von Kaninchen wurde auf verschiedenen Wegen versucht, den Eileiter für Ovulum und Sperma undurchgängig zu machen. In Anwendung kamen Unterbindung, Durchschneidung und Resektion mit verschiedenen Modifikationen der Versuche. An Serienschnitten wurde später unter dem Mikroskop festgestellt, ob der Verschluss der Tube gelungen sei oder nicht. Die Resultate waren recht ungünstig. Nur in den wenigsten Fällen trat eine Atresie ein, die noch dazu bei keiner der angewandten Methoden regelmässig war. Der Kanal blieb meist durchgängig, häufig auch schnitt der Faden ein und schuf so eine neue Oeffnung. Den Operationen, auch wenn sie aseptisch verliefen, folgten ausserdem vielfach als eventuell recht unangenehme Complikationen Hydrosalpinx und peritonäale Adhäsionen. Versuche am Uterushorn, also an einem bedeutend dickeren Rohre mit grösserem Lumen als das der Tube, gaben ähnlich ungenügende Resultate.

Auf Grund dieser Versuche ist für die gynäkologische Praxis davon abzurathen, zur Herbeiführung der Sterilität sich der Tubenligatur zu bedienen. Nur die vollkommene Entfernung der Tube bei keilförmiger Excision aus dem Uterus und sorgsame Peritonäalnaht verhüten sicher die Schwangerschaft. Dasselbe Verfahren ist bei Adnexoperationen geboten, wenn man die Möglichkeit einer späteren Infektion der Bauchhöhle vom Uteruscavum aus sicher ausschalten will.

Brosin (Dresden).

592. **Les pédicules vasculaires de l'utérus.** *(Ligament large. Gaîne hypogastrique. Fossette ovarienne)*; par Pierre Fredet. (Ann. de Gynécol. XXVI. p. 365. Mai 1899.)

F. giebt eine genaue anatomische Beschreibung der aus dem Strang der Vasa spermatica und aus dem Hauptgefässstiel der Gebärmutter, der die Aorta und Vena uterin., die Gefässe der Scheide, der Blase und auch der Harnleiter in enger Verbindung enthält, bestehenden Blutversorgung der Gebärmutter und der fötalen Entwickelung des die Gefässe einschliessenden breiten Mutterbandes. Die die Gefässe enthaltenden Stränge dienen gleichzeitig als Befestigungsmittel der Gebärmutter, der Gefässstrang der Vasa sperm. auch zur Befestigung des Eileiters und des Eierstockes. Auf Grund der anatomischen Betrachtungen schildert F. ein Verfahren der Totalexstirpation der Gebärmutter vom Bauche aus, das ziemlich dem von Terrier ausgeübten gleicht: Zuerst wird das breite Mutterband zwischen rundem Mutterband und Eileiter jederseits gespalten; die beiden Blätter des Bandes werden stumpf getrennt und der tiefere Gefässstiel (gaîne hypogastrique) leicht freigelegt; dann werden die runden Mutterbänder, sowie die Vasa spermatica (nahe an der Beckenwand) doppelt unterbunden und durchtrennt. Beide Schnitte werden vorn verbunden und die Blase abgelöst, sowohl von der Gebärmutter als seitlich, so dass der Gefässstiel der Blase von dem utero-vaginalen entfernt wird. Ebenso wird hinten das Bauchfell angeschnitten und abgestreift und die Hinterfläche des uterinen Gefässstiels noch besser freigelegt. Jetzt hängt die Gebärmutter beiderseits nur noch am uterinen Gefässstiel. Zieht man nun die Gebärmutter stark nach oben und seitlich, so entfernt sie sich vom Harnleiter und man kann die Art. uterin. an der Stelle abbinden, wo sich der Harnleiter vom Gefässstiel trennt. Zum Schlusse bleibt noch die Eröffnung und Abtrennung der Scheide, bez. die quere Abschneidung des Gebärmutterhalses übrig, je nachdem man die völlige oder die supravaginale Exstirpation vornehmen will, und die Vereinigung der Bauchfelllappen.

J. Praeger (Chemnitz).

593. **Ein Fall von Kystadenoma papillare proliferum des Uterus**; von Dr. Karl Czerwenka in Wien. (Arch. f. Gynäkol. LVIII. 2. p. 367. 1899.)

Im Uterus einer 55jähr. Frau, die seit 11 Monaten blutete, fand sich nahe dem Ostium tubae ein nussgrosser breitaufsitzender Tumor, der, von Schleimhaut überzogen, nur wenig in die Muskelwand eindrang. Die Neubildung setzte sich aus verschieden gestalteten, durch Muskelgewebe getrennten Drüsen zusammen, die an den Wänden oft verästelte und sich durchflechtende Papillen trugen. Die Epitheldecke der Hohlräume und der Papillen war stets einschichtig. Es wird angenommen, dass die Geschwulst in den tieferen Schichten der Schleimhaut entstanden ist und dass sie bösartig war.

Brosin (Dresden).

594. **Ein cystöser Tumor an der hinteren Bauchwand, entstanden aus Resten des Wolff'schen Körpers**; von A. Hartz in Karlsruhe. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 6. p. 813. 1899.)

Ein 34jähr. Fräulein, das nie geboren hatte, von Weihnachten 1896 bis Ostern 1897 an einer „Darmerkrankung" bettlägerig gewesen war, bemerkte seit November 1898 Stärkerwerden des Leibes und in die Beine ausstrahlende Kreuzschmerzen. Während der ersten Erkrankung und seit December 1898 Schmerzen beim Wasserlassen. Bei der Aufnahme in die M. Sänger'sche Anstalt in Leipzig fand sich der Leib ausgedehnt, wie im 8. Monate der Schwangerschaft. Die Geschwulst nahm vorwiegend die linke Seite ein. Die Gebärmutter war klein, nach rechts vorn verdrängt, links und hinten von ihr war die platte untere Kuppe der Geschwulst tastbar. Diagnose: Linkseitiges Kystoma ovar., wahrscheinlich Embryoma cystic. Fixation durch Verwachsungen (Stieldrehung?).

Bei der Operation am 1. Februar 1899 ergab sich, dass die Geschwulst, unter breiter Verdrängung von Gebärmutter und Anhängen nach vorn, im Douglas'schen Raume festsass und unter Empordrängung des S Romanum, sowie des Colon descendens der hinteren Bauchwand links seitlich von der Wirbelsäule anlag. Die Punktion ergab 1 Liter dunkler, braunröthlicher Flüssigkeit. Die Cyste wurde ausgeschält. Weder an den inneren Genitalien, noch an den Därmen liess sich eine organische Verbindung mit der Geschwulst nachweisen. Starke

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/256

Blutung aus Peritonaeum und Mesosigmoideum. Zahlreiche Umstechungen, schliesslich Fächertamponade des Douglas'schen Raumes. Verlauf günstig.

In der Cystenwand fanden sich bei der mikroskopischen Untersuchung zahlreiche Drüsenschläuche mit einschichtigem flimmernden Cylinderepithel, ferner Cylinderepithel auf der äusseren Oberfläche der Geschwulst, ein reichliches Netz von glatten Muskelfasern, fibrilläres und cytogenes Bindegewebe, embryonales und knorpelähnliches Gewebe, Myxomgewebe, Pigmentkörperchen und Pigmentschollen und endlich Pseudoglomeruli. Auf Grund dieser histologischen Beschaffenheit, besonders auf Grund des eigenartigen Drüsenbaues nach dem Bilde der Harnkanälchen nimmt H. an, dass die Geschwulst von Resten des Wolff'schen Körpers abstammte, und zwar, da sie an der hinteren Bauchwand sass und den Geschlechtschlauch, besonders auch Eileiter mit Fimbrien, Mesovarium und Mesosalpingium völlig frei liess, von den cranialsten Theilen des Wolff'schen Körpers.

Der eigentlichen Beschreibung der Geschwulst fügt H. eine ausführliche Uebersicht an der seit der Veröffentlichung v. Recklinghausen's über die Adenomyome und Cystadenome des Uterus und der Tubenwand, ihre Abkunft von Resten des Wolff'schen Körpers, erschienenen Arbeiten, die theils die v. Recklinghausen'sche Anschauung bekämpfen, theils, und zwar besonders diejenigen, die auf Untersuchungen von Föten und Neugeborenen eingegangen sind, sie stützen.

J. Praeger (Chemnitz).

595. **Zur Casuistik einiger seltener Ovarial- und Tuben-Tumoren**; von E. G. Orthmann in Berlin. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 6. p. 771. 1899.)

1) Sarcoma ovarii et tub. sinistrae.

18jähr. Fräulein, vor 8 Wochen normal entbunden. Seit 3 Wochen Anschwellung des Leibes, Abmagerung, Erbrechen, Diarrhöe; seit 14 Tagen Husten und Auswurf, geringe uterine Blutungen. Diagnose: Tumor ovarii malignus. Bei der am 10. Dec. 1898 vorgenommenen Bauchoperation entleerte sich eine beträchtliche Menge ascitischer Flüssigkeit. Eine linkseitige, mit dem Netze stark verwachsene Eierstocksgeschwulst wurde mit dem Eileiter entfernt, eine faustgrosse retroperitonäale Geschwulst zurückgelassen. Zahlreiche Knötchen auf dem Bauchfelle. Verlauf leicht fieberhaft. Tod am 12. Tage. Die *Sektion* ergab Metastasen auf Bauch und Brustfell, Bauchfellentzündung, fettige Entartung der Leber, Nephritis parenchymat., braune Atrophie des Herzfleisches und Oedema pulmonum. Die Untersuchung des Präparates ergab, dass es sich um ein Rundzellensarkom des Eierstocks und eine sekundäre sarkomatöse Entartung der gesammten Schichten der Eileiterwand ohne jede Betheiligung des normalen Schleimhautepithels handelte.

2) Fibroma oedematosum ovarii sinistri.

44jähr. Frau, seit 1 Jahre Stärkerwerden des Leibes. Freier Ascites; mannskopfgrosse derbe Geschwulst des linken Eierstocks. Die am 24. Jan. 1898 durch Bauchschnitt entfernte Geschwulst erwies sich als ein rein diffuses Eierstocksfibrom mit Lymphektasien und ödematösen Erweichungsherden, das mit reichlicher Ascitesbildung einherging.

3) Myoma ovarii sinistri.

36jähr. Frau, hatte einmal abortirt, seit 1 Jahre Menses sehr stark. Die Untersuchung ergab ein über kindskopfgrosses Uterusmyom. Der Uterus wurde am 22. Febr. durch Amputatio supravaginalis entfernt. Der mitentfernte linke Eierstock war steinhart, seine Länge und Breite betrug 5—6 cm, die Dicke 3.5—4 cm. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, dass das Geschwulstgewebe des Eierstocks, derbe, rundliche Knoten von weisslicher Farbe, umgeben von einer Kapsel, an der sich ein geplatztes Corpus luteum-Hämatom, ältere Corpora lutea und zahlreiche Corpora albicantia, fanden, aus *reinem Myomgewebe* bestand.

4) Adeno-Fibroma colloides ovarii utriusque et tubae dextrae.

Doppelseitige Eierstocksgeschwulst, die O. zur Untersuchung vorlag (Anamnese nicht sicher festzustellen). Rechts 14:8—9, links 6:5 cm gross. Auf dem Durchschnitte: Geschwulst mit vereinzelten bis erbsengrossen Hohlräumen und an manchen Stellen von fein poröser Beschaffenheit. Mikroskopisch zeigte sich, dass die Geschwulst aus derbem Bindegewebe, mit drüsenähnlichen, mit Cylinderepithel ausgekleideten Hohlräumen bestand. Das Epithel war in colloider Entartung begriffen. Die knotige Auflagerung auf dem rechten Eileiter zeigte genau dieselbe Zusammensetzung.

5) Adeno-Fibroma cysticum carcinom. ovarii dextri.

61jähr. Frau, seit 12 Jahren in der Menopause, Nabelbruch seit 20 Jahren, vor 1/4 Jahre Thrombose im rechten Beine; in der letzten Zeit Kreuz- und Leibschmerzen. Am 6. April 1895 Bauchschnitt: reichlicher Ascites. Eine mannskopfgrosse steinharte, mit dem Dünndarme stark verwachsene rechtseitige Eierstocksgeschwulst, 1 1/2mal um den Stiel gedreht, wurde entfernt. Linker Eierstock atrophisch; Bauchfell stellenweise mit kleinen Knötchen besetzt. Resektion des Nabelbruchs. Genesung. Nach 4 Jahren war die Frau noch völlig wohl. Die Geschwulst bestand aus Fasern und weichen schwammigen Theilen. Erstere bestanden aus derbem, fibrillärem Bindegewebe, letztere aus Bindegewebe mit eingelagerten drüsenähnlichen Hohlräumen, die sich an einzelnen Stellen zu Cysten erweiterten. An der Stelle der stärksten Verwachsung mit dem Darme innerhalb der Hohlräume deutliche Epithelwucherung. Von diesen Epithelherden drangen zapfenartige Ausläufer in das umgebende Bindegewebe.

6) Fibroma papillare superficiale carcinom. ovarii dextri.

43jähr. Siebentgebärende. Pat. klagte seit einiger Zeit über unregelmässige Blutungen und Kreuzschmerzen. Rechts Anhänge, besonders Eierstock, empfindlich und vergrössert. Am 16. Juni 1897 durch Colpotomia ant. Entfernung der rechtseitigen Anhänge. An der unteren Seite des entfernten Eierstocks eine breitgestielte haselnussgrosse Geschwulst. Das Grundgewebe bestand aus derbem, fibrillärem Bindegewebe. Darin lagen Herde von plattenepithelähnlichen Zellen. Die Herde hatten rundliche, ovale oder zapfenartige Gestalt; an einzelnen sah man kleine Hohlräume, die theils Fibrin, theils eine oder mehrere, beinahe eiähnliche Zellen enthielten. O. nimmt an, dass die Epithelzellen dem Keimepithel entstammen. Der Fall beweist, dass auch die derben Oberflächenfibrome krebsig entarten können.

J. Praeger (Chemnitz).

596. **Zur Operation von Ovarialkystomen von ungewöhnlicher Grösse**; von Dr. Wörner. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 2. p. 325. 1899.)

W. berichtet über 4 Fälle von *ungewöhnlich grossen Ovarialkystomen* bei Frauen im Alter von 52—76 Jahren. Die eine Kranke gestattete nur die Punktion, eine andere kam erst 2 Tage nach der spontanen Ruptur zur Operation und starb. Eine 72jähr. und eine 76jähr. Frau wurden durch die Operation mit Erfolg von ihren 60 und über 100 Pfund schweren Geschwülsten befreit. Als Folge der Druckentlastung trat 1mal blutiger Durchfall ein, der bald von selbst aufhörte.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/257

Zur *Technik der Bauchdeckennaht* betont W., dass das Zusammenlegen der schlaffen Bauchdecken in eine möglichst hohe Falte, unter Umständen das Fixiren dieser Falte durch einige Matratzennähte, sich gut bewährt hat. Die 1—2handhohe Falte wird seitlich umgelegt, gut mit Verbandmitteln ausgepolstert und durch festen Verband fixirt. Die Falte gleicht sich bald wieder aus, die Bauchdecken ziehen sich zusammen, das Unterhautfettgewebe bildet sich wieder und auch die Muskulatur scheint wieder normal zu werden.

P. Wagner (Leipzig).

597. **Zur Technik der Ovariotomie**; von G. Klein in München. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 6. p. 837. 1899.)

Auf Grund eines Falles, in dem 1 Jahr nach einer von Faltin vorgenommenen Eierstocksoperation wegen multilokulären glandulären Kystoms eine krebsige Neubildung in der vorderen Bauchwand auftrat, warnt K. vor Punktion oder Incision der Geschwulst bei der Ovariotomie von oben oder von der Scheide aus und räth, jede Eierstocksgeschwulst, gleichviel, ob sie von vornherein gutartig oder nicht erscheint, unverkleinert zu entfernen. Die Thatsache, dass die primäre Geschwulst glandulär-kystomatös, die Metastase adeno-carcinomatös war, lässt nach K. zwei Deutungen zu: entweder behält die Metastase durch eine den implantirten Zellen innewohnende Wachsthumsenergie den Charakter des primären Tumor oder die Metastase entwickelt sich aus dem Endothel, bez. Epithel der Lymphbahnen unter demselben Reize, der das primär gesunde Eierstocksgewebe in ein bösartiges verwandelte. J. Praeger (Chemnitz).

598. **Ueber Corpus-luteum-Cysten**; von Dr. Eug. Fraenkel in Hamburg. (Arch. f. Gynäkol. LVII. 3. p. 511. 1899.)

Die aus dem Corpus luteum hervorgehenden Cysten sind entweder *Corpus-luteum-Hämatome,* in denen es durch eventuelle Erweichung des gesetzten Extravasats zur Bildung einer immer nur kleinen Höhle kommen kann und die mit der Neigung zur Umwandlung in Corpora fibrosa behaftet sind, oder es sind echte *Corpus-luteum-Cysten,* ausgezeichnet durch ein fortschreitendes Wachsthum. Die Cysten der letzten Gruppe sind wieder in epitheltragende und epithellose zu trennen. In einem von F. beobachteten Falle trug die Cyste ein flimmerndes Epithel. In 2 anderen Fällen war der Cysteninhalt vereitert. Diese Eiterungen waren ausserhalb des Wochenbettes entstanden und mit Erkrankung der Tuben verbunden. Beide Male gelang es, durch den Nachweis von Gonokokken im eitrigen Inhalte, bez. in der Abscesswand, die gonorrhoische Natur des eitrigen Processes festzustellen. Ob es sich dabei um eine Vereiterung von vorher unveränderten gelben Körpern handelte oder von solchen, die bereits cystisch umgewandelt waren, bleibt unentschieden, möglich ist gewiss Beides. Die gonorrhoische Natur dieser Abscesse erklärt zugleich ihr häufiges Vorkommen bei chronischen Entzündungen und Verwachsungen der Adnexe. Brosin (Dresden).

599. **Ein prolabirtes Corpus luteum**; von F. Schnell. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. p. 767. Juni 1899.)

Eine ähnliche Beobachtung, wie sie Stratz beim Gespenstermaki machte (er fand ein völlig ektropionirtes, wie ein Champignon nur mit einem Stiele am Eierstocke haftendes Corpus luteum), veröffentlicht Sch., indem er das Präparat, das einer 33jähr. schwangeren Osteomalacischen entstammt, beschreibt. Es handelt sich in diesem Falle um einen theilweisen Vorfall des Corpus luteum und dessen vielleicht mechanisch nachträglich verstümmelten Entartungsrestes. Der Ansicht Stratz's, dass dieses seltene Verhalten die Ursache für manches gutartige Papillom des Eierstocks abgeben könne, kann Sch. nicht beipflichten, dagegen meint er, dass sein Bestand ovarielle Blutungen und Eintritt von Bakterien begünstigen könne. J. Praeger (Chemnitz).

600. **Zur Casuistik der Complikation von Schwangerschaft durch einen Ovarialtumor**; von Dr. Richard von Braun-Fernwald. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 4. p. 443.) 1899.)

v. B.-F. theilt einen Fall mit, in dem er bei einer zum 8. Male Schwangeren im 5. Monate der Gravidität eine mannsfaustgrosse Dermoidcyste des Ovarium per vaginam entfernt hatte. Die Schwangerschaft blieb ungestört.

In einem 2. Falle sah sich v. B.-F. zur Sectio caesarea im 8. Graviditätmonate veranlasst, da eine Ovarialcyste, die schwere Störungen (stetig zunehmendes Oedem der prolabirten Portio, Compression der Cervix mit sehr heftigen Schmerzen) machte, ohne vorherige Entleerung des Uterus nicht zu entfernen war. Die Geschwulst war 25 cm lang und hatte 13—15 cm im Durchmesser. Verlauf der Operation normal. Lebendes Kind. Glatte Heilung.

Die fast allgemein verbreitete Furcht vor der Sectio caesarea in der Schwangerschaft, weil sich der Uterus nicht genügend contrahire und daher schwere, nur durch die Ausführung der Porro-Operation stillbare Blutungen auftreten können, theilt v. B.-F. nicht. Er nimmt vielmehr an, dass diese schweren Blutungen durch Lähmung der Nerven der Uterusmuskulatur verursacht werden, die wiederum eine Folge der provisorischen Schlauchconstriktion sind. Wichtiger als die Gefahr der Atonie ist nach v. B.-F. die eventuelle Lochialstauung, wenn man bei engem Muttermunde, besonders bei Erstgebärenden, operirt.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

601. **Retroflexio uteri gravidi partialis; Spontanruptur bei der Geburt**; von Dr. Maiss in Breslau. (Arch. f. Gynäkol. LVIII. 1. p. 125. 1899.)

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/258

Die 34jähr. Erstgebärende wurde am 2. Tage der Geburt eingeliefert, weil der Kopf nicht eintreten wollte. Der Muttermund fand sich fingerbreit über der Schoossfuge, ein hinterer Theil des Uterus füllte als elastische Geschwulst das Becken aus, der Kopf stand auf der Beckenschaufel, liess sich aber einstellen. Nach heftigen Wehen und Tiefertreten des Kopfes erfolgte bei nicht ganz geöffnetem Muttermunde Ruptur im unteren Segmente. Perforation, Druckverband, Tod an akuter Peritonitis. Die *Sektion* ergab ausgedehnte derbe Verwachsungen des Uterus, die ihn schon vor der Gravidität in Retroflexionstellung gehalten haben müssen. Die Schuld an der Ruptur wird der durch die Dislokation bedingten Veränderung des Fruchtachsendruckes zugeschrieben, die im Anfange der Geburt die fehlerhafte Stellung des Kopfes zum Beckeneingang und stärkere einseitige Dehnung des unteren Segmentes an der vorderen Seite zur Folge hatte, im weiteren Verlaufe der Geburt aber zur Fixation des vorderen unteren Segmentes führte.

Brosin (Dresden).

602. **On the treatment of „unavoidable hemorrhage" by removal of the uterus**; by Lawson Tait, Birmingham. (New York med. Record LV. 9. p. 307. March 1899.)

Der Kr. war der Uterus früher 2mal ausgeschabt worden, nach der 2. Geburt hatte sie eine schwere Blutung und mehrere Fehlgeburten mit starkem Blutverlust gehabt. T. sah sie am Ende der 4. Schwangerschaft. Das Fruchtwasser war abgeflossen, die Gebärmutter fest um das Kind zusammengezogen, der Gebärmutterhals geschlossen und starr. Seit 5 Stunden trotz angewendeter Gegenmittel heftige Blutung. Um Kind und Mutter zu retten und letztere dauernd gesund zu machen, sah T. bei der vorliegenden Nachgeburt von Entbindungsversuchen auf dem natürlichen Wege ab und entfernte die Gebärmutter nach Porro unter Benutzung der elastischen Ligatur. Die Frau genas ohne schweren Zwischenfall. Das Kind, ein kräftiges Mädchen, starb nach einem Monate an Bronchitis.

T. sieht voraus, dass sein Vorgehen in diesem Falle heftige Angriffe von Seiten der conservativen Fachgenossen erfahren wird. J. Praeger (Chemnitz).

603. **Luftaspiration während der Geburt (Aërometra)**; von R. Teuffel in Chemnitz. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. VIII. 5. p. 518. 1898.)

Zweitgebärende mit mässig allgemein verengtem Becken; Fruchtwasser in der Nacht vollständig abgeflossen. Vormittags: Gebärmutter nach links gelagert, Kopf beweglich, vorliegend, Muttermund fast vollständig. Lagerung auf die rechte Seite. Nach einiger Zeit fiel bei Wiedereinnahme der Rückenlage die starke Auftreibung des Leibes auf. Ueber der schlaffen Gebärmutter tympanitischer Perkussionschall, auch während der Wehen. Wehen schmerzhaft, Geburt langsam fortschreitend. Nach 7 Stunden Anlegung der Zange an dem in der Schamspalte sichtbaren Kopfe. Starker Widerstand. Die Nabelschnur, straff um den Hals geschlungen, wurde zwischen 2 Klemmen durchschnitten, dann das leicht asphyktische Kind entwickelt. Nach der Frucht wurde eine grössere Menge Luft unter laut hörbarem Geräusch aus der Scheide ausgetrieben. Die Gebärmutter zog sich gut zusammen. Das Wochenbett verlief normal. Der kindliche Schädel zeigte ein langausgezogenes Hinterhaupt.

J. Praeger (Chemnitz).

604. **Ueber Vagitus uterinus;** von Dr. L. Gummert in Essen. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 4. p. 492. 1899.)

37jähr. Siebentgebärende. Vor 8 Tagen Sturz bei Glatteis, Abfluss von Fruchtwasser. Seit 2 Tagen Wehen. Zur Beendigung der Geburt bei beweglichem, vorliegendem Kopfe Wendung in Narkose. Beim Einführen der Hand trat Luft in den Uterus ein; in diesem Moment vernahm man ein deutliches Schreien des Kindes, das sich mehrfach wiederholte. Der extrahirte Knabe war lebensfrisch, 3900 g schwer und schrie, nach kurz dauernder Apnöe, gleich kräftig heraus.

Die Bedingungen, die den Vagitus uterinus ermöglichen, sind im vorliegenden Falle nach G. leicht ersichtlich: Es muss Luft in den Uterus eindringen, die Luft muss in die oberen Luftwege eintreten und schliesslich muss die Luft wieder ausgestossen werden.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

605. **Zwei Früchte, verschiedenen Schwangerschaftszeiten entstammend, in demselben Tubensack**; von Prof. G. Heinricius und Dr. Rud. Kolster in Helsingfors. (Arch. f. Gynäkol. LVIII. 1. p. 95. 1899.)

Die Trägerin der beiden Früchte hatte zuerst vor 6 Jahren ein Wachsen des Leibes und ein Fehlen der Regel während 6 Monaten bemerkt, dann war neuerdings eine Gravidität eingetreten, die beim Tode, der an Perforationperitonitis erfolgte, eine Dauer von 11 Monaten erreicht hatte. Die *Sektion* ergab in einem linkseitigen Tubensacke eine ausgetragene Frucht in soeben erst beginnender Maceration. Daneben lagen die Knochen eines zweiten, ebenfalls ausgetragenen Foetus, dessen Weichtheile bereits zu einer braunen, schmierig-kittartigen Masse eingeschmolzen waren. Der Befund entspricht demnach den auch klinisch beobachteten Schwangerschaften aus ganz verschiedener Zeit. Auffallend ist, dass beide Früchte ihren Sitz in derselben Tube hatten, ein Vorkommen, das nur durch äussere Ueberwanderung eines befruchteten Eies vom anderen Eierstocke her zu erklären ist. Brosin (Dresden).

606. **Ueber destruirende Blasenmole**; von Dr. Max Voigt in Hamburg. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 1. p. 63. 1898.)

V. theilt ausführlich einen hierher gehörigen Fall mit, in dem Prochownick operirte. Der exstirpirte Uterus wurde genau untersucht und V. giebt eine Beschreibung der Befunde, aus denen er zu folgenden Sätzen kommt.

„Der Ausstossung oder Ausräumung einer Blasenmole soll eine Probeausschabung folgen, bei der wir möglichst Muskulatur mit zu erhalten suchen müssen. Die Untersuchung der Blasenmole allein ergiebt nach den bisherigen Forschungen noch kein sicheres Charakteristicum für maligne Entartung, doch muss starke gleichzeitige Wucherung beider Zottenepithelien, der Zellenschicht und des Syncytium und innige Durchmischung den Verdacht auf Bösartigkeit erwecken, besonders wenn am Syncytium sich die Neigung zu Wucherungen mit starker Volumen- und Chromatinvermehrung des Kerns und zur Abspaltung von Zellenzügen und einzelner Zellen mit derartig grossen Zellen kundgiebt (Saffraninfärbung nach Fixirung in *Flemming*'scher Lösung)."

„Aus der Zerstörung der Decidua allein kann eine sichere Diagnose auf Malignität nicht gestellt werden, eben so wenig bei leichter Durchsetzung der Muskulatur mit einzelnen epithelialen Zellen,

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/259

dagegen ist bei Hineinwuchern von Zotten mit epithelialen Wucherungen in die Muskulatur hinein oder von epithelialen Wucherungen auch ohne Zottenstroma unbedingt maligne Entartung der Blasenmole anzunehmen."

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

607. **Ueber einen Fall von maligner Entartung des Chorionepithels**; von L. Prochownick und E. Rosenfeld. (Arch. f. Gynäkol. LVIII. 1. p. 103. 1899.)

Nach einem Abort von 7—8 Wochen war von anderer Seite wegen Blutung 3mal in mehrwöchigen Abständen ausgeschabt worden, in der Zwischenzeit hatte Abfluss nicht bestanden. Bedrohliche Blutung in der 15. Woche. Entfernung eines Polypen, der von Pr. und R. für bösartig gehalten wurde. Totalexstirpation nach weiteren 4 Wochen. Vorübergehend Besserung, dann Tod, anscheinend durch Metastasen im Gehirn. Im exstirpirten Uterus an der Stelle des Polypen kein Recidiv, wohl aber mehrere submuköse und subseröse Metastasen. Polyp und Metastasen waren aus Syncytium und Langhans'schen Zellen zusammengesetzt, ersteres mit reichlichen Fetteinlagerungen, letztere mit Glykogen.

Auch vom Praktiker sollten nach jeder Ausschabung die entfernten Massen einer histologischen Diagnose unterzogen werden. Bemerkenswerth ist, dass in diesem Falle die Bösartigkeit des Polypen von einem bewährten Pathologen in Frage gestellt worden war. Brosin (Dresden).

608. **Zur Lehre von den Hämatommolen, bez. dem sogenannten tuberösen, subchorialen Hämatom der Decidua**; von Dr. Sigmund Gottschalk in Berlin. (Arch. f. Gynäkol. LVIII. 1. p. 134. 1899.)

Ein eigener, ausführlich mitgetheilter Fall giebt G. Gelegenheit, in dem zwischen Breus und Neumann über die Bedeutung derartiger Bildungen entbrannten Streite Stellung zu nehmen. Sein Präparat betrifft ein Ovulum aus dem 2. Schwangerschaftmonate, das erst nach 5 Monaten ausgestossen wurde. Es enthält einen 3 mm langen Embryo, entspricht aber in seinen übrigen Theilen einer späteren Entwickelungstufe. Es ist dies ein Beweis dafür, dass sich ein Ei auch ohne Wachsthum der Frucht noch eine Zeit lang fortentwickeln kann. Die Protuberanzen sind zum Theil gelappt und an ihrer Basis schmäler als im freien Theile. Sie sind entstanden durch eine abnorme Faltung der Membrana chorii in Folge eines Druckes, der das Ei von aussen, d. i. durch die Zusammenziehungen der Uteruswand, traf. In die durch diese Faltung geschaffenen subchorialen Lücken ergiesst sich Wochen oder Monate lang der mütterliche Blutstrom und wölbt über ihnen das Chorion und Amnion in Form der Protuberanzen vor. Eine Vaskularisation der Zotten vom Foetus her hat zu keiner Zeit stattgefunden, die Nährquelle für das Chorion und seine Zotten ist in dem sich stetig erneuernden mütterlichen Blute zu suchen und das alleinige Nährorgan des Choramnion ist das syncytiale Epithel. Brosin (Dresden).

609. **1) Ueber passive und aktive Bewegungen des Kindes im ersten Lebensjahre**; von Dr. Alexander Schmidt in Altona. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLIX. 1. p. 1. 1899.)

2) Einige Bemerkungen zu dem Aufsatze des Herrn Dr. Alexander Schmidt: „Ueber passive und aktive Bewegungen des Kindes im ersten Lebensjahre"; von Dr. Grüneberg in Altona. (Ebenda 2 u. 3. p. 356. 1899.)

Schmidt glaubt, dass viele, namentlich künstlich ernährte Säuglinge nicht gedeihen, weil sie keine Gelegenheit zur Bewegung haben. Auch die sogen. „Spitalskrankheit" will er darauf zurückführen. Schm. fühlt sich daher zu dem Rathe veranlasst, man solle dem Säugling 3mal am Tage Gelegenheit geben, sich frei zu bewegen und ihn ausserdem täglich 3mal täglich „warten". Er sucht „wissenschaftlich" den Nutzen des Wartens zu begründen. Für den Ref. sind die angezogenen sogenannten wissenschaftlichen Gründe nicht überzeugend gewesen, eben so wenig für Grüneberg, der mit Recht Verwahrung einlegt gegen solche Bestrebungen nach rückwärts. Er betont, das die von Schmidt zur Begründung seiner Ansicht angezogenen Beobachtungen aus dem zoologischen Garten nicht ohne Weiteres auf die Kinderstube übertragen werden können; dass die Ursachen der „Spitalskrankheit" auf einem ganz anderen Gebiete zu suchen seien, als Schmidt meint u. s. w. Grüneberg hält das Warten der Kinder für durchaus schädlich. Brückner (Dresden).

610. **1) Ueber die Anämien im frühen Kindesalter.** Referat, erstattet in der Gesellschaft für Kinderheilkunde der 70. Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte in Düsseldorf, September 1898; von Dr. Rudolf Fischl. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLIX. 1. p. 26. 1899.)

2) Ueber die Anämien im frühen Kindesalter. Correferat, erstattet in der Gesellschaft für Kinderheilkunde der 70. Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte in Düsseldorf, September 1898; von Dr. Ferdinand Siegert. (Ebenda p. 73.)

Fischl und Siegert suchten den Werth des frischen und gefärbten Deckglaspräparates für die Diagnose der Anämien junger Kinder zu bestimmen.

1) Fischl kommt zu dem Ergebniss, dass im frühen Kindesalter kein charakteristisches histologisches Blutbild für die einzelnen Formen der Anämie aufgestellt werden kann. Daher kann man aus dem Deckglaspräparate wohl das Vorhandensein, den Grad, nicht aber die specielle Form einer Anämie ersehen. Da die im Fötalleben der Blutbildung dienenden Organe ihre Thätigkeit auch in den ersten Lebensmonaten des gesunden und kranken Kindes fortsetzen, da ferner auch die übrigen Stätten der Blutbildung beim Säugling ihre endgültige Entwickelung nicht erreicht haben, so ist

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/260

ein Rückschluss von sonst charakteristischen Elementen auf die Erkrankung bestimmter Theile des blutbildenden Apparates nicht zulässig. Jedoch ist aus dem Auftreten reichlicher Normoblasten, aus Theilungserscheinungen an ihren Kernen, aus dem Befunde von Megaloblasten, aus dem Auftreten von Polychromatophilie und Poikilocytose je nach Menge und Ausdehnung dieser Erscheinungen eine mehr oder minder ungünstige Prognose abzuleiten, während die Diagnose der vorliegenden Blutkrankheit auch aus diesen Momenten nicht zu stellen ist. Auch die pathologisch-anatomische Untersuchung vermag nach F.'s Ansicht nur in typischen chronischen Leukämiefällen die vorliegende Blutkrankheit sicher zu diagnosticiren. Eine Beziehung zwischen dem intravitalen und dem postmortalen Befund wird oft vermisst.

2) Siegert ist der Ansicht, dass man sich aus dem gefärbten Deckglastrockenpräparate (Eosin-Methylenblau) unter Berücksichtigung der klinischen Erscheinungen eine ziemlich vollkommene Vorstellung von dem Grade einer bestehenden Anämie machen kann. Das Deckglaspräparat ist für das tägliche Bedürfniss hinreichend und im Stande, die eingehenderen Methoden (Zählung, Hämoglobinbestimmung, Dichtebestimmung) zu ersetzen. Auf Grund des Deckglaspräparates ist ein Schluss auf eine bestimmte Organerkrankung nicht angängig; immerhin gestattet es die Diagnose einer Leukämie, Myelämie, Lymphämie, Eosinophilie. Damit werden aber gleichzeitig prognostische und therapeutische Hinweise gegeben. Therapeutische Einflüsse machen sich in der Aenderung des Blutbildes bemerkbar.

Brückner (Dresden).

611. **Beiträge zur Kenntniss des congenitalen Hydrocephalus externus**; von Dr. Johann von Bókay. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLIX. 1. p. 77. 1899.)

v. B. beschreibt ein 9monatiges rhachitisches Mädchen mit Hydrocephalus externus chronicus. Die *Sektion* ergab, dass der $^1/_2$ Liter betragende Flüssigkeiterguss ein subduraler war. Das Gehirn war stark zusammengedrückt und geschrumpft. Es bestand auch Hydrocephalus internus geringeren Grades. v. B. führt die Erkrankung auf eine intrauterine Entzündung der Meningen zurück. Brückner (Dresden).

612. **Zur Kenntniss der Encephalitis beim Säugling**; von Dr. Rudolf Fischl in Prag. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLIX. 1. p. 58. 1899.)

Nach einem historischen Rückblicke macht F. Mittheilungen über die histologischen Befunde in 6 Fällen von nicht eitriger, nicht specifischer Gehirnentzündung beim Säugling. Die Befunde sind sehr wechselnde und vielseitige. In einem Theile der Fälle musste das Auftreten der Herde als Theilerscheinung allgemeiner Sepsis, in einem anderen als Produkt septischer Intoxikation aufgefasst werden. In einer dritten Reihe von Fällen liess sich keine solche Ursache nachweisen.

Brückner (Dresden).

613. **Tetanie der Blase**; von E. Hagenbach-Burckhardt in Basel. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLIX. 1. p. 111. 1899.)

Ein etwa 3jähr. Knabe mit starker Rhachitis und ausgesprochener Tetanie litt an Retentio urinae. Der Katheter hatte in der Pars prostatica ein leichtes Hinderniss zu überwinden. Der andauernde Füllungzustand der Blase war nach Ansicht H.-B.'s auf einen Krampf des Blasenschliessmuskels zu beziehen. Ausgang in Heilung. Brückner (Dresden).

614. **Ein Fall von hochgradiger Herzhypertrophie im Kindesalter**; von Dr. Göppert in Breslau. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLIX. 1. p. 117. 1899.)

G. beschreibt ein 11jähr. phthisisches Mädchen, bei dem sich im Laufe eines Jahres eine starke Erweiterung und Hypertrophie des Herzens einstellte. Die Ursache der Herzerkrankung war mit Sicherheit nicht zu bestimmen. Am Wahrscheinlichsten kommen in Betracht perikardiale Verwachsung oder Hypoplasie des Aortensystems. Brückner (Dresden).

615. **Ein Fall von angeborener Missbildung der Luftröhre** *(circumscripte Verengerung mit Fehlen der Pars membranacea)*; von Dr. K. Gregor in Breslau. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLIX. 1. p. 123. 1899.)

Ein 5monatiges Kind litt von Geburt an an Athemnoth, wodurch das Saugen an der Brust erschwert wurde. Es entwickelte sich schliesslich das Bild stärkster Stenose, so dass sich die Tracheotomie nothwendig machte. Bei Einführung der Kanüle stiess man auf einen Widerstand, der durch Einführung von Sonden beseitigt wurde. Am Tage nach der Operation starb das Kind. Bei der *Sektion* fand sich eine Stenose der Luftröhre vom 9. bis 14. Trachealknorpel. In diesem Bezirke fehlte die Pars membranacea. Die Stenose muss als eine angeborene angesehen werden. Brückner (Dresden).

616. **Zur Behandlung der eitrigen Pleuritiden bei Kindern nach der Methode Prof. Lewaschew's**; von Dr. A. A. Kissel in Moskau. (Jahrb. f. Kinderhkde. L. 1 u. 2. p. 51. 1899.)

K. behandelte 8 Kinder, die an Empyem erkrankt waren, nach der Empfehlung von Lewaschew mit Punktion und nachfolgender Salzwasserausspülung. Die Krankengeschichten werden mitgetheilt. Ein Kind genas nach einmaliger Ausspülung vollkommen. Bei 4 weiteren Kindern führten erst wiederholte Ausspülungen zur Heilung des Empyems; zwei dieser Kinder starben an intercurrenten Erkrankungen. Drei Kinder blieben ungeheilt. Die Methode führt in einzelnen Fällen schneller zur Heilung als die Thorakotomie. Verwachsungen der beiden Pleurablätter und Deformitäten des Brustkorbes kommen bei beiden Methoden vor. K. hält trotzdem die Methode nicht für werthlos. Es wird vor Allem zu untersuchen sein, welche Empyemfälle sich für die neue Methode am meisten eignen.

Brückner (Dresden).

617. **Ein Beitrag zur posttyphösen Periostitis im Kindesalter**; von Adolf Würtz in Strassburg i. E. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLIX. 1. p. 12. 1899.)

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/261

Beobachtungen von posttyphöser Periostitis im Kindesalter liegen nur in geringer Anzahl vor. Osteomyelitis des Sternum nach Typhus abdominalis fand W. nur 2mal beschrieben. Er berichtet über folgende Beobachtung:

Ein 8½jähr. Mädchen bekam im Verlaufe eines Typhus abdominalis am Anfange der 2. Woche eine teigige Anschwellung über dem Brustbein, an dem ein Defekt nachweisbar wurde. Allmählich entwickelte sich ein von der 2. bis zur 4. Rippe reichender fluktuirender Tumor, der sich bei der Inspiration verkleinerte, bei der Exspiration prall anspannte. Die Probepunktion ergab eiterähnlichen Inhalt, in dem mikroskopisch Typhusbacillen nachgewiesen wurden. Bei der Incision des Abscesses wurde ein abgestossenes Stück des Sternum, dessen gesammtes Corpus nekrotisch erschien, entfernt. Tod am Ende der 4. Woche. Die *Sektion* ergab Nekrose des Corpus sterni mit grossem Defekt am oberen Ende, Schwund des 2. bis 4. linken Rippenknorpels und Lösung des 2. bis 4. rechten Rippenknorpels.

Brückner (Dresden).

VIII. Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde.

618. **Beiträge zur Hirnchirurgie mit specieller Berücksichtigung der Aetiologie und operativen Behandlung der Epilepsie**; von Dr. O. Schär. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 3. p. 670. 1899.)

Die recht unübersichtlich angelegte grosse Arbeit Sch.'s, der das reichhaltige Material der Kocher'schen Klinik und Privatklinik zu Grunde liegt, eignet sich nicht zu einem kürzeren Referate. Die verschiedenen Tabellen bedürfen eines eingehenden Studium (der Inhalt von Tabelle V entspricht nicht ganz der Ueberschrift; einige Fälle fehlen ganz!).

Wir begnügen uns damit, die Schlussfolgerungen Sch.'s hier wörtlich anzuführen: „Eine Operation bei Epilepsie ist immer anzurathen, wenn intern diätetische Maassnahmen nicht innerhalb kurzer Zeit zum Ziele führen. Die geringe Möglichkeit eines schlimmen Ausganges fällt neben den socialen Unzuträglichkeiten der Epilepsie nicht in Betracht. Lieber zu viel operiren, als zu wenig. Bis dat, qui cito dat. Der Arzt, der namentlich bei evident traumatischer Epilepsie den Kranken mit interner Behandlung lange hinzieht, ohne bei Misserfolg derselben den Versuch operativer Hülfe vorzuschlagen, begeht ein Unrecht. Epileptiker sollen eben so frühzeitig vom Chirurgen, wie vom internen Kliniker und Psychiater beurtheilt werden. Am besten ist es, es werden alle 3 von vornherein für den Fall beigezogen. In einem gut und den Anforderungen der Neuzeit entsprechend eingerichteten Asyl oder Spital für Epileptiker und Nervenkranke sollte von Zeit zu Zeit ein Chirurg die Fälle untersuchen, um zu entscheiden, welche derselben Aussicht auf operative Heilung darbieten, wie dieses in England am Queens Square Hospital bereits zum grössten Nutzen der Kranken durchgeführt ist.

Aber der Chirurg darf nicht vergessen, dass die intern diätetische Nachbehandlung, und zwar für Jahre Wesentliches beitragen muss, wenn man eine wirkliche Heilung erzielen will. Die Wirkung des Alkohols in Bezug auf Epilepsie, welche die Disposition schafft und vermehrt und auch den Anfall hervorrufen kann, ist durch unsere Fälle illustrirt, auch bei Individuen, die ein Schädel- und Gehirntrauma erlitten haben. Hier gilt das Gebot der strengsten Abstinenz von Alkoholicis. Kinder, die ein Gehirntrauma erlitten haben, sind nach den gleichen Grundsätzen zu erziehen, wie sie die Nervenspecialisten für einfach erblich neuropathisch veranlagte fordern. Die Epilepsie nach Schädeltraumen kann in der Mehrzahl von Fällen mit aller Sicherheit vermieden werden durch aktives Vorgehen zur Zeit der Verletzung."

P. Wagner (Leipzig).

619. **Zur Verwendung der Tabakbeutelnaht**; von Dr. F. de Quervain. (Centr.-Bl. f. Chir. XXVI. 27. 1899.)

Angeregt durch das Vorgehen von Doyen und durch die zweifellosen Vorzüge der *Tabakbeutelnaht* hat de Qu. in einer Anzahl von Fällen versucht, von dieser einen ausgedehnteren Gebrauch zu machen und sie zum Verschluss des Peritonaeum bei gewissen Laparotomien zu verwenden. Die Absicht, die de Qu. dabei leitete, war die, die Peritonäalwunde auf diese Weise auf ein Minimum zu beschränken und in dem Grade auch die Gefahr der Verwachsungen von Netz und Darm an der Innenseite der Bauchwand zu vermindern. Beim Verschluss der innen mit Serosa ausgekleideten Bauchhöhle kommt die *„ausstülpende Tabakbeutelnaht"* zur Verwendung. Vorbedingungen sind, dass die Eröffnung des Bauchfelles von verhältnissmässig geringer Ausdehnung (8—10 cm) ist und das Bauchfell eine gewisse Verschieblichkeit hat.

Die günstigen Erfahrungen, die de Qu. mit der Tabakbeutelnaht gemacht hat, fordern entschieden zur Nachahmung auf.

P. Wagner (Leipzig).

620. **Sur la fermeture de la plaie abdominale après la laparotomie**; par G. Minxevitch. (Ann. de Gynécol. L. p. 374. Nov. 1898.)

Im Laboratorium der Klinik Lebedjew's untersuchte M. 19 Bauchnarben nach Bauchschnitt mikroskopisch, und zwar 11, bei denen der Schluss der Bauchwunde durch Massennaht und 8, bei denen er durch Etagennaht erfolgt war. Er zieht aus den Untersuchungen den Schluss, dass die *Massennaht* in allen Fällen von Bauchschnitt mit Bauckdecken mittlerer Dicke vorzuziehen sei, und dass man nur bei zu dünnen oder zu dicken Bauchdecken die Etagennaht anwenden solle, dass aber auch dann ein gemischtes Verfahren rathsam

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/262

sei, nämlich die Massennaht mit der Einzelnaht der Muskel-Fascienlage. Gegen die Naht in 4 bis 5 Etagen wendet M. ein, dass es öfters zu Blutungen, sowie zur Bildung todter Räume kommt, und dass eine grosse Menge fremder Körper in der Wunde belassen wird. Zur Vermeidung von Bauchbrüchen ist alles fernzuhalten, was ein Hinderniss der normalen Narbenbildung sein kann, d. h. das Einkrempeln der Haut und des Bauchfelles, ebenso wie das Zwischenlegen von Fett zwischen die Fascienränder. Die Narbe muss unter möglichst günstige Ernährungsbedingungen versetzt, Eiterungen müssen vermieden werden. Die gebildete Narbe muss vor Atrophie und Erschütterung geschützt werden. Bemerkt sei noch, dass M. als Sitz des Einschnittes die Mittellinie des Bauches vorzieht.

J. Praeger (Chemnitz).

621. **Ueber die im Krankenhause im Friedrichshain von 1880—1898 beobachteten Pfählungen**; von Dr. A. Neumann. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 33. 1899.)

Unter 16000 klinisch behandelten Verletzungen der letzten 18 Jahre befanden sich nur 20 *Pfählungen,* von denen 4 den Kopf und 16 den Rumpf betrafen. Die *Pfählungen des Kopfes* führen namentlich am Gesichtschädel zu tief gehenden Verletzungen. Von viel grösserem Interesse sind die *Pfählungsverletzungen des Rumpfes,* die nur Verletzungen der Abdominalhöhle und ihrer Wandungen betrafen. N. unterscheidet die Verletzungen der vorderen und seitlichen Bauchwandungen zwischen Beckenring und unterer Thoraxapertur zu beiden Seiten der Wirbelsäule von denjenigen, die in den Bereich des Beckenringes selbst fallen. Nach der Ausdehnung unterscheidet er: 1) nicht penetrirende Verletzungen; 2) penetrirende Verletzungen und dann meist mit Vorfall von Eingeweiden; 3) penetrirende Verletzungen mit Verletzung von Eingeweiden. Ob die eine oder die andere Verletzung zu Stande kommt, d. h. ob dabei die Bauchdecken durchstossen werden oder nicht, das hängt ab: 1) von der Beschaffenheit des verletzenden Körpers; 2) von der Stärke und Richtung des Angriffes und 3) von der Beschaffenheit der angegriffenen Partie der Bauchwandung im Momente des Angriffes.

Der Darm kann im Wesentlichen in viererlei Weise verletzt werden: 1) Er wird an Ort und Stelle, an der er von dem verletzenden Körper getroffen wird, durchschlagen oder so stark contundirt, dass er sekundär nekrotisch und meist nachträglich perforirt wird. 2) Der Darm wird entfernt von der getroffenen Stelle zum Platzen gebracht. 3) Der Darm wird an die der verletzten gegenüberliegende Bauchwand, in Sonderheit an die Wirbelsäule und an die Beckenwand angedrückt, und daselbst durchgequetscht. 4) Der Darm wird von dem pfahlartigen Körper mitgenommen und in seiner Continuität durchrissen oder von seinen Befestigungsbändern losgerissen.

Die Krankengeschichten werden im kurzen Auszuge mitgetheilt. P. Wagner (Leipzig).

622. **Ueber die Drainage nach Laparotomieen mit schweren Complikationen;** von Dr. L. Seeligmann. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 39. 1899.)

Die Arbeit gründet sich auf 20 von S. zum Theil zusammen mit Dr. Lomer ausgeführte *Laparotomieen mit schweren Complikationen* (Eiteraustritt in die Bauchhöhle, Ureteren- und Darmverletzungen u. s. w.), bei denen mit günstigem Erfolge (kein Todesfall) die *Drainage* angewendet wurde.

Die empfohlenen Methoden der Drainage sind folgende: 1) Die Drainage des Peritonaeum durch den unteren Bauchwundwinkel: a) mittels Gummidrainrohr (M. Sims); b) mittels Jodoformgaze (Mikulicz). 2) Die Drainage des Peritonaeum durch den unteren Bauchwundwinkel mit gleichzeitigem Abschlusse der übrigen Bauchhöhle: a) durch Diaphragmabildung (Schede); b) durch Abdachung (Frank). 3) Die Drainage des Peritonaeum durch den Douglas'schen Raum mit gleichzeitiger Abdachung nach oben nach Entfernung des Uterus (Bardenheuer).

S. hat nach Ausschälung der Geschwulst den Douglas'schen Raum mittels eines Perforatorium durchbohrt und nach möglichster Erweiterung der Oeffnung die Jodoformgaze vom Abdomen her durchgezogen. Der Abschluss des Operationgebietes wurde durch die Abdachung dadurch bewerkstelligt, dass die erhaltenen Reste der breiten Mutterbänder einerseits und die in diesen Fällen gewöhnlich vergrösserten und verdickten Appendices epiploicae des Darmes mit einander vereinigt wurden. Den Uterus von vornherein mit zu entfernen, hält S. nicht für richtig.

Die Krankengeschichten werden zum Schlusse kurz mitgetheilt. P. Wagner (Leipzig).

623. **Ueber Milzexstirpation wegen Zerreissung der Milz durch stumpfe Gewalt und über die Laparotomie bei schweren Bauchcontusionen überhaupt**; von F. Trendelenburg. (Deutsche med. Wchnschr. XXV. 40. 41. 1899.)

Tr. theilt 6 Fälle von *Milzexstirpation* wegen Zerreissung der Milz durch stumpfe Gewalt mit, von denen 2 in der Bonner, 4 in der Leipziger chirurg. Klinik zur Operation kamen. 4 Kranke starben, 2 genasen. 4mal handelte es sich um eine Ruptur der Milz allein, 1mal war es zu gleicher Zeit zu einer Zerreissung des linken Leberlappens, 1mal zu einer Zerreissung der linken Niere und des rechten Leberlappens gekommen. In 5 Fällen handelte es sich um eine normale, 1mal um eine auf das Doppelte vergrösserte Milz; im letzteren

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/263

Falle war die Ruptur durch ein verhältnissmässig geringfügiges und ganz genau lokalisirt einwirkendes Trauma zu Stande gekommen.

Das grösste Interesse bietet die traumatische Milzruptur in *diagnostischer* Beziehung dar, denn das Schicksal des Verletzten hängt fast lediglich davon ab, ob die Diagnose zur rechten Zeit richtig gestellt und die Blutung noch rechtzeitig zum Stehen gebracht wird oder nicht. Eine genaue *Differentialdiagnose* zwischen den einzelnen, durch Einwirkung stumpfer Gewalt zu Stande gekommenen Organzerreissungen hat praktisch keine allzu grosse Bedeutung. „Denn sobald es sicher oder sehr wahrscheinlich ist, dass überhaupt mehr vorliegt, als eine blosse Contusion, so ist bei dem heutigen Stande der Chirurgie in allen Fällen die sofortige oder baldige Laparotomie indicirt, die das einzige therapeutische und zugleich das beste diagnostische Mittel ist, welches in Frage kommen kann.“ Verletzte mit stärkerer Blutung in die Bauchhöhle sind sicher verloren, wenn die Blutung nicht gestillt wird, bei rechtzeitiger Operation sind sie bei Blutung aus der Milz oder dem Mesenterium so gut wie sicher, bei Blutung aus der Leber unter Umständen noch zu retten. Verletzte mit Magen- oder Darmzerreissung sind ohne Laparotomie so gut wie sicher verloren, auch nach der Operation starben bei Weitem noch die Meisten, aber die Zahl der Heilungen wird wesentlich steigen, wenn die unbedingte Nothwendigkeit sofortigen Eingreifens mehr oder weniger in das Bewusstsein auch der praktischen Aerzte übergegangen sein wird.

P. Wagner (Leipzig).

624. **Ueber Milzexstirpation nach subcutaner traumatischer Milzruptur**; von Dr. M. Madlener. (Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 43. 1899.)

Eine 57jähr. Kr. fiel mit der linken Rumpfseite auf den Rand eines Wassereimers. Symptome innerer Blutung; Collaps. 7 Stunden nach dem Unfalle *Laparotomie*. Entleerung von theils flüssigem, theils geronnenem Blute aus der Peritonäalhöhle. *Milz* nicht vergrössert; an der concaven Fläche querer, bis in den Hilus gehender Riss. *Exstirpation der Milz*. Ausserordentlich langsame Erholung nach der Operation; Anämie, leichte Temperaturerhöhungen, Bauchwandhernie. 6 Monate nach der Operation *Ileusanfall*, offenbar bedingt durch Abknickung einer an der Narbe adhärenten Darmschlinge. Spontanes Verschwinden der Ileussymptome. Mehrere Wochen später *2. Laparotomie zur Beseitigung des Darmwandbruches. Heilung*. Bei dieser 2. Laparotomie konnte M. nachweisen, dass die retroperitonäalen und mesenterialen Drüsen nicht oder wenigstens nicht mehr geschwollen waren, und dass ferner nirgends ein Gebilde zu finden war, das als Nebenmilz zu deuten gewesen wäre.

Aus der Literatur hat M. noch 10 Milzexstirpationen wegen Trauma zusammengestellt, von denen 3 tödtlich verliefen. P. Wagner (Leipzig).

625. **Die chirurgische Behandlung der akuten Peritonitis**; von Dr. A. Tietze. (Mittheil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. V. 1. p. 15. 1899.)

Ueber die *chirurgische Behandlung der akuten Peritonitis* stellt T. folgende Sätze auf:

1) Die Wirkung des chirurgischen Eingriffes bei der Peritonitis beruht (neben der Entspannung der Bauchdecken und Herstellung normaler Cirkulationverhältnisse) vornehmlich auf der Entleerung vorhandenen infektiösen (toxischen) Exsudates, sowie auf der Möglichkeit, durch Drainage oder Jodoformgazetamponade eine beginnende Entzündung auf ihren Herd zu beschränken. 2) Der Eingriff ist daher angezeigt bei dem Nachweise eines solchen Exsudates, und zwar sowohl bei den diffusen, als bei den circumscripten Formen. 3) Ganz ohne Rücksicht auf ein vorhandenes oder fehlendes Exsudat ist der Eingriff vorzunehmen in den ersten Stadien der Perforationperitonitis im engeren Sinne, der traumatischen und postoperativen Peritonitis. Eine beginnende septische Peritonitis erscheint unter diesen Bedingungen als heilbar. 4) Dagegen ist eine bereits vorgeschrittene diffuse septische Peritonitis nicht Gegenstand eines chirurgischen Eingriffes. Von der diffusen septischen Entzündung zu trennen sind diejenigen „trockenen“ Formen, die zwar auch mit diffusen Reizerscheinungen von Seiten des Peritonaeum, aber ohne Mitbetheiligung des Gesammtorganismus (Intoxikation) verlaufen. Auch sie sind nicht Gegenstand einer Operation. 5) Nicht Gegenstand einer Operation sind auch alle jene Fälle, in denen die Allgemeininfektion bereits soweit vorgeschritten ist, dass der Eingriff von vornherein als aussichtlos erscheint.

In dem praktischen Theile der Arbeit hat T. die einschlägige Literatur berücksichtigt und 25 eigene Operationen verarbeitet.

P. Wagner (Leipzig).

626. **Ueber die Resektion der Wirbelbogen bei spondylitischen Lähmungen**; von Prof. F. Trendelenburg. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 3. p. 613. 1899.)

Von Kraske, Goldscheider, Hoffa u. A. sind die operativen Eingriffe bei spondylitischen Lähmungen sehr ungünstig beurtheilt worden. Tr. ist nun nach seinen eigenen, im Laufe der letzten Jahre gesammelten Erfahrungen sowohl in Bezug auf die Ursachen der spondylitischen Drucklähmung, als auch in Bezug auf den Werth der Resektion der Wirbelbogen zu etwas anderen Ergebnissen gekommen.

Tr. führte die Resektion der Wirbelbogen in den letzten 4 Jahren 8mal aus. Die Pat. waren 9, 11, 14, 17, 18, 18, 18, 36 Jahre alt. Die Spondylitis war in den meisten Fällen schon ganz ausgeheilt, bei den übrigen in der Ausheilung begriffen, im frischesten Falle bestand die Krankheit seit 2 Jahren. Die Lähmung war nur in einem Falle kürzlich entstanden, in den übrigen Fällen bestand sie niemals kürzer als $^1/_2$ Jahr, in einem Falle schon seit 17 Jahren. Meist handelte es sich um eine spastische Paraplegie, in einem Falle (epiduraler Abscess) bestand auch eine vollständige sensible Lähmung und Lähmung der Blase; sonst war die Sensibilität so wie die Funktion von Blase und Rectum nur wenig oder gar nicht gestört. Als Ursache des Druckes fand sich bei der Operation 1mal

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/264

ein Abscess, 1mal ein käsiger Herd im Wirbelkanale, 1mal eine peripachymeningitische Granulationmasse, 5mal eine abnorme Enge des Wirbelkanales in Folge der Kyphose ohne sonstige Veränderungen.

Bei der Operation wurde der Gibbus durch Zurückschlagen eines grossen, halbkreisförmigen Hautlappens mit breiter seitlicher Basis freigelegt, die Muskeln wurden von den Dornfortsätzen und den Wirbelbögen theils stumpf, theils mit dem Messer abpräparirt und sodann 3—4 Wirbelbögen mit der *Luer*'schen Zange vorsichtig resecirt. Der Meissel kam nur im 1. Falle zur Verwendung, er ist nicht zu empfehlen. An der freien Beweglichkeit einer neben der Dura nach oben und nach unten eingeschobenen Sonde liess sich erkennen, dass die Resektion bis in den normal weiten Theil des Wirbelkanales vorgedrungen war. Zum Schlusse Catgutnaht der Muskeln über dem Defekt, Hautnaht mit Freilassung von 3 kleinen Wundspalten.

Das Schlussresultat ist folgendes: 4 Kranke sind ganz oder nahezu ganz geheilt; 2 Kranke sind noch in Behandlung, von denen der eine schon deutliche Besserung zeigt, der andere das Stadium der temporären Verschlechterung noch nicht vollständig überwunden hat. Ein Knabe starb in der Heimath 7 Monate nach der Operation, ohne dass eine Besserung der Lähmung eingetreten war; ein junger Mann befindet sich jetzt, 1 Jahr nach der Operation, in demselben Zustande, wie vorher.

Die Ergebnisse seiner Beobachtungen stellt Tr. in folgenden Sätzen zusammen:

1) Bei der spondylitischen Drucklähmung kann der Druck auf das Rückenmark entweder durch einen Abscess oder käsigen Herd im Wirbelkanale oder durch peripachymeningitische Granulationen und Schwielen oder durch die abnorme Enge des Wirbelkanales in Folge der Knickung der Wirbelsäule hervorgerufen sein. Diese letzte Ursache liegt viel häufiger vor, als bisher angenommen wurde.

2) Die Resektion der Wirbelbögen, in den geeigneten Fällen angewandt, giebt eine bessere Prognose, als bisher angenommen wurde. Sie ist besonders angezeigt in allen Fällen von Lähmung bei schon ganz oder nahezu ausgeheilter Spondylitis, während sie bei frischer Spondylitis eine schlechtere Prognose giebt und auch direkt Schaden bringen kann, da sie den kranken Wirbeln den letzten Halt nimmt.

3) Ein Erfolg der Operation ist auch bei fast completer Lähmung nicht ausgeschlossen. Bei nicht completer Lähmung schliesst selbst ein sehr langes Bestehen der Lähmung (bis zu 17 Jahren) einen Erfolg nicht aus.

4) Der Erfolg der Operation kann, wie nach den operativen Eingriffen bei Drucklähmung peripherischer Nervenstämme (und wie nach der Nervennaht) erst längere Zeit nach der Operation beurtheilt werden. Meist dauert es $^1/_2$ oder 1 Jahr, bis die Lähmung vollständig zurückgeht.

P. Wagner (Leipzig).

627. **Altérations vertébrales dans le mal de Pott**; par Ménard. (Revue d'Orthop. 3. 4. 5. 1899.)

Durch genaue Untersuchung von Präparaten aus klinisch beobachteten Spondylitisfällen in grosser Zahl sucht M. unsere Kenntnisse über den Verlauf des Leidens zu erweitern. Leider fehlen die Frühstadien in der interessanten Serie.

Interessant und praktisch von Bedeutung ist, dass eine Verschmelzung der Bogenreihe in älteren Fällen regelmässig getroffen wird, während reparative Ossifikation im Bereiche der eingeschmolzenen Wirbelkörper kaum angedeutet ist. Der Wirbelkanal ist sehr selten verengert, nur 1mal fand M. Verlagerung eines Wirbelfragmentes in das Lumen hinein. Die Lähmung ist also nicht auf Abknickung und Quetschung des Markes, sondern auf den Druck pachymeningitischer Granulationen und Abscesse zu beziehen. Vulpius (Heidelberg).

628. **Non-tubercular inflammation of the spine**; by T. Halsted Myers. (Med. News LXXIV. 21. p. 641. May 1899.)

Die nicht tuberkulöse Entzündung der Wirbelsäule wird nicht genügend beachtet, in der Praxis zusammengeworfen mit der tuberkulösen Spondylitis, in den Lehrbüchern mit einigen Worten abgehandelt. In Wahrheit ist sie durchaus nicht selten, ihre Aetiologie ist eine recht mannigfaltige.

Besprochen wird zunächst die *syphilitische* Spondylitis, die als Periosteitis, rareficirende Osteitis und als Gummi an allen Stellen des Wirbels und der Wirbelsäule auftreten kann.

Weiter kommen *rheumatische* Entzündungen in Betracht. Man kann wohl unterscheiden eine rheumatische Arthritis der Wirbelgelenke und eine Osteoarthritis. Erstere hat mehr akuten Charakter, letztere entspricht etwa der Arthritis deformans. M. will eine dritte Art hinzufügen, die sich durch Ossifikation der Ligamente charakterisirt.

Primäre oder sekundäre maligne *Neubildungen* der Wirbelsäule mit Kyphose sind nicht ganz selten. Auch *Syringomyelie* verursacht bisweilen Kyphose. *Gonorrhoische* Entzündungen sind sehr selten, eben so wohl typhöse. Manchmal kommen pyämische Lokalisationen an der Wirbelsäule vor.

Eine grosse Gruppe aber stellt unzweifelhaft die *traumatische* Spondylitis dar. Hier beruht die Gibbosität wohl auf einer verkannten oder nicht genügend beachteten Fraktur, die in Folge verfrühter Belastung zur Dislokation führt.

Für die Praxis ergeben sich neben anderen weniger wichtigen Punkten folgende Rathschläge: 1) antisyphilitisch behandeln, wo irgend Verdacht vorhanden; 2) längere Ruhe und Immobilisation anordnen, wo die Möglichkeit einer Fraktur vorliegt.

Vulpius (Heidelberg).

629. **Forcible straightening of the spine**; by A. M. Phelps. (Post-Graduate XIV. 2. p. 109. Febr. 1899.)

Ph. ist der Ansicht, dass das Calot'sche Redressement des Gibbus Erfolg verspricht im Be-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/265

ginne des Leidens, bei geringer Deformität, bei Fehlen von Abscessen, bez. nach deren Heilung, bei Lähmung. Lumbale Erkrankungen sind gutartiger als dorsale.

Er befürchtet indessen, dass durch kritiklose Auswahl der Fälle und die dadurch bedingten Misserfolge die Operation in Verruf und in Vergessenheit kommen wird, in der sie 2400 Jahre schlummerte.

Vulpius (Heidelberg).

630. **La scoliose dite sciatique**; par Denucé. (Revue d'Orthop. 5. 1899.)

Nach zusammenfassender Besprechung der allerdings unvollständig gesammelten Literatur und auf Grund von 3 eigenen Beobachtungen kommt D. zu folgenden Schlüssen: 1) Eine Ischias scoliotica giebt es gar nicht! 2) Idiopathische Ischias veranlasst verschiedenartige Entlastungshaltungen. 3) Findet man zugleich eine mehr oder weniger fixirte Krümmung der Lendenwirbelsäule und eine Ischias, so ist meist eine Entzündung des Sacroiliacalgelenkes anzunehmen.

Vulpius (Heidelberg).

631. **Die Hornhaut, ein neues Material zur Herstellung orthopädischer Apparate**; von Vulpius. (Münchn. med. Wchnschr. XLV. 52. 1898.) Autorreferat.

Hornhaut ist eine präparirte Thierhaut, die sich in weichem Zustande sehr gut walken lässt, dann sehr hart und widerstandsfähig auch gegen Feuchtigkeit wird. Die mit diesem Materiale (Bezugsquelle *Oscar Wagner* in Düsseldorf) hergestellten orthopädischen Apparate, Corsette, starre Hülsen, Prothesen sind seit 2 Jahren in der V.'schen orthopädischen Anstalt im Gebrauche und haben sich gut bewährt.

632. **Das Princip der Construktion von Verbänden und Prothesen bei tuberkulöser Entzündung der Knochen und Gelenke**; von Dollinger. (Ztschr. f. orthopäd. Chir. VII. 1. 1899.)

Genaue *Fixation* ist das Haupterforderniss zur Ausheilung tuberkulöser Entzündung. Sie kann durch Gipsverbände oder durch abnehmbare Hülsenapparate erreicht werden.

Die Extension ist weiter nichts als eine mangelhafte Fixation und theilweise Entlastung des kranken Gelenkes. Die *Entlastung* lässt sich ebenfalls ambulant im Verband oder Apparat erzielen. Sie dient dazu, Deformirung der entzündlich erweichten Knochen zu verhüten.

Vulpius (Heidelberg).

633. **Prevention and correction of short leg in hip disease**; by Robert Jones. (Lancet Dec. 17. 1899.)

Zur *Verhütung* der Beinverkürzung bei Coxitis empfiehlt J. strenge Erhaltung der Abduktion, zugleich aber auch der Streckstellung, ferner bei eingetretener Verschiebung des Kopfes alsbaldige Vornahme von Repositionversuchen.

Besteht eine knöcherne Hüftankylose neben der Verkürzung, so sind schräge transtrochantere Osteotomie, subcutane Adduktorendurchschneidung, Heilung in Abduktion angezeigt. Ist aber die Ankylose eine fibröse, so wird das Redressement gemacht, dann die Abduktion durch langdauernde Fixation gesichert, da hier Recidive häufiger sind als nach Osteotomie. Vulpius (Heidelberg).

634. **De la coxa vara congénitale**; par Mouchet. (Gaz. hebd. XLVI. 41. 1899.)

M. berichtet über 2 Fälle, die er als congenitale anzusprechen sich berechtigt glaubt. Bezüglich der Aetiologie erwähnt er die Möglichkeit eines intrauterinen Schenkelhalsbruches, der mit Dislokation verheilt ist.

Der Schenkelhalsbruch ist bei Kindern neuerdings viel häufiger festgestellt worden, besonders mit Hülfe der Radiographie, als man früher annahm. Vulpius (Heidelberg).

635. **La hanche bote et son ostéo-arthrite**; par Jaboulay. (Lyon méd. LXXXIX. p. 469. Déc. 1898.)

J. glaubt, dass manche Fälle von Coxa vara zu beziehen sind auf *ungleiche Länge der Beine*. Das längere Bein werde abnorm belastet, dadurch entstehe eine Art entzündlicher Gelenkreizung, die sowohl Spasmen, wie auch Erweichung des Knochens erzeugt. In Folge letzterer rückt der Schenkelkopf abwärts. Vulpius (Heidelberg).

636. **Ueber Coxa vara traumatica infantum**; von Dr. Joachimsthal. (Arch. f. klin. Chir. LX. 1. p. 71. 1899.)

J. zeigt durch eine eigene Beobachtung, dass auch für die Schenkelhalsverkrümmungen im frühen Kindesalter gelegentlich ein offenbar traumatischer, zu einer Lösung der Kopfepiphyse führender Anlass die Deformität einleiten und bedingen kann.

Es handelte sich um ein 5½jähr. Mädchen, das nach Sprung durch einen Reifen Schmerzen in der rechten Hüfte bekam und zu hinken anfing. Der Fall bot das typische Bild der Coxa vara; im Röntgenbilde erschien die Epiphysenlinie am rechten Femurkopfe verdickt und geknickt. Es handelte sich also einfach um eine traumatische Epiphysenlösung. Symptome von Rhachitis bestanden nicht. P. Wagner (Leipzig).

637. **Difformité consécutive à une résection du tibia etc.**; par Walther. (Revue d'Orthop. Nr. 3. 1899.)

Bei einem 18jähr. Burschen war vor 3 Jahren wegen Osteomyelitis ein 6 cm langes Stück aus dem unteren Ende der Tibiadiaphyse resecirt worden. Die Fibula hatte nun allein die Stützfunktion zu übernehmen und, da sie von einer Infektion betroffen wurde, kam es zu einer starken Verbiegung des Unterschenkels und Fusses.

Die Correktur wurde von W. erzielt durch Resektion eines 4 cm langen Stückes aus der Fibula, welche letztere sich als stark hypertrophisch erwies, offenbar unter dem Einflusse der gesteigerten funktionellen Inanspruchnahme. Vulpius (Heidelberg).

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/266

638. **Subluxation du V. Metatarsien etc.**; par Morestin. (Revue d'Orthop. Nr. 4. 1899.)

Eine seltene Indikation zur Arthrodese war in dem M.'schen Falle gegeben durch eine habituelle Luxation der Basis des 5. Mittelfussknochens nach oben innen, die sich nach einem Fehltritte entwickelt hatte.

Nachdem ein fixirender Gipsverband erfolglos geblieben war, wurde die Arthrodese mit gutem Erfolge ausgeführt. Die Nachuntersuchung nach etwa einem Jahre ergab, dass zwar eine ganz geringe Beweglichkeit des Gelenks geblieben war, dass aber keine Neigung zu erneuter Dislokation vorlag. Vulpius (Heidelberg).

639. **Les difformités acquises des orteils**; par Kirmisson. (Revue d'Orthop. Nr. 2. 1899.)

H. weist darauf hin, dass keineswegs nur unzweckmässiges Schuhzeug Deformitäten der Zehen erzeuge, dass vielmehr sehr häufig Leute damit behaftet sind, die niemals sogen. elegante Stiefel getragen haben. Er vermuthet, dass es sich hierbei nur um die örtliche Aeusserung einer allgemeinen Krankheit handle, namentlich des chronischen Rheumatismus, ferner aber auch um nervöse Störungen. Gelegentlich liegen auch Unregelmässigkeiten in der Epiphysenentwickelung zu Grunde analog dem Genu valgum.

Vulpius (Heidelberg).

640. **Pied bot varus d'origine traumatique etc.**; par Kirmisson. (Revue d'Orthop. Nr. 3. 1899.)

Ein Kind erlitt mit 3 Jahren eine Durchtrennung der Peronäalmuskeln, die nicht beachtet wurde. Mit 6 Jahren wurde wegen Klumpfusses die Sehnennaht gemacht. Mit 10 Jahren kam das Kind zu K., der wegen Recidivs des Klumpfusses die Arthrodese ausführte.

K. glaubt, dass die Sehnennaht zwar gelungen sei, aber doch eine Dehnung der Sehnennarbe nicht habe verhüten können, die nun ihrerseits von Neuem die fehlerhafte Fussstellung veranlasste.

Da die Sehnennaht so wenig zuverlässig sei, meint K., die Arthrodese der Sehnenüberpflanzung vorziehen zu sollen. Vulpius (Heidelberg).

641. **Zu den Klumpfussoperationen**; von A. Schanz. (Centr.-Bl. f. Chir. XXVI. 25. 1899.)

Sch. glaubt, dass ein Theil der Recidive nach dem Redressement des Klumpfusses anf die frühzeitige Achillotenotomie zu beziehen ist. Er räth, den redressirten Fuss erst für einige Wochen in Equinusstellung einzugipsen, bis er nicht mehr zurückfedert, und dann erst zu tenotomiren. [Kleine Füsse werden dabei sehr häufig aus dem Verbande herausschlüpfen. Ref.] Vulpius (Heidelberg).

642. **Le pied forçé**; par Boisson et Chapotot. (Arch. de Méd. et de Pharm mil. XXXIII. 2. p. 81. Févr. 1899.)

Dem „pied forcé" („Fussgeschwulst") der Infanteristen ist wie in Deutschland, so auch in Frankreich neuerdings mehr Interesse geschenkt worden, namentlich seitdem die Radiographie das Wesen des Leidens aufgeklärt hat. B. u. C. theilen ihre Erfahrungen und Ansichten über das Leiden mit und kommen zu folgenden Schlüssen. Man muss zwei Arten des Pied forcé trennen: 1) Es handelt sich um Diaphysenbrüche von Mittelfussknochen. 2) Es bestehen Verstauchungen und arthritische Processe in den Metatarsalgelenken. Die Affektion kann durch langes Marschiren entstehen oder aber durch plötzliche Traumen. Im ersteren Falle ist die Prognose günstiger.

Vulpius (Heidelberg).

643. **Die Brüche der Mittelfussknochen in ihrer Bedeutung für die Lehre von der Statik des Fusses**; von G. Muskat. (v. Volkmann's Samml. klin. Vortr. N. F. 258. 1899.)

Durch neuere Untersuchungen, und zwar mit Zuhülfenahme der Röntgenstrahlen, ist festgestellt worden, dass die sogen. *Fussgeschwulst* auf einem Bruche der Mittelfussknochen beruht. Das Eigenthümliche und Neue ist 1) dass die Brüche der Mittelfussknochen ohne direkte Gewalteinwirkung zu Stande kommen und 2) dass fast ausschliesslich der 2. und 3. Mittelfussknochen befallen wird. Dieser letztere Umstand findet dadurch seine Erklärung, dass die neuere wissenschaftliche Forschung und die Röntgenstrahlen unwiderleglich klargelegt haben, dass der vom Körper belastete Fuss folgende drei Stützpunkte hat: Calcaneus, Capitulum metatarsi II, Capitulum metatarsi III.

P. Wagner (Leipzig).

644. **Zur totalen Entfernung des knöchernen Schultergürtels**; von Dr. Könitzer. (Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 5 u. 6. p. 594. 1899.)

Dass die Ansichten über die Behandlung des Sarkoms des Oberarms noch weit auseinandergehen, beweisen die verschiedenen Vorschläge, in denen bald die alleinige Entfernung des Tumor, bald die Absetzung des Arms, bald die totale Entfernung des knöchernen Schultergerüstes gefordert wird. Für die letztere Operation ist besonders Berger eingetreten und K. vertheidigt sie auf Grund von 5 Operationen, die innerhalb der beiden letzten Jahre in der chirurgischen Abtheilung des Krankenhauses Bethanien in Stettin vorgenommen wurden. Bei diesen totalen Entfernungen des knöchernen Schultergürtels handelte es sich 4mal um Sarkom, 1mal um Tuberkulose. 1 Kranker (Sarkom) starb kurz nach der Operation; die 3 anderen Sarkomkranken waren 3, 5 und 20 Monate nach der Operation noch gesund und recidivfrei. Der wegen Tuberkulose operirte Kranke soll 1 Jahr nach dem Eingriffe an einer unbekannten Krankheit gestorben sein.

K. hat die bis 1896 gehende Schultz'sche Statistik weiter geführt und aus den letzten Jahren 29 Fälle von totaler Entfernung des knöchernen Schultergürtels gesammelt; 24 Kranke wurden wegen Tumoren operirt (1 starb im Anschlusse an die Operation). 5 Kranke waren nach einem bis mehreren Jahren noch recidivfrei.

P. Wagner (Leipzig).

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden
http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/267

645. **Zur operativen Therapie der habituellen Schultergelenksluxation**; von Dehner. (Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. Nr. 5. 1898.)

Die wenigen bisher bei diesem Leiden versuchten Operationen bezweckten eine Verengerung der Vorderkapsel. Dadurch wird aber der Kopf erst recht nach vorn gezogen, was besonders ungünstig ist, wenn schon Abschleifungen am Pfannenrande bestehen.

D. drang von hinten her nach Spaltung des Deltoides auf die Kapsel vor, fand die Sehnen des M. supra- und infraspinatus abgerissen, nähte die gefaltete Kapsel mit Steppnaht und erzielte ein sehr schönes Resultat, ein durchaus normal bewegliches Schultergelenk.

Vulpius (Heidelberg).

646. **Troubles d'accroissement des os de l'avant-bras etc.**; par Gérard Marchand. (Revue d'Orthop. Nr. 4. 1899.)

Bei einem 18 Jahre alten Burschen fand sich als Folge eines vor 8—9 Jahren erlittenen Radiusbruches eine relative Wachsthumsverlängerung der Ulna. Die Speiche war in der Entwickelung zurückgeblieben, offenbar in Folge von Epiphysenlösung. Die Ulna prominirte neben dem Metarcapale V und bedingte Verlagerung der Hand nach der Radialseite und fast völlige Unbrauchbarkeit derselben. Es wurde ein 2 cm langes Stück der Ulna entfernt, und zwar aus der Diaphyse. Der Erfolg war sowohl hinsichtlich der Stellung, als der Gebrauchsfähigkeit der Hand befriedigend.

Vulpius (Heidelberg).

647. **Deux cas d'hypertrophie congenital des membres**; par Galvani. (Revue d'Orthop. 1898.)

1) 18jähr. Pat. mit enormer angeborener Hypertrophie des 2. und 3. Fingers der rechten Hand. Ein Onkel hat die gleiche Missbildung am Zeigefinger. Beide Finger wurden, weil störend, amputirt.

2) 18jähr. Pat. mit Hypertrophie der 1., 2. und 3. Zehe des rechten Fusses, die, angeboren, in den letzten 4 Jahren rasch zunahm. Aussehen, Beweglichkeit der Zehen waren normal. Amputation der störenden 2. Zehe.

Vulpius (Heidelberg).

648. **Adenoids as an etiological factor in orthopedic deformities;** von F. Coolidge. (Medicine Nr. 7. 1898.)

C. bringt ein halbes Dutzend Fälle, in denen sich adenoide Rachenwucherungen oder deren Residuen neben orthopädischen Leiden fanden. Er erwägt die Möglichkeiten des inneren Zusammenhanges beider Affektionen: 1) Beides ist ein Degenerationzeichen. 2) Die Deformität entsteht durch Athmungsbehinderung. 3) Die Deformität entsteht durch ein tuberkulöses Gelenkleiden, die Infektionpforte bildeten die Wucherungen. 4) Die Wucherungen erzeugen allgemeine nervöse Schwäche, diese die Deformität.

Die Erklärungsversuche sind, ausgenommen Nr. 2, doch recht gewaltsam herbeigezogen.

Vulpius (Heidelberg).

649. **Ueber multiple Angiosarkome.** *Ein Beitrag zur Geschwulstlehre;* von Dr. Fritz König. (Arch. f. klin. Chir. LIX. 3. p. 600. 1899.)

Bei einem 61jähr. Manne stellten sich unter lebhaften Schmerzen am linken Fusse Hautveränderungen am Nagelgliede der 2., dann der 4., endlich der 5. Zehe ein, die als leichte Gangränherde des Altersbrandes aufgefasst wurden (Schmerzen, Verfärbung der Haut, Entzündung, Schorfbildung). Unbedeutende Eingriffe (Incision, beziehungsweise mit Extraktion des Nagels der 4. Zehe, wobei sich Blut entleerte) führten allmählich zur Heilung unter pigmentirter Narbenbildung. An der 5. Zehe blieb jedoch an Stelle des Nagels ein braunschwarzer Schorf, der sich nicht abstossen wollte. Die ganze Zehe bläulichgrau gefärbt. Keine Demarkation. Da wurden (nach ca. 5 Monaten) zwei Tumoren in der Wadenmuskulatur und tief in der Kniekehle desselben Beines constatirt, wallnussgross, hart.

Exstirpation der Tumoren: unter der Fascia, in der Muskulatur gelegene knollige, ziemlich gut abgekapselte, aber doch fest mit den Muskelinterstitien verbundene Geschwülste von fleckigem Aussehen, theils dunkelroth, theils grauweiss gefärbt. Bei der Exstirpation der 5. Zehe zeigte sich im M. interosseus, zwischen Metatarsus IV und V, ein gleichfalls intensiv rother, runder Tumor, der offenbar in den Metatarsus V hineinging. Daher Entfernung dieses Knochens mit der Geschwulst. Später noch Amputation der 2. bis 4. Zehe im Metatarsus.

Ein Sagittalschnitt durch die Knochen ergab: 1) im Capit. metatarsi V einen erbsengrossen rothen Tumor, Knochen durchbrochen, unmittelbarer Zusammenhang mit der im Interosseus gefundenen Tumormasse — ein haselnussgrosser röthlich-grauer Tumor im Endglied, die Phalanx III ersetzend, auf die II. übergehend, an der Stelle des Nagels als Schorf erscheinend; 2) einen linsengrossen rothen Tumor in der Endphalanx der 2. Zehe, unter der pigmentirten Narbe der verheilten Incision, die Phalanx zum Theil ersetzend; 3) an der 4. Zehe: Mangel der Endphalanx und des Nagels, an der Stelle der Narbenschrumpfung eine stecknadelkopfgrosse braune Partie.

Der Kr. ist geheilt, weitere Geschwülste sind nicht nachweisbar. (Anfang der Erkrankung Juni 1898, Endcontrole 17. April 1899.)

Histologisch müssen die Geschwülste in die Rubrik der Tumoren eingereiht werden, die man bald als Endotheliome, Endothelsarkome, bald als Angiosarkome bezeichnet hat.

Das Hauptgewicht möchte K. auf die Beobachtung legen, dass unter den Augen des Arztes multiple Neubildungen, die man bis jetzt den Geschwülsten zuzählen muss, und die sich durch ihre Eigenschaften als bösartig erweisen, fast ganz zur anatomisch nachgewiesenen Heilung kommen. K. scheint in dem Aufbau der Geschwulst selbst die Anlage zur Spontanheilung begründet: Hervorrufen des Angiosarkoms durch eine auf die Endolien wirkende Schädlichkeit, Geschwulstbildung und in gleicher Weise entzündliche Exsudation durch diese Erkrankung der Gefässwände. Indem die Entzündung und ihre Folgen die Oberhand gewinnen, verschwindet der eigentliche Geschwulstprocess und kommt zur Heilung.

P. Wagner (Leipzig).

650. **Mucocele des Sinus frontalis**; von Dr. Otto Hallauer in Basel. (Ztschr. f. Augenhkde. II. p. 159. 1899.)

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/268

H. beobachtete bei einer 35jähr. Frau eine Mucocele des Sinus frontalis von ganz ungewöhnlich grosser Ausdehnung.

Die Pat. hatte in der Kindheit an Otitis media gelitten, war aber sonst nie krank gewesen. Zum 1. Male trat im 17. Lebensjahre ein Knoten am oberen Lide auf, die Geschwulst nahm immer mehr zu, machte sich aber ausser durch ihre Grösse und die bewirkte Entstellung weder durch Schmerz, noch durch eine andere Störung bemerkbar. Und doch war die Geschwulst 9 cm hoch, 10 cm breit und der Augapfel fast bis in die Höhe der Nasenspitze, also über 4 cm nach unten verdrängt. Es bestand kein Doppeltsehen, die Beweglichkeit des Auges war nur nach oben beschränkt, der Augenhintergrund war nur wenig verändert. Nach der Entleerung der Cyste (breiter Einschnitt von der Augenbrauengegend aus) rückte der Augapfel von selbst um über 2 cm wieder nach oben. Die Cystenwand war bis auf 6.6 mm verdickt, der Cysteninhalt war eine rothbraune, zähe, glasige Masse, die grosse, mit Fetttröpfchen vollgepropfte Körnchenzellen, kernhaltige Rundzellen, aber keine Mikroorganismen enthielt.

H. empfiehlt für solche Cysten als Operation die Entfernung von aussen (nicht von der Nase aus, wegen Gefahren der Verletzung der dünnen Sinuswand) und Herstellung ausreichender Communikation mit der Nase. Nicht zu empfehlen sind einfache Punktionen, da das Sekret sich schnell wieder ansammelt und ausserdem die Gefahr einer eiterigen Infektion des Cysteninhaltes gegeben ist. Lamhofer (Leipzig).

651. **Fetthernien der oberen Augenlider**; von H. Schmidt-Rimpler. (Centr.-Bl. f. Augenhkde. XXIII. p. 297. Oct. 1899.)

Bei älteren Leuten findet man, wohl als Folge der Erschlaffung der Fascien, Wülste im inneren Augenwinkel und ein Herabhängen des oberen Lides. Schm.-R. sah diese verdickten herabhängenden Lider bei einem 19jähr. Mädchen, bei dessen Mutter der gleiche Zustand vorhanden war.

Die Wulstung wurde für eine abnorme Fettansammlung unter der Haut gehalten, aber nach Ausschneidung der Haut über der Geschwulst zeigte es sich, dass unter ihr ein 6 mm grosses Loch in der Orbitalmuskulatur war, aus dem ein von der Fascie bedeckter Wulst von Orbitalfett hervordrang. Nach Ausschneidung des Fettes, Sutur der Fascie und der Haut trat Heilung ein. Die Haut des Lides hatte aber in Folge der lange dauernden Ausdehnung das von Fuchs erwähnte Aussehen wie zerknittertes Cigarrettenpapier.

Schm.-R. glaubt, dass auch die im späteren Alter auftretenden Wülste der Lider auf angeborenem Defekt oder angeborener Schwäche der Muskulatur beruhen. Es betrifft das die Stelle, wo nach Henle die mehr senkrecht ziehenden Theile des M. orbicularis orbitalis mit den mehr horizontalen des M. orbicularis palpebralis zusammenstossen. Lamhofer (Leipzig).

652. **Larmoiement paroxystique hystérique**; par le Dr. C. Fromaget, Bordeaux. (Ann. d'Oculist. CXXII. 1. p. 61. 1899.)

Ein 26jähr. Mädchen, dessen Vater und Schwester sehr nervös waren, das selbst verschiedene hysterische Zeichen bot, wurde im Januar 1899 von F. wegen eines einfachen, aber äusserst hartnäckigen Bindehautkatarrhes mit allen möglichen Mitteln behandelt. 2 Monate später strömten in Zwischenpausen von 5—15 Minuten ohne alle nachweisbare Veranlassung Thränen aus den Augen. In den Zwischenpausen waren die Augen fast normal, kaum etwas geröthet. Während der Nacht thränten die Augen nicht. Alle angewandten Mittel waren vergeblich.
Lamhofer (Leipzig).

653. **Ueber das Vorkommen der Diplobacillenconjunctivitis**; von Dr. Reinhard Hoffmann in Greifswald. (Arch. f. Ophthalm. XLVIII. 3. p. 638. 1899.)

Bei circa 100 Augenkranken der Greifswalder Augenklinik fand H. 50mal den von Morax und Axenfeld beschriebenen Diplobacillus in dem Sekrete der Bindehaut, theils frei, theils in Zellen, meist zu zweien in der Längsrichtung aneinander gelegt, selten in längeren Ketten. Die Bacillen sind ohne Kapsel, entfärben sich nach Gram.

Die objektiven und subjektiven Zeichen dieser Diplobacillenconjunctivitis sind die eines subakuten Katarrhs. Röthung der Lidränder besonders am inneren Winkel, Schwellung der Bindehaut, Eiterabsonderung, Schwellung der Carunkel und Plica. Der Augapfel selbst bleibt fast stets frei. Brennen, Jucken sind die subjektiven Beschwerden. Diese Conjunctivitis findet sich zu jeder Jahreszeit bei Jungen und Alten, mehr beim männlichen Geschlechte und bei der Land- und Arbeiterbevölkerung, braucht zu ihrer Entwickelung 2—3 Tage, dauert gewöhnlich 2—3 Wochen und heilt ohne Recidive unter längerer Einträuflung von 1proc. Zinklösung. Lamhofer (Leipzig).

654. **Coloboma lentis congenitum**; von Dr. Richard Kämpffer in Hamburg. (Arch. f. Ophthalm. XLVIII. 3. p. 558. 1899.)

K. bespricht kritisch alle bisher in der Literatur erwähnten Fälle von Linsencolobom und stellt sie tabellarisch zusammen. Das angeborene Linsencolobom dürfte gar nicht so selten sein, wie es nach den Veröffentlichungen scheint. Das angeborene Linsencolobom ist nach K. ein randständiger, an verschiedenen Stellen des Randes befindlicher, wahrer oder scheinbarer Defekt einer sonst normal gestalteten Linse, dessen Form sich zwischen der einer Einkerbung und der einer Sichel bewegt. Die Ursache kann eine verschiedene sein. Zu den wirklichen Defekten werden auch die in Folge von Insufficienz der Zonula Zinnii entstehenden Pseudodefekte gerechnet. Das Colobom wurde mehr bei Männern als bei Frauen beobachtet. Die durch das Colobom entstehenden Störungen sind gering. Oft wurde eine durch den Bau des Auges nicht erklärliche Kurzsichtigkeit angegeben. Fötale Entzündung, gestörter Schluss der Fötalspalte, Persistenz embryonaler Gefässe oder Mangel solcher Gefässe, unsymmetrische Entwickelung der Zonula — All' das wird als Ursache von Colobomen der Linse von den einzelnen Autoren erwähnt und ist es auch in den einzelnen Fällen.
Lamhofer (Leipzig).

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/269

655. **Ein Fall von Augenmuskelmetastasen nach Carcinoma mammae**; von Dr. H. Wintersteiner in Wien. (Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXVII. p. 331. Sept. 1899.)

Eine an Carcinom der linken Brust und an Krebsablagerungen in verschiedenen Organen verstorbene 58jähr. Frau, bei der während der letzten Lebenstage Beweglichkeitstörung des rechten Auges bestand, hatte, wie die anatomische Untersuchung zeigte, auch in den Augenmuskeln Krebsablagerungen. Im M. rectus internus und M. rectus inferior fand W. ein hanfkorngrosses Krebsknötchen; aber auch in allen anderen Augenmuskeln bestand Infiltration mit Krebszellen, wenn auch von geringerer Ausdehnung. Dort, wo Knötchen vorhanden waren, fiel besonders die schwielige Verdickung des Perimysium extern. et internum auf. An den Fasern der Muskeln war nur einfacher Schwund, kein Eindringen von Krebszellen in die Sarcolemmschläuche nachzuweisen. Was die Nerven betrifft, so waren sie nirgends von den Geschwülsten gedrückt oder zum Schwunde gebracht, weshalb W. die Lähmung der Muskeln als eine rein muskuläre auffasst.

Im Uebrigen müssen wir auf die genauere Schilderung und Abbildung dieses sehr seltenen pathologisch-anatomischen Befundes in der Abhandlung verweisen.

Lamhofer (Leipzig).

656. **Ueber Glioma retinae;** von Jakob Isler in Basel. (Inaug.-Diss. Basel 1899. Buchdruckerei von M. Werner-Riehm.)

Mit einer Schilderung der Symptome und des Verlaufes des Netzhautglioms giebt Is. 15 Krankengeschichten von Kindern mit Gliom, die in der Augenklinik in Basel von 1864—1898 behandelt worden sind. Die Diagnose auf Gliom war in dieser Zeit 17mal gestellt worden, aber 1mal handelte es sich um Tuberkulose der Aderhaut, 1mal um Iridocyclitis mit vollständiger Netzhautablösung. 3 Kr. mit doppeltseitigem Gliom wurden nicht operirt. 1 Gliomfall kam auf 3652 Augenkranke, also 0.027%. Von den 11 Operirten leben noch 5. Bei diesen waren die ersten Krankheitzeichen nicht länger als 3 Monate vor der Operation bemerkt worden. Heilung kann nach Is. im 1. und im 2. Stadium der Krankheit noch erwartet werden. Is. tritt auch für Operation ein, wenn die Krankheit doppeltseitig ist, da für den Arzt die Erhaltung des Lebens eben Pflicht sei.

Lamhofer (Leipzig).

657. **Neuritis optica und Myelitis acuta**; von Dr. Albin Dalén. (Arch. f. Ophthalm. XLVIII. 3. p. 672. 1899.)

In der Universität-Augenklinik von Prof. Fuchs in Wien und später in der medicinischen Klinik von Prof. Nothnagel wurde ein kräftig gebauter 48jähr. Tagelöhner behandelt, der bei seiner Aufnahme über Abnahme des Sehvermögens beider Augen klagte, das er auf eine 4 Wochen vorher erlittene starke Erkältung nach starker Erhitzung bezog. Schon am Abende der Erkältung soll das linke Auge trüb gesehen haben, nach 8 Tagen erblindete es fast vollständig, nach 14 Tagen nahm auch das Sehvermögen des rechten Auges ab und dieses erblindete auch. Die Sehnervenpapille des rechten Auges blass, besonders nach aussen, die des linken Auges grau verwaschen; die umgebende Netzhaut zart getrübt, in der Macula des linken Auges waren kleine eben sichtbare Entfärbungsherde. Nach weiteren 14 Tagen klagte der Kr. über Steifheit der Beine; es trat Lähmung derselben, Lähmung der Blase, des Mastdarmes ein, und in den nächsten Tagen entwickelte sich rasch das Bild einer akuten ascendirenden Myelitis spinalis, an der der Kr. etwa 2 Monate nach der Erkältung starb. Bei der *Sektion* fand man eine myelitische Erweichung, vorzugsweise des Lenden- und Brustmarkes, in geringerem Grade auch des Halsmarkes, während Medulla oblongata und Gehirn makroskopisch keine Veränderungen zeigten. Die im Chiasma und den Sehnerven gefundenen Veränderungen waren analog dem Bilde bei akuter Myelitis. Vollständiger Schwund der markhaltigen Fasern im intraorbitalen Abschnitte des linken Opticus, in den intracraniellen Abschnitten der beiden Optici, im Chiasma und den angrenzenden Theilen der Tractus; stark erweiterte Gefässe, Blutungen; Wucherung der Glia-Elemente in beiden Opticis; mässige neuritische Atrophie beider Papillen und der angrenzenden Nervenfaserschicht der Netzhaut. Die Untersuchung auf Mikroorganismen war erfolglos.

Lamhofer (Leipzig).

658. **Ueber einen Fall von Resektion des Ganglion cervicale supremum sympathici**; von Dr. W. Zimmermann in Stuttgart. (Sond.-Abdr. aus d. Ophthalm. Klinik Nr. 14. 1899.)

Z. hat die bisher nur von Wenigen ausgeführte Resektion des Ganglion cerv. supr. und eines 1 cm langen Stückes des aus ihm austretenden Nerven bei einem 34jähr. Manne mit chronischem Glaukom beider Augen ausgeführt, nachdem wiederholte Iridektomien die Spannung nicht zu vermindern und den Verfall des Sehvermögens nicht aufzuhalten vermochten. Sofort nach der Durchschneidung wurde die Pupille so klein, wie sie auch nach den stärksten Eseringaben niemals geworden war, und der Augapfel wurde weich. Die wiederholte Reizung des freigelegten Ganglion supr. während der Operation durch einen schwachen faradischen Strom hatte stets ganz deutliche Erweiterung der Pupille zur Folge; nach der Reizung trat wieder Verengerung ein.

Lamhofer (Leipzig).

659. **Ueber die Veränderungen des Astigmatismus unter einigen physikalischen und physiologischen Einflüssen**; von Dr. N. Botwinnik in Petersburg. (Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 4. p. 336. 1899.)

Viele Kurzsichtige und Astigmatiker pflegen durch Blinzeln, Ziehen der Augenlider nach aussen oben, Druck mit dem Finger auf das Auge u. dgl. ihr mangelhaftes Sehvermögen zu verbessern. Nach den in mehreren Tabellen dargestellten Untersuchungen von B. in der Klinik von Bellarminoff wird durch die angegebenen Einwirkungen die Wölbung der Hornhaut besonders junger Leute leicht verändert, wozu dann noch die Verkleinerung der Lidspalte kommt. Das Blinzeln ruft Abflachung der Hornhaut, hauptsächlich im vertikalen Meridian hervor und leistet bedeutende Dienste bei Selbstcorrektion des gewöhnlichen Astigmatismus und theilweise auch der Myopie. Eine gleiche Wirkung wie das Blinzeln übt auf die Hornhautwölbung auch das Auseinanderziehen der Lider nach oben und unten aus.

Das Wegziehen der Lidhaut nach aussen ruft Abflachung des horizontalen und stärkere Krümmung des vertikalen Meridians hervor und leistet dadurch bedeutende Dienste bei Selbstcorrektion

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/270

des Astigmatismus von umgekehrtem Typus und der einfachen Myopie (in Folge von bedeutender Abflachung des horizontalen Meridians).

Das Aufdrücken auf das Auge in der Richtung nach innen hat eine dem Nachaussenziehen der Lider entgegengesetzte Wirkung und ist ein, wenn auch höchst seltenes, so doch wirksames Mittel für die Correktion des gewöhnlichen Astigmatismus.

Zur Selbstcorrektion des Astigmatismus, also zum Ausgleiche des Astigmatismus der Hornhaut durch accommodativen Astigmatismus der Linse geht B. trotz der Arbeiten von Hess wieder auf die Ansicht von Dobrowolski, Annahme einer ungleichmässigen Accommodation, zurück, für die er das Ergebniss sehr vieler klinischer Untersuchungen an astigmatischen, durch Atropin gelähmten Augen in mehreren Tabellen anführt. Der Grad des Hornhaut-Astigmatismus, der durch ungleichmässige Accommodation corrigirt werden kann, schwankt zwischen 0.5—2.5 Dioptrieen. Wahrscheinlich entwickelt sich, eine Folge des Strebens des Organismus nach Selbsthülfe, der Theil des Accommodationmuskels stärker, bei dessen Contraktion die beste Correktion des Astigmatismus stattfindet. Lamhofer (Leipzig).

660. **Kann Schielen Schwachsichtigkeit verursachen?** von Dr. M. Sachs in Wien. (Wien. klin. Wchnschr. XII. 25. 1899.)

Früher hatte man die Schwachsichtigkeit des Schielauges als Folge des Schielens angesehen, später nahm man an, dass umgekehrt die Schwachsichtigkeit des Auges eine der Ursachen des Schielens sei, und stellte eine Amblyopia ex anopsia vollständig in Abrede. Richtig ist, dass Schwachsichtigkeit das Schielen begünstigt und dass ein schielendes Auge schwachsichtig werden kann. Wir wissen auch, dass nach Verlust des besser sehenden, nicht schielenden Auges das früher schwachsichtige schielende, nunmehr allein gebrauchte Auge an Sehkraft immer mehr zunehmen kann. S. macht darauf aufmerksam, dass die Schwachsichtigkeit des schielenden Auges besonderer Art sei, dass sie in dem Verluste der Fähigkeit bestehe, beim Sehen mit beiden Augen den Eindrücken des abgelenkten Auges die volle Aufmerksamkeit zuzuwenden. Beim alternirenden Schielen entsteht keine Schwachsichtigkeit; der Schutz gegen den Verfall des Sehvermögens besteht hier in der Möglichkeit des alternirenden Fixirens. Lamhofer (Leipzig).

IX. Hygieine und Staatsarzneikunde.

661. **Ueber die Filtrationskraft des Bodens und die Fortschwemmung von Bakterien durch das Grundwasser.** Versuche von Dr. Francesco Abba, Dr. Edmondo Orlandi, Dr. Alipio Rondelli. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXI. 1. p. 66. 1899.)

Durch die Untersuchungen sollte die Filtrationkraft des oberhalb und an den Seiten der Filtergallerien des Turiner Wasserwerkes gelegenen Bodens geprüft und gleichzeitig erforscht werden, wie weit die durchgesickerten Bakterien vom Grundwasser mit fortgeschwemmt werden. Von der zur Anwendung gekommenen Technik ist hervorzuheben, dass als geeignetster Mikroorganismus zur Prüfung der Filtrationkraft des Bodens der bekannte Bacillus prodigiosus erkannt wurde, von dem man sich schnell und leicht grosse Mengen durch Anlegen von Gelatineplatten verschaffen kann. Bei Filtrationversuchen mit dem Bacillus prodigiosus können gleichzeitig auch Farbstoffe verwendet werden, da diese keinen Einfluss auf die Vitalität des Prodigiosus haben. Die intensivste Färbekraft, auch bei grosser Verdünnung, besitzen Methyleosin und Uranin. Es ergab sich, dass bei Filtrationversuchen, die in grosser Entfernung von dem zu verunreinigenden Wasser vorgenommen werden, die bakteriologische Methode zuverlässiger, als die physikalische ist, weil die Bakterien früher als der Farbstoff im Wasser erscheinen. Der Bacillus prodigiosus verbleibt sehr lange im Boden, selbst in den tiefsten Schichten. Unter den gewöhnlichen Bedingungen wurde er bei 30 cm starker Humusschicht, 130 cm dicker Grobsandschicht und 50—70 cm mit sandiger Erde vermischter Kieselsteinschicht gar nicht in die Wassergallerien verschleppt oder in solcher Verdünnung, dass er bei den täglich vorgenommenen bakteriologischen Untersuchungen des Wassers sich nicht nachweisen liess. Hingegen kann er nach längeren Regenperioden in das Wasser gelangen und so ein werthvoller Fingerzeig zur Feststellung des Einflusses werden, den die lokalen Meteorwässer oder die künstlich auf das Terrain der Gallerien geleiteten Wässer auf das normaler Weise in diese eintretende Trinkwasser haben. In einem Versuche gelang es, den Durchgang des 200 m aufwärts von einer Filtergallerie auf den Boden ausgesäten Bacillus prodigiosus festzustellen.

M. Ficker (Leipzig).

662. **Doppelte Sandfiltration für centrale Wasserversorgung**; von Eugen Götze in Bremen. (Arch. f. Hyg. XXXV. 3 u. 4. p. 227. 1899.)

Nach den Beobachtungen an allen Wasserwerken, die Oberflächenwasser durch Sandfiltration reinigen, haben auch die tadellos angelegten Filter Zeiten geringer Leistung: das sind die ersten Tage nach jeder Filterreinigung und sodann die Zeiten des Hochwasserstandes der zur Wasserversorgung herangezogenen Flüsse. In beiden Fällen wird die Filterthätigkeit beeinträchtigt durch den Mangel einer für den gerade vorhandenen Keim-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/271

gehalt des Rohwassers genügenden Verschlammung des Filters. Diese Missstände, wie sie jedes Sandfilter-Wasserwerk haben muss, können selbstverständlich zu schwersten Schädigungen Anlass geben, weil dann ganz bedeutende Keimmengen in das Reinwasser übergehen. G. empfiehlt, ein schlecht filtrirtes Wasser dadurch unschädlich zu machen, dass es einfach nochmals filtrirt wird, diese Nachfiltration hat aber in *verschlammten* Filtern zu geschehen, „die mit Rohwasser von nicht zu schlechter Beschaffenheit eingearbeitet sind". G. berichtet über die Erfahrungen, die er mit dieser Methode gewonnen hat. Danach ist die Abnahme der Keime allerdings eine ganz erhebliche, ebenso die Abnahme des Gehaltes an feinem Thon, durch den namentlich die Hochwässer ihre Trübung erfahren. Da das Verfahren auch einen nicht unbeträchtlichen pekuniären Vortheil darbietet, weil nunmehr alles Wasser nutzbar gemacht werden kann, auch das, was früher als ungenügend gereinigt unbenutzt abgelassen werden musste, so bedeutet es entschieden einen Fortschritt.

M. Ficker (Leipzig).

663. **1) Experimentelle Untersuchungen über die Gewöhnung an Fabrikgase** *(Ammoniak, Chlor, Schwefelwasserstoff);* von Prof. K. B. Lehmann in Würzburg. (Arch. f. Hyg. XXXIV. 4. p. 272. 1899.)

2) Wie viel Chlor nimmt ein Hund in einer Chloratmosphäre auf und auf welchem Wege? von Demselben. (Ebenda p. 308.)

3) Der Kohlensäuregehalt der Inspirationsluft im Freien und im Zimmer; von Demselben. (Ebenda p. 315.)

4) Experimentelle Studien über den Einfluss technisch und hygieinisch wichtiger Gase und Dämpfe auf den Organismus. Theil VIII: *Beiträge zur Kenntniss der Terpentinölwirkung.* Theil IX: *Untersuchungen über die langdauernde Wirkung mittlerer Kohlensäuredosen auf den Menschen;* von Demselben. (Ebenda p. 321. 335.)

1) Die mit staunenswerthem Fleiss ausgeführten mühsamen Versuche ergeben, dass Hunde nach und nach Mengen von Chlor und Ammoniak ohne besondere Schwierigkeiten ertragen, die etwa 2.5—4mal so gross sind wie die, die von Anfang an ertragen werden, gleichgültig, ob das Versuchsthier von Anfang an individuell eine höhere oder geringere Resistenz zeigt. Ein ganz ähnliches Verhältniss hatte L. früher bei Arbeitern einer Sulfitcellulosefabrik festzustellen Gelegenheit gehabt, die etwa das 4fache der Dosis SO_2 ohne Störung ertrugen, die dem Ungewohnten lästig ist. L. vertritt die Ansicht, dass in den zum längeren Aufenthalt bestimmten Räumen durchaus der Gehalt an giftigen Gasen nicht überschritten werden darf, der auch den Nichtgewohnten, den Schwachen und Kränklichen nicht mehr belästigt. Hingegen darf in den Räumen, die nur vorübergehend und nur von Einzelnen betreten werden müssen, die Dosis vorhanden sein, die durch die Gewohnheit erträglich wird. Was den Schwefelwasserstoff anlangt, so ist hier keine Gewöhnung zu constatiren, sondern vielmehr eine Zunahme der Empfindlichkeit.

2) Es wurde festgestellt, dass ein Hund von 6 kg pro 1 Stunde im Durchschnitt 126 mg Chlor zu absorbiren vermag: diese Chlormengen werden zum grössten Theile ($^4/_5$—$^5/_6$) durch die Haut, bez. Haare absorbirt, nur ein sehr geringer Theil durch die Lunge.

3) Aus den Untersuchungen geht hervor, dass der CO_2-Gehalt der Inspirationluft im Freien und im Zimmer sehr verschieden gross ist, viel verschiedener, als man bisher angenommen hat. Die Analyse der Inspirationluft im Freien ergab den bekannten CO_2-Gehalt von ca. $0.4\,^0/_{00}$. Beim Sitzen oder Stehen jedoch auch im gut ventilirten Zimmer war der CO_2-Gehalt auf $2\,^1/_2$—$3\,^1/_2\,^0/_{00}$ erhöht; der Mensch ist eben bei ruhigem Sitzen von einer Wolke seiner eigenen Exspirationluft umgeben, von der wir 4—$6\,^1/_2\,^0/_0$ wieder einathmen. Unter Umständen erreicht dieser CO_2-Gehalt der Inspirationluft im Zimmer Werthe bis zu 6 und $7\,^0/_{00}$.

4) Die Einathmung grösserer Terpentinöldosen ruft sehr heftige Krämpfe, klonischer, tonischer und tetanischer Art, hervor, ebenso treten Wälz- und andere Zwangsbewegungen, wie sie bei Schwindel typisch sind, fast regelmässig auf. Diese an Thieren gewonnenen Resultate legen den Gedanken nahe, dass auch für den Menschen grössere Dosen von Terpentinöl bei Inhalation bleibende Störungen des Nervensystems hervorbringen können, genau so wie alle stärkeren Nervengifte. Aber auch bei mässigeren Dosen wird Vorsicht geboten sein, bei 6 mg pro Liter zeigten die Thiere schon leichte narkotische Symptome.

Während die Untersuchungen über die Wirkung grösserer CO_2-Mengen als abgeschlossen zu betrachten sind (nach den übereinstimmenden Ergebnissen der verschiedenen Autoren macht ein CO_2-Gehalt von 7—$8\,^0/_0$ CO_2 den Menschen rasch krank), ist die Frage nach der Giftigkeit der CO_2 in kleineren Mengen (etwa 1—$4\,^0/_0$) noch nicht gelöst. L. sucht der Entscheidung hierüber näher zu kommen durch Untersuchungen über den CO_2-Gehalt der Gährräume von Brauereien und über den Gesundheitzustand der dort beschäftigten Arbeiter. In zwei fränkischen Brauereien fühlten sich die Leute bei den für gewöhnlich herrschenden CO_2-Gehalten von 2—$12\,^0/_{00}$ in der einen, von 15—$25\,^0/_{00}$ in der anderen Brauerei durchaus wohl, auch bei langem Aufenthalt: weder akute, noch chronische, noch Nachwirkungen kamen dabei vor. Diese Gewöhnung an kleine Dosen schützt durchaus nicht vor der Wirkung der grossen: wenn vor Betriebseröffnung an Sommermorgen die Luft sehr stark CO_2haltig war (116—$117\,^0/_{00}$ wurde einmal gefunden), so hatten auch die Arbeiter über dieselben

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/272

Beschwerden zu klagen, wie die Experimentatoren. Wie L. hervorhebt, handelt es sich allerdings hierbei nur um ausgesucht kräftige Leute. Zu verallgemeinern sind die Befunde daher nicht, spielt doch gerade bei der CO_2-Vergiftung die Beschaffenheit des Körpers eine hervorragende Rolle.

M. Ficker (Leipzig).

664. **Zur Frage der forensischen Beurtheilung der Säufer.** Mittheilung eines strafgerichtlichen Gutachtens durch Landgerichtsarzt Dr. Jos. Hinterstoisser. (Wien. klin. Wchnschr. X. 49. 1897.)

Im Anschlusse an die Wiedergabe eines Strafprocesses gegen zwei Trunkenbolde, welche vom Direktor der Landesirrenanstalt in Wien eine Unterstützung durch Gewaltthätigkeit erpressen wollten, behandelt H. die wichtigsten Erfahrungen über die Alkoholintoxikation. 2 Gruppen der durch den Alkoholgenuss erheblich Geschädigten glaubt H. gegenüberstellen zu dürfen. Zu der ersten sollen Trinker mit Delirium tremens oder solche mit sekundärer Geistesstörung zählen. Hier sind sie als *„Geisteskranke Säufer"* unzurechnungsfähig. Die zweite Gruppe umfasst Trinker mit der Charakterveränderung des Trunkenboldes, der willensschwach und dissocial ist. Für diesen *„geistesklaren Säufer"* nimmt H. die Unverbesserlichkeit, zugleich aber (was überraschen muss) die Zurechnungsfähigkeit in Anspruch. Geistesklare Säufer waren die Angeklagten des Gutachtens. Sie sind *enorm gefährlich,* beuten die Humanitätsanstalten aus, schädigen in Irrenhäusern das No restraint-System, indem es auf ihr Betragen am schwersten Anwendung finden kann, hemmen und terrorisiren Personal und Kranke. Erklärt man den geistesklaren Säufer auch für geisteskrank, so wird ihm am wenigsten gedient; er degenerirt mehr und sorgloser. Andererseits ist die Beeinflussung durch die Strafbestimmungen auch von geringem Werth. Einen Erfolg verspricht sich H. *nur* von Detentionanstalten in Form der Trinkerasyle. Wie bequem nach den landesüblichen Bestimmungen dem trinkenden Verbrecher die Verantwortung gemacht wird (braucht er doch nur zu simuliren, nichts mehr davon zu wissen, und sich tobsüchtig zu stellen), sucht H. an seinen Fällen zu demonstriren. Die pathologische Basis verkennt er bei den Angeklagten nicht, aber trotzdem handelt es sich hier um ein vorbedachtes, beabsichtigtes Delikt. Die Voraussetzung zur Freisprechung scheint zu fehlen. Zum Schlusse des Gutachtens bringt H. einen Mahnruf, nicht zu human gegen die Trinker zu sein, denn das Messer richtet sich schon gegen den Arzt. Es erfolgte Verurtheilung.

Diehl (Heidelberg).

665. **Die forensische Beurtheilung der Säufer.** Bemerkungen über ein Gutachten des Reg.-Rathes Dr. Jos. Hinterstoisser; von Dr. A. Forel. (Wien. med. Presse XXXIX. 30. 1898.)

Gegen die Auffassung H.'s von den unverbesserlichen, zugleich aber zurechnungsfähigen geistesklaren Säufern nimmt F. entschieden Stellung. Fehler, die mit einem unverbesserlichen Gehirn begangen werden, können doch nicht zugerechnet werden, zumal da die Bestrafung für den Uomo delinquente keinen erzieherischen Werth hat, wie die weiteste Erfahrung lehrt. F. eifert gegen die trostlose, veraltete Auffassung des Strafrechts seitens psychologisch ungebildeter Juristen. Für die Delinquenten des Gutachtens verlangt er *dauernde* Unterbringung in eine passende Anstalt ohne „extraschlechte" Behandlung. Der Entstehung solcher unglücklicher, dissocialer Wesen soll man vorbeugen durch die Durchführung der Abstinenz in der Menschengesellschaft. Hinterstoisser nimmt an, dass die beiden Verbrecher durch den *Alkoholmissbrauch* so verkommen seien. F. betont, dass angeborene ethische Defekte und verbrecherische Anlagen anzuerkennen seien; für derartige benachtheiligte Individuen kann keine Trinkerheilanstalt Rettung bringen. Wenn daher Hinterstoisser glaubt, in dem Trinkerasyl die Besserung aller trinkenden Verbrecher zu erreichen, irrt er. Die Erfahrung lehrt, dass viele von ihnen uncorrigirbar bleiben und in den humanen Anstalten nur Verderben säen. Zu Trinkern können alle Sorten von Menschen werden; die besten können durch den Alkohol Einbusse an dem ethischen Werthe erfahren und werden durch die Abstinenz wieder rehabilitirt, wenn der ethische Niedergang eine *reine* Folge des Trinkens war. Dass die Schaar der mit Defekten geborenen Trinker aus der Abstinenz für sich nennenswerthe Vortheile zieht, wird täglich zur Genüge bewiesen.

Diehl (Heidelberg).

666. **Die Entmündigung der Trinker nach dem neuen bürgerlichen Gesetzbuche**; von Dr. Gustav Aschaffenburg. (Münchn. med. Wchnschr. XLV. 42. 1898.)

A. nimmt Stellung gegen den Schlusssatz: „Zur Feststellung der Trunksucht wird die Mitwirkung medicinischer Sachverständiger nicht immer nöthig sein, zur Entmündigung aber stets", den Kreisphysicus Coester in der XIII. Hauptversammlung des preussischen Medicinalbeamten-Vereins in Berlin am 15. und 16. Sept. 1896 im Anschluss an seinen Vortrag (Der Alkoholismus mit Rücksicht auf die Bestimmungen des neuen bürgerlichen Gesetzbuches und des Strafgesetzbuches) aufstellte. A. hebt hervor, dass nach Fassung des Absatzes 3, § 6 die Beurtheilung des Grades der Trunksucht nicht den Aerzten zukommt. Der *geisteskranke* Trinker ist selbstverständlich als Kranker dem Arzte zuzuweisen; für ihn bedeutet nach dem Gesetz die Entmündigung die *Aufhebung* der Geschäftsfähigkeit, für den Trunkenbold nur die *Beschränkung* derselben. Juristen und Verwaltungsbehörden werden die sociale Stellung des

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/273

der Trunksucht Ergebenen allein und am richtigsten beurtheilen können. A. weist sehr richtig darauf hin, dass mit der Entmündigung allein der Schutz der Angehörigen und des Trinkers selbst nicht gewährleistet ist. Der entmündigte Trinker aus einigermaassen wohlhabenden Familien trinkt weiter, weil ihm verabfolgt wird, ein solcher aus mittellosen Kreisen erzwingt durch Brutalität von den Angehörigen doch die Mittel zum Trinken. Der Zweck der Entmündigung wird erst erreicht durch Schaffung von Trinkerheilstätten als staatlichen Anstalten, denen obligatorisch die entmündigten Trinker einzuliefern sind. Die Gefahr des Zusatzes zu § 6: „die Entmündigung ist wieder aufzuheben, wenn der Grund zur Entmündigung wieder wegfällt“ liegt auf der Hand. Nach 2 bis 3 Wochen ist ein Trinker geordnet und einsichtig; die Neigung, den Zwang zum Trinken durchbricht man erst nach viel längerer Zeit, oft erst nach Jahren. A. entwickelt mit vieler Klarheit, wie unheilvoll und unfruchtbar der vom Reichstag zu der Novelle zu der Civilprocessordnung gegebene Zusatz ist: „Zu dem Antrage auf Entmündigung wegen Trunksucht ist die Staatsanwaltschaft nicht befugt“. Damit wird die Entmündigung der Trinker nach seinem Dafürhalten fast illusorisch. Die Familie eines Trinkers ist eingeschüchtert; sie begiebt sich durch den Antrag auf Entmündigung in Lebensgefahr, denn eines Trinkers Brutalität und Unbesonnenheit kennt keine Grenzen. Der Staat hat nicht nur das Recht, sondern die Pflicht, die aus Furcht Hülflosen zu unterstützen, d. h. in diesem Falle selbst den Antrag auf Entmündigung zu stellen.

Diehl (Heidelberg).

667. **Delirium tremens. Dreifacher Mord**; von Dr. K. Köstlin. (Württemb. Corr.-Bl. LXVII. 4. 1897.)

K. schildert einen recht durchsichtigen Fall zur Illustration der enormen Gefahren, die gewohnheitmässiger Uebergenuss von Alkohol mit sich bringt. Ein 34jähr. Weingärtner hatte von Jugend auf Gelegenheit, reichlich Wein zu trinken. Als strenger Trinker war er längst bekannt. Seit der Verheirathung liess er seine Wuthausbrüche in der Trunkenheit an seinen Angehörigen aus. Lange Jahre hindurch häuften sich die Drohungen schlimmster Art und die Thätlichkeiten. Kurze Versuche zur Besserung in Trinkerheilanstalten erzielten nur vorübergehende Erfolge. Die Frau erduldete Misshandlungen aller Art, wurde gewohnheitmässig mit dem Messer, mit Stuhlbeinen u. s. w. bedroht. Bei einer Gelegenheit, auf ihn einzureden, vergriff sich der Pat. an dem behandelnden Arzte. Mehrere Selbstmordversuche ernstester Art ergänzten das schauerliche Familiendrama. Im Zustande eines Delirium tremens erschlug Pat. 2 Tanten und sein einziges Kind mit der Axt. Die Stimmen hatten ihn dazu ermuntert; das Weltende durch eine Sündfluth hörte er nahen; im Wahne wollte er durch den Gewaltakt die Seinigen vor dem Ertrinken bewahren. Seit langen Jahren war der Trinker eine drohende Gefahr für die menschliche Gesellschaft. Die furchtbare Handlung liegt im Rahmen dessen, was man immerhin erwarten durfte. Das Delirium nimmt seinen Verlauf, der Mann tritt in eine ziemlich normale Geistesverfassung, er wird in der Freiheit wieder trinken — aber wie schützt man sich vor weiteren grauenvollen Excessen? Diese Betrachtung stellt K. an und stimmt damit ein in den Ruf nach Abhülfe, den das Volk an die Behörden schickt. Die zwangsmässige Internirung in Trinkerasyle scheint dem Vortragenden die nächste Maassnahme zur Sicherstellung vor Excessen notorischer Trinker. Mit warmen Worten weist er auf die Pflicht aller für das Gedeihen der Mitmenschen Strebenden hin, in den Kampf gegen den Alkohol mit allen Mitteln einzutreten.

Diehl (Heidelberg).

668. **Ein Fall wiederholter Brandlegung unter Einfluss des Alkohols**; von Dr. Heinrich Schlöss. (Wien. klin. Wchnschr. XI. 32. 1898.)

Schl. giebt die ausführliche Beschreibung eines Falles, der besonderes Interesse beanspruchen *soll*, weil er nicht zu den Kategorien der Geisteskrankheiten gehört, die Brandleger liefern, Idiotie, Paranoia, Melancholie, Delirien und Epilepsie. Die Darlegung enthält durchaus nichts Ueberraschendes, dagegen viele Anhaltepunkte für die Annahme einer psychischen Epilepsie, so dass der Ref. wenigstens nach dem Berichte an dem Bestehen einer Epilepsie nicht zweifeln zu müssen glaubt. Der leidenschaftliche Hang zum Trinken, die Intoleranz gegen Alkohol, das stets gleiche, nach Alkoholgenuss begangene Delikt, die im Anschlusse an solches Handeln beobachtete Desorientirtheit und Schwerbesinnlichkeit, der Ablauf des Zustandes nach wenigen Tagen, das eigenartige reuige Verhalten nach der That, die ihm in den freien Zwischenzeiten selbst fast unerklärlich scheint; passt sehr wohl zum Krankheitbilde der psychischen Epilepsie.

Diehl (Heidelberg).

Am 6. November d. J. ist Herr Dr. **Max Teichmann** in Berlin gestorben. Wir verlieren durch seinen vorzeitigen Tod einen vortrefflichen Mitarbeiter, dem die Jahrbücher zu grossem Danke verpflichtet sind.

Die Redaktion.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/274

C. Medicinische Bibliographie des In- und Auslands.

Sämmtliche Literatur, bei der keine besondere Jahreszahl angegeben ist, ist vom Jahre 1899.

I. Medicinische Physik, Chemie und Botanik.

(Meteorologie.)

Alcock, R., Proteid digestion in ammocoetes. Journ. of Anat. and Physiol. XXXIII. 4. p. 612. July.

Aldor, Ludwig von, Ueber d. Nachweis d. Albumosen im Harn u. über d. enterogene Albumosurie. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 35. 36.

Baer, A., Welche Bedeutung besitzt d. Gelbfärbung d. Mageninhalts durch Kalilauge. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 32.

Banke, Bruno, Reagensglas zur exakten u. bequemen Darstellung der *Ehrlich*'schen Diazoreaktion. Fortschr. d. Med. XVII. 36. p. 801.

Blum, F., Zur Chemie u. Physiologie d. Jodsubstanz d. Schilddrüse. Arch. f. Physiol. LXXVII. 1 u. 2. p. 70.

Blum, F., Ueber d. Jodzahl d. Eiweisskörper. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 3 u. 4. p. 288.

Blumenthal, Ferd., Ueber d. Reaktionen auf Pentosen. Ztschr. f. klin. Med. XXXVII. 5 u. 6. p. 415.

Bunge, G. von, Ueber d. Zusammensetzung d. Knorpels vom Haifisch. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 3 u. 4. p. 300.

Camerer, W., Zur Analyse d. menschl. Urins. Ztschr. f. Biol. XXXVIII. 2. p. 227.

Charles, J. J., The reaction of the intestinal contents in man. Dubl. Journ. CVIII. p. 265. Oct.

Cohn, Martin, Ueber Fixation u. Conservirung von Harnsediment. Ztschr. f. klin. Med. XXXVIII. 1—3. p. 26.

Cohn, R., Zur Frage d. Zuckerbildung aus Eiweiss. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 1 u. 2. p. 211.

Comba, Carlo, Sulla natura della sostanza riducente contenuta nel liquido cefalo-rachidico. Clin. med. ital. XXXVIII. 7. p. 422.

Cotton, S., Action de l'eau oxygénée sur l'urine, origine de l'acétone. Bull. de Thér. CXXXVIII. 10. p. 382. Sept. 15.

Delore, Xavier, Recherche sur la chondrine dans les enchondromes. Lyon méd. XCII. p. 156. Oct.

Discussion sur l'appareil à radioscopie stéréoscopique de M. *Destot*. Lyon méd. XCI. p. 444. Juillet.

Dzierzgowski, S., Zur Frage über d. krystallin. Fibrin. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 1 u. 2. p. 65.

Einhorn, Ueber d. Chemie d. lokalen Anaesthetica. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 37. p. 1218.

Faust, Edwin S., Beiträge zur Kenntniss d. Salamanderalkaloide. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLIII. 1 u. 2. p. 84.

Fettick, Otto, Ist d. Harn d. Thiere unter physiolog. Verhältnissen eiweisshaltig. Ztschr. f. Thiermed. III. 4 u. 5. p. 330.

Fleroff, A., Ueber einen histonähnl. Körper aus Thymus. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 3 u. 4. p. 307.

Freund, Leopold, Die Röntgenstrahlen u. ihre Anwendung in d. Medicin. Wien. Verl. d. Ver. zur Verbreitung naturwissenschaftl. Kenntnisse. 8. 32 S. mit 4 Tafeln.

Freund, Radiotherapie. [Therap. Lexikon f. prakt. Aerzte, herausgeg. von *Anton Bumm*.] Wien. Urban u. Schwarzenberg. 8. 11 S.

Gautier, L., Encore l'iode et la glande thyroïde. Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 10. p. 618. Oct.

Gebhardt, Walter, Die mikrophotograph. Aufnahme gefärbter Präparate. München. Seitz u. Schauer. Gr. 8. 26 S. mit 1 Tafel. 1 Mk. 20 Pf.

Giertz, Knud Harald, Till kännedomen om pseudonukleinsubstanserna. Upsala läkarefören. förhandl. N. F. IV. 8 o. 9. s. 592. — Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 1 u. 2. p. 115.

Groot, J. de, Het ammoniakgehalte der urine bij verschillen diëet. Nederl. Weekbl. II. 11.

Harms, Heinrich, Beitrag zur Fluorfrage d. Zahn- u. Knochenaschen. Ztschr. f. Biol. XXXVIII. 3. p. 487.

Hewes, Henry F., The examination of stained specimens of blood in its application to clinical work. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 2. 3. p. 38. 59. July.

Heyderdahl, S. A., Röntgenfotografier. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 8. Forh. S. 87.

Hills, William B., The proteids of the urine. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 6. p. 125. Aug.

His jun., W., Das Verhalten d. Harnsäure im thier. Organismus. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 315.

Jacoby, Martin, Ueber d. Oxydationsfermente d. Leber. Virchow's Arch. CLVII. 2. p. 235.

Jemma, R., Sulla digestione artificiale del latte. Clin. med. ital. XXXVIII. 6. p. 344. Giugno.

Jellinek, S., u. Fr. Schiffer, Ueber einige Vergleichsuntersuchungen d. specif. Gewichtes, d. Trockenrückstandes u. d. Eisengehaltes im Blute. Wien. klin. Wchnschr. XII. 31.

Jerome, William J. Smith, Further proofs of the origin of uric acid from nuclein-compounds and derivatives. Journ. of Physiol. XXV. 1. p. 98.

Klimmer, M., Ueber *Lilienfeld's* Peptonsynthese. Arch. f. Physiol. LXXVII. 3 u. 4. p. 210.

Knoepfelmacher, Wilhelm, Untersuchungen über Caseinflocken. Wien. klin. Wchnschr. XII. 42.

Kossel, A., u. F. Kutscher, Ueber d. Histidin. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 3 u. 4. p. 382.

Küster, William, Spaltungsprodukte d. Hämatins. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 1 u. 2. p. 1.

Küster, William, u. Martin Kölle, Ueber Darstellung u. Spaltungsprodukte d. Hämatoporphyrins. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 1 u. 2. p. 34.

Kutscher, Fr., Ueber d. Antipepton. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 1 u. 2. p. 88.

Kutscher, Fr., Der Nachweis d. Glutaminsäure unter den durch starke Schwefelsäure erzielten Spaltungsprodukten d. thier. Eiweisses. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 1 u. 2. p. 123.

Laborde et Moreau, Sur le dosage de l'acide succinique dans les liquides fermentes. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 8. p. 657. Août.

Lawrow, D., Ueber d. Wirkung d. Arginins auf trypt. Verdauung d. Eiweisskörper. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 3 u. 4. p. 303.

Lawrow, D., Ueber d. Spaltungsprodukte d. Histons von Leukocyten. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 3 u. 4. p. 388.

Leersum, E. C. van, Eeen met het wit van kippenei verfalschte urine. Nederl. Weekbl. II. 11.

Leiner, Carl, Ueber Farbenreaktionen d. Caseinflocken. Jahrb. f. Kinderhkde. L. 3. p. 321.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/275

Lindemann, W., Ueber d. Fett d. normalen u. d. fettig entarteten Herzmuskels. Ztschr. f. Biol. XXXVIII. 3. p. 405.

Lommel, Felix, Ueber d. Herkunft d. Oxalsäure im Harn. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIII. 5 u. 6. p. 599.

Mackie, William, The detection and estimation of phosphoric acid in a drop of blood. Lancet Aug. 19.

Marchetti, Guido, Sulla percentuale di azoto dell'albumina orinaria. Settimana med. LIII. 31.

Milian, G., L'acétonurie physiologique. Presse méd. VII. 74. 75.

Morkowin, N., Ein Beitrag zur Kenntniss der Protamine. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 3 u. 4. p. 313.

Moullin, C. Mansell, On the application of the *Roentgen* rays to medicine and surgery. Lancet Aug. 19.

Nemser, M. H., Sur la question de savoir comment les nucléines se comportent dans l'inanition. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. VII. 3. p. 221.

Okerblom, Johann, Die Xanthinkörper d. Nebennieren. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 1 u. 2. p. 40.

Oméliansky, V., La nitrification de l'azote organique. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. VII. 3. p. 273.

Oppenheimer, Carl, Ueber einen bequemen Nachweis von Aceton im Harn u. anderen Körperflüssigkeiten. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 38.

Orbán, Rudolf, Ueber d. Vorkommen d. Laktase im Dünndarm u. in d. Säuglingsfaeces. Prag. med. Wochenschr. XXIV. 33. 34. 35.

Panzer, Theodor, Zur Kenntniss d. Cerebrospinalflüssigkeit. Wien. klin. Wchnschr. XII. 31.

Panzer, Theodor, Ueber das Eierstockcolloid. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 3 u. 4. p. 363.

Pflüger, E., u. J. Nerking, Eine neue Methode zur Bestimmung d. Glykogens. Mit Bemerkungen von *E. Pflüger*. Arch. f. Physiol. LXXVI. 11 u. 12. p. 531. 543.

Pick, Ernst P., Zur Kenntniss d. pept. Spaltungsprodukte d. Fibrins. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 3 u. 4. p. 219.

Pottevin, La saccharification de l'amidon. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 8. p. 665. Août.

Pottevin, Sur la maltodextrine. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 9. p. 728. Sept.

Röntgenstrahlen s. I. *Diskussion, Freund, Heyerdahl, Moullin, Strasser, Walter.* II. *Bade, Destot, Determann, Friberger, Levy-Dorn, Muscrove, Stouffs.* III. *Schaudinn.* IV. 2. *Williams;* 3. *Rieder;* 4. *v. Criegern, Levy, Schuster;* 5. *Bade;* 10. *Freund, Gassmann, Jutassy.* V. 2. e. *Heimann, Isaacs, Stinson.* VIII. *Williams.* X. *Weiss.* XIV. 4. *Rosenfeld.* XIX. *Grunmach.*

Rösel, R., Ueber d. quantitative Jodbestimmung im Harn u. über Resorption von Jodolen einer Jodoleiweissverbindung. Arch. f. Physiol. LXXVII. 1 u. 2. p. 22.

Salaskin, S., u. J. Zaleski, Ueber d. Harnstoffbestimmung im Harne. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 1 u. 2. p. 73.

Schaefer, William, Facts and fallacies in uranalysis. New York med. Record LVI. 12. p. 405. Sept.

Schmiedeberg, O., Ueber d. Nucleinsäure aus d. Lachsmilch. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLVIII. 1 u. 2. p. 57.

Seng, Walther, Zur Kritik d. Diazoreaktion. Wien. med. Presse XL. 37.

Sosnowski, Jac., Beiträge zur Chemie der Zelle. Centr.-Bl. f. Physiol. XIII. 11.

Spiro, Karl, Ueber Nachweis u. Vorkommen d. Glykokolls. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 1 u. 2. p. 174.

Spitzer, W., Ueber d. Entstehung d. Harnsäure. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 528.

Stewart, G. N., u. Torald Sollmann, The proteids of muscle. Journ. of Physiol. XXIV. 6. p. 427.

Strasser, Fortschritte in d. Skiagraphie. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 19. p. 596.

Taylor, Alonzo Engelbert, The influence of various diets upon the elimination of the urinary nitrogen, urea, uric acid and the purin bases. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 2. p. 141. Aug.

Tóvölgyi, E., Untersuchungen über d. Blut gerinnende Wirkung d. Gelatine. Ungar. med. Presse IV. 30 u. 31.

Vertun, M., Ueber Spermatocelenflüssigkeit, zugleich ein Beitrag zur Chemie d. Samens. Med. Centr.-Bl. XXXVII. 31.

Wachholz, Leo, Ueber d. neueste Methode zum chem. Nachweis von Kohlenoxydblut. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XVIII. 2. p. 255.

Walter, B., Physikal.-techn. Mittheilungen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. II. 6. p. 222.

Wiener, Hugo, Ueber Zersetzung u. Neubildung d. Harnsäure im thier. Körper. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 622.

Wróblewski, A., Ueber d. *Buchner*'schen Hefepresssaft. Centr.-Bl. f. Physiol. XIII. 12.

Yarrow jr., Thomas J., and Arthur P. Hitchens, On the clinical estimation of the quantity of hemoglobin in the human blood. Univers. med. Mag. XII. 1. p. 26. Oct.

Zadik, H., Stoffwechselversuche mit phosphorfreien Eiweisskörpern. Arch. f. Physiol. LXXVII. 1 u. 2. p. 1.

Ziffer, Emil, Die Elemente d. Klimas. Wien. med. Presse XL. 34. 35.

Zunz, E., Ueber d. quantitativen Verlauf d. pept. Eiweissspaltung. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 1 u. 2. p. 132.

S. a. II. Abel, Albu, Barbacci, Barbèra, Cremer, Hammarsten, Harley, Kaiser, Kockel, Kresteff, Lambranzi, Landolt, Leubuscher, Pappenheim, Pfaundler, Pfeiffer, Rosenfeld, Santangelo, Schwarz. III. Forchheimer. IV. 2. Schröder; 5. Albu, Bain, Basch, Gans, Gillespie, Riegel; 6. Lindemann; 8. Baier; 9. Badt, Bugge, His, Jaksch. V. 2. c. Deganello. VII. Duse, Jarrett. VIII. Callomon, Netter. X. West. XIII. 2. Baccarani, Gintl, Reeb, Robin, Rost, Thiemich. XIV. 3. Bleyer.

II. Anatomie und Physiologie.

(Anthropologie, Ethnologie, Zoologie, vgl. Anatomie, Entwicklungsgeschichte.)

Abel, John J., Ueber d. blutdruckerregenden Bestandtheil d. Nebenniere, d. Epinephrin. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 3 u. 4. p. 318.

Abram, G. Stewart, Foetal anomalies. Lancet Sept. 23.

Addison, Christopher, Topographical anatomy of abdominal viscera in man, especially the gastro-intestinal canal. Journ. of Anat. and Physiol. XXXIII. 4. p. 565. July.

Albu, Ueber d. Eiweissstoffwechsel b. chron. Unterernährung. Ztschr. f. klin. Med. XXXVIII. 1—3. p. 250.

Aldehoff, G., u. J. von Mering, Ueber d. Einfluss d. Nervensystems auf d. Funktion d. Magens. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 332.

Alessandri, Roberto, Sur la structure et la fonction du rein à la suite de l'occlusion de l'artère et de la veine émulgentes. Revue de Chir. XIX. 9. p. 292.

Alexander, Gustav, Ein Fall von Persistenz d. Art. stapedia b. Menschen. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXIII. 7.

Alt, Ferdinand, u. Arthur Biedl, Experiment. Untersuchungen über d. cortikale Hörcentrum. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXIII. 9.

Anderson, R. J., On some points regarding asymmetry. Brit. med. Journ. Sept. 30.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/276

Andrus, N. L., Monstruosities and malformations. Physic. and Surg. XXI. 6. p. 282. June.

Anthropologencongress in Lindau. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 40.

Arnold, Julius, Ueber Granulafärbung lebender Leukocyten. Virchow's Arch. CLVII. 3. p. 424.

Aron, E., Die Lungenventilation b. Aenderung d. Atmosphärendruckes. Virchow's Arch. CLVII. 3. p. 550.

Asher, L., u. Fr. Lüscher, Untersuchungen über d. Innervation d. Athmung u. d. Kreislaufs nach unblutiger Ausschaltung centraler Theile. Ztschr. f. Biol. XXXVIII. 3. p. 499.

Auerbach, Leopold, Das terminale Nervennetz in seinen Beziehungen zu den Ganglienzellen d. Centralorgane. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. VI. 3. p. 192.

Axenfeld, D., Quelques observations sur la vue des arthropodes. Arch. ital. de Biol. XXXI. 3. p. 370.

Bade, Peter, Kurze Beschreibung von 10 röntgographisch untersuchten Föten. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 34.

Balint, Rudolf, Ueber einen Fall von anomaler Gehirnentwicklung. Arch. f. Psych. XXXII. 2. p. 627.

Ballowitz, E., Zur Kenntniss d. Hornhautzellen d. Menschen u. d. Wirbelthiere. Arch. f. Ophthalmol. XLIX. 1. p. 8.

Barbacci, Ottone, Die Nervenzelle in ihren anat., physiol. u. pathol. Beziehungen nach d. neuesten Untersuchungen. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. X. 19 u. 20.

Barbarin, P., Absence d'oblitération du canal péritonéo-vaginal dans l'abdomen. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 757. Juillet.

Barbèra, G., Encore sur l'élimination de la bile après les diverses alimentations et après l'ingestion d'uvée, d'acide urique etc. Nouvelle contribution à la connaissance de la signification physiologique de la bile. Arch. ital. de Biol. XXXI. 3. p. 427.

Barratt, J. O. Wakelin, On the anatomical structure of the 9th., 10th., 11th. and 12th. cranial nerves. Brit. med. Journ. Sept. 30.

Bary, A., Ueber d. Frage d. Kreuzung d. Facialiswurzeln. Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 17.

von Basch, Pneumatometer, Apparat zur Messung d. Lungenvolumens u. d. Lungenelasticität. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 602.

Bayer, F., Bemerkungen zur Entwickelung der Eidechsenzunge. Morphol. Jahrb. XXVII. 4. p. 712.

Bayer, Rudolf, Beiderseit. angeb. Nierenmangel ohne sonstige bedeutende Missbildung. Wien. klin. Wochenschr. XII. 32.

Bechterew, W. von, Ueber d. Entwicklung d. Zellelemente in d. Grosshirnrinde d. Menschen. (Vorläuf. Mitth.) Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 17.

Below, E., Einfluss d. Lichtes auf d. Athmung d. Protoplasmas. Arch. f. Lichtther. I. 1.

Benedikt, Moriz, Einleitende Bemerkungen zu d. kathetometr. Studien d. Extremitätsknochen. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 43.

Berger, Hans, Ein Beitrag zur Lokalisation in d. Capsula interna. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. VI. 2. p. 114.

Bernhart, Ueber d. Unterschiede zwischen männl. u. weibl. Körperbau u. deren Bedeutung f. d. Vererbung. Ver.-Bl. d. pfälz. Aerzte XV. 8. p. 153.

Bertacchini, P., Alcune considerazioni su un embrione umano emicefalo con „spina bifida" e sulle principali teorie dello sviluppo normale e teratologico. Internat. Mon.-Schr. f. Anat. u. Physiol. XVI. 5 u. 6. p. 65.

Bertacchini, P., Morfogenesi e teratogenesi negli anfibi anuri. Internat. Mon.-Schr. f. Anat. u. Physiol. XVI. 7 u. 8. p. 140.

Blum, F., Zur Physiologie d. Schilddrüse. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 463.

Boeri, G., et R. Di Silvestro, Sur le mode de se comporter des différentes sensibilités sous l'action des divers agents. Arch. ital. de Biol. XXXI. 3. p. 460.

Bokemeyer, Das Verhalten von Temperatur u. Puls im Lichtbade. Arch. f. Lichtther. I. 1.

Bolk, L., Die Segmentdifferenzirung d. menschl. Rumpfes u. seiner Extremitäten. Morphol. Jahrb. XXVII. 4. p. 630.

Bolk, Louis, De variaties in het grensgebied tusschen hoofd en halswervelkolom. Nederl. Weekbl. II. 16.

Bonnaire, E., et V. Bué, De la mobilité des articulations pelviennes et de l'influence de l'attitude de la femme sur la capacité des divers étages du bassin. Presse méd. VII. 63.

Bonne, C., Note sur le mode d'obliteration partielle du canal épendymaire embryonnaire chez les mammifères. Revue de Neurol. VII. 17. p. 614.

Bordas, L., Recherches anatomiques et histologiques sur les organes reproducteurs des chrysomelidae. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XXXV. 4. p. 385. Juillet—Août.

Boruttau, H., Die Theorie d. Nervenleitung. (Vorläuf. Mitth.) Arch. f. Physiol. LXXVI. 11 u. 12. p. 626.

Boruttau, H., Ueber d. jetzigen Stand unserer Kenntnisse von d. Funktionen d. Blutgefässdrüsen. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 38.

Bradley, O. Charnock, Cerebellum of the horse. Journ. of Anat. and Physiol. XXXIII. 4. p. 587. July.

Braquehaye, J., et Wiern, En quel point le rebord hépatique coupe-t-il sur le vivant le rebord costal gauche? Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 578. Juin.

Braus, H., Beiträge zur Entwickelung d. Muskulatur u. d. peripher. Nervensystems d. Selachier. Morphol. Jahrb. XXVII. 4. p. 501.

Brooks, Harlow, A case of asexualism. New York med. Record LVI. 7. p. 221. Aug.

Browicz, T., Ernährungswege in d. Leberzelle. Nebst einem Resumé über d. Resultate d. seit 1897 in d. Publikationen d. Acad. veröffentl. Untersuchungen dess. Vfs. über d. Leberzelle. Bull. internat. de l'Acad. des Sc. de Cracovie Juillet.

Bunch, J. L., On the innervation of the longitudinal coat of the small intestine. Journ. of Physiol. XXV. 1. p. 22.

Cafiero, Carmelo, Ricerche sperimentali sull'azione protettrice del polmone. Gazz. degli Osped. XX. 97.

Cantle, James, On the lobes of the liver. Brit. med. Journ. Sept. 30.

Cavazzani, E., La fistule céphalo-rachidienne. Arch. ital. de Biol. XXXI. 3. p. 465. — Centr.-Bl. f. Physiol. VIII. 14.

Cavazzani, E., Fixation, sur la rétine, de quelques substances colorantes injectées dans les veines. Arch. de Biol. XXXI. 3. p. 411.

Charles, J. J., Recent advances in physiology. Brit. med. Journ. Aug. 12.

Charles, J. J., The function of the rectum as a reservoir. Brit. med. Journ. Sept. 30.

Charles, R. Havelock, The progress of the teaching of human anatomy in Northern India. Brit. med. Journ. Sept. 30.

Clarke, J. Jackson, A case of congenital atresia of the bowel. Lancet Aug. 26. p. 566.

Cohnheim, Otto, Versuche am isolirten überlebenden Dünndarm. Ztschr. f. Biol. XXXVIII. 3. p. 419.

Colombo, C., Recherches sur la pression du sang chez l'homme. Arch. ital. de Biol. XXXI. 3. p. 345.

Cornil, L'histologie des corps jaunes. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 594. Juin.

Cornil, V., Note sur l'histologie des corps jaunes de la femme. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 653. Juillet.

Cotch, Francis, and G. J. Burch, The elec-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/277

trical response of nerve to 2 stimuli. Journ. of Physiol. XXIV. 5. p. 410.

Cowl, W., u. R. du Bois-Reymond, Die Stellung d. Mittelhandknochen b. Spreizen d. Finger. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. II. 6. p. 221.

Craig, Joseph D., Anomaly of the long tendon of the biceps muscle of the arm. New York med. Record LVI. 15. p. 514. Oct.

Creighton, C., A system of perivascular lymphatic cylinders and capsules in the united amnion-allantois of the chick. Journ. of Anat. and Physiol. XXXIII. 4. p. 527. July.

Cremer, Max, Fettbildung aus Eiweiss bei der Katze. Ztschr. f. Biol. XXXVIII. 2. p. 309.

Cushny, Arthur R., On periodic variations in the contractions of the mammalian heart. Journ. of Physiol. XXV. 1. p. 49.

Danilewsky, B., Ueber d. elektrokinet. Nervenreizung in d. Nähe d. geschlossenen sekundären Kreises d. Induktorium. Centr.-Bl. f. Physiol. XIII. 13.

De Castro, Lincoln, Mostruosità della faccia, per rara anomalia di sviluppo in eccesso del bottone germinativo mediano o frontale in feto a termine e vivente. Gazz. degli Osped. XX. 127.

Destot, Ostéotrophie et rayons X. Lyon méd. XCI. p. 446. Juillet.

Determann, Demonstration d. Verschiebung d. Herzens bei Lageveränderungen d. Körpers mittels d. Röntgenverfahrens. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 606.

Dévé, Le lobule de la veine azygos et lobule de Wrisberg. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. p. 489. Juin.

Diamare, V., Studii comparativi sulle isole di Langerhans del pancreas. Internat. Mon.-Schr. f. Anat. u. Physiol. XVI. 7 u. 8. p. 155.

Dimmer, F., Zur Lehre von d. Sehnervenbahnen. Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 3. p. 473.

Drago, S., Nuovo metodo per valutare l'isotonia dei corpuscoli rossi dell'uomo e di altri mammiferi in condizioni fisiologiche. Rif. med. XV. 173. 174. 175.

Ecker's u. Wiedersheim's Anatomie d. Frosches. Neu bearb. von *Ernst Gaupp*. 2. Abth. 2. Hälfte. Lehre vom Gefässsystem. Braunschweig. Friedr. Vieweg u. Sohn. S. 237—548 u. XII. S. mit 84 eingedr. Abbild. 15 Mk.

Edinger, L., Anatom. u. vergleichend anatom. Untersuchungen über d. Verbindung d. sensor. Hirnnerven mit d. Kleinhirn. Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 20.

Eickhoff, K., Ueber d. Erregbarkeit d. motor. Nerven an verschied. Stellen ihres Verlaufs. Arch. f. Physiol. LXXVII. 3 u. 4. p. 156.

Enderlein, Günther, Beitrag zur Kenntniss d. Baues d. quergestreiften Muskeln b. d. Insekten. Arch. f. mikrosk. Anat. LI. 1. p. 144.

Exner, Sigm., Notiz über die Nachbilder vorgetäuschter Bewegungen. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XXI. 5. p. 388.

Faure, Maurice, La cellule nerveuse et le neurone. Gaz. des Hôp. 85.

Féré, Ch., L'instinct sexuel. Revue de Méd. XIX. 10. p. 779.

Forstmann, Richard, Bericht über neuere Arbeiten auf d. Gebiete d. Physiologie d. Cirkulationsapparates. Schmidt's Jahrbb. CCLXIV. p. 197.

Frank, Otto, Giebt es einen echten Herztetanus? Ztschr. f. Biol. XXXVIII. 2. p. 300.

Friberger, Ragnar, Några studier medels Röntgenstrålor öfver tunntarmsinnehåltets röselser. Upsala läkarefören. förhandl. N. F. IV. 8 o. 9. s. 602.

Frick, A., Noch eine angeb. Missbildung d. Herzens. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 20.

Friedenthal, H., Ueber Selbstinjektion d. Lungen. Centr.-Bl. f. Physiol. XIII. 11.

Friedlaender, Carl, Mikroskop. Technik zum Gebrauche b. med. u. patholog.-anatom. Untersuchungen. 6. Aufl., bearb. von *C. J. Eberth*. Berlin 1900. Fischer's med. Buchh. 8. VII u. 359 S. mit 86 Abbild. im Texte. 9 Mk.

Fumagalli, A., Ueber die feinere Anatomie des 3. Augenlids. Internat. Mon.-Schr. f. Anat. u. Physiol. XVI. 7 u. 8. p. 129.

Fusari, R., Les études anatomiques du Prof. *C. Giacomini* sur le cerveau de l'homme. Arch. ital. de Biol. XXXI. 3. p. 413.

Gaertner, Gustav, Ueber einen neuen Blutdruckmesser (Tonometer). Aerztl. Polytechn. 8.

Gaskell, Walter H., Origin of vertebrates deduced from the study of ammocoetes. Journ. of Anat. and Physiol. XXXIII. 4. p. 638. July.

Georgieff, Alexander, Long appendice caecal à disposition embryonnaire. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 571. Juin.

Gibson, G. A., Principles of reflex action. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 4. p. 318. Oct.

Göthlin, G. F., Om de kemiska villkoren för det öfverlefvande hjertats aktivitet. Upsala läkarefören. förhandl. N. F. IV. 8 o. 9. s. 519.

Golowin, S. S., Untersuchungen über d. specif. Gewicht d. Kammerwassers. Arch. f. Ophthalmol. XLIX. 1. p. 27.

Gottstein, Adolf, Die Vermehrung der rothen Blutkörperchen im Hochgebirge. Münchn. med. Wochenschr. XLVI. 40.

Griffiths, George W., A rare abnormality of the mouth. Brit. med. Journ. July 29. p. 273.

Grünstein, N., Zur Innervation der Harnblase. Arch. f. mikrosk. Anat. LV. 1. p. 1.

Grünwald, L., Etudes sur les cellules de la sécretion du nez et des sinus. Ann. des Mal. de l'oreille etc. 5. p. 551. Mai.

Grützner, P., Eine historische Bemerkung betr. d. Reizübertragung von Muskel zu Muskel. Arch. f. Physiol. LXXVII. 1 u. 2. p. 26.

Hallion, Physiologie normale et pathologique du corps thyroïde et des capsules surrénales. Arch. gén. N. S. II. 4. p. 488. Oct.

Hammarsten, Olof, Weitere Beiträge zur Kenntniss d. Fibrinbildung. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 1 u. 2. p. 98.

Handbuch d. Anatomie d. Menschen, herausgeg. von *Karl v. Bardeleben*. IV. Bd. 1.—3. Abth. Centralnervensystem. 1. Theil. Makroskop. u. mikroskop. Anatomie d. Rückenmarks. Makroskop. u. mikroskop. Anatomie d. Gehirns. 1. Abschnitt; von *Th. Ziehen*. Jena. Gustav Fischer. Gr. 8. 402 S. mit 94 Abbild. im Text. 14 Mk.

Harbitz, Misdannelser. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 8. Forh. S. 90.

Harley, Vaughan, The effect of compression on one lung on respiratory gas exchange. Journ. of Physiol. XXV. 1. p. 33.

Harley, Vaughan, The value of the large intestine in general metabolism. Brit. med. Journ. Sept. 30.

Harris, David Fraser, Modification of the *Rutherford* mikrotom. Journ. of Anat. and Physiol. XXXIII. 4. p. 609. July.

Heine, L., Die Anatomie d. accommodirten Auges. Arch. f. Ophthalmol. XLIX. 1. p. 1.

Herringham, W. P., An account of some experiments upon the toxicity of normal urine. Journ. of Pathol. and Bacteriol. VI. 2. p. 158. Aug.

Hess, C., Bemerkungen zur Accommodationslehre. Centr.-Bl. f. Augenhkde. XXIII. p. 193. Juli.

Heymann, Felix, Beitrag zur Casuistik d. congenitalen Atresia duodeni. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 2. p. 186.

Heymann, G., Untersuchungen über psych. Hemmung. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XXI. 5. p. 321.

Hildebrand, Hermann, Experiment. Studien

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/278

über Hautsensibilität. Petersb. med. Wchnschr. XVI. 29. — Bl. f. klin. Hydrother. IX. 8.

Hoche, A., Din Neuronenlehre u. ihre Gegner. Berlin. Aug. Hirschwald. Gr. 8. 51 S. 1 Mk. 50 Pf.

Hoesel, Otto, Beiträge z. Markscheidenentwickelung im Gehirn u. in d. Medulla oblongata d. Menschen. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. VI. 3. p. 161.

Horder, Edward G., Blood dust or blood granules, a new constituent of the blood. Lancet Oct. 14.

Huber, Alfred, Ein neuer Apparat zur Massenfärbung von mikroskop. Präparaten. Wien. med. Wochenschr. XLIX. 38.

Hunt, Reid, Direct and reflex acceleration of the mammalian heart with some observations on the relations of the inhibitory and accelerator nerves. Amer. Journ. of Physiol. II. 5. p. 395. July.

Jacquet, Maurice, Recherches sur l'anatomie et l'histologie du silurus glanis L. Arch. des Sc. méd. IV. 3 et 4. p. 177. Mai—Juillet.

Jacquet, Maurice, Contribution à l'anatomie comparée des systèmes squelettaire et musculaire de chimaere Collei, callorynchus antarcticus, spinax niger, protopterus annecteus, ceratodus Forsteri et axolotl. Arch. des Sc. méd. IV. 3 et 4. p. 189. Mai—Juillet.

Javal, Recherches sur la physiologie de l'écriture. Bull. de l'Acad. 3. S. XLII. 29. p. 135. Juillet 18.

Jensen, Paul, Ueber d. Verhältnisse d. mechan. u. elektr. Vorgänge im erregten Muskel. Arch. f. Physiol. LXXVII. 3 u. 4. p. 107.

Ischreyt, G., Ueber d. Faserbündelverlauf in d. Lederhaut d. Menschen. Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 3. p. 506.

Ischreyt, G., Krit. Bemerkungen zu Herrn Prof. *W. Koster's* Aufsatz: „Beiträge zur Tonometrie u. Manometrie des Auges". Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 3. p. 694.

Kaiser, Karl, Ueber Hebelschleuderung. Ztschr. f. Biol. XXXVIII. 2. p. 399.

Keiffer, H., La fonction glandulaire de l'utérus. Presse méd. belge LI. 35. 36.

Kelscher, M., u. P. Rosenblum, Zur Frage nach d. Dualität d. Temperatursinns. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XXI. 3 u. 4. p. 174.

Kennedy, Robert, On the regeneration of nerves. Lancet Sept. 23.

Kermauner, Fritz, Zur Kenntniss d. makroskop. Baues d. Parotis. Arch. f. klin. Chir. LIX. 4. p. 805.

Kockel, Eine neue Methode der Fibrinfärbung. Centr.-Bl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat. X. 19 u. 20.

Koelliker's, A., Handbuch d. Gewebelehre d. Menschen. 6. Auflage II. Bd.; von *Victor v. Ebner*. 1. Hälfte. Leipzig. Wilh. Engelmann. Gr. 8. 402 S. mit 288 Fig. in Holzschn. u. Zinkogr. 14 Mk.

Koeppe, Hans, Zur Casuistik der sekundären Sinnesempfindungen. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 35.

Kolster, Rud., Beiträge zur Kenntniss d. Histogenese d. peripher. Nerven, nebst Bemerkungen über d. Regeneration derselben nach Verletzungen. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXVI. 2. p. 190.

Kopsch, Fr., Die Organisation d. Hemididymi u. Anadidymi d. Knochenfische u. ihre Bedeutung für d. Theorien über Bildung u. Wachsthum d. Knochenfischembryonen. Internat. Mon.-Schr. f. Anat. u. Physiol. XVI. 10. p. 221.

Kreidl, Alois, Ueber d. Ursprung d. Hemmungsnerven d. Herzens b. Fischen. Arch. f. Physiol. LXXVII. 3 u 4. p. 196.

Kresteff, St., Contribution à l'étude de la sécrétion du suc pylorique. Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 8. p. 493. Août.

Küss, G., De la théorie vertébrale. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XXXV. 4. p. 477. Juillet—Août.

Kupffer, C. von, Ueber d. sogen. Sternzellen d. Leber. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 32. p. 1067.

Labbé, Marcel, et Ch. Lévi-Sirugue, Recherches sur la structure des amygdales. Bull. et Mem. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 685. Juillet.

Lambranzi, R., Ricerche fisiologiche sull'alcalinità del sangue. Clin. med. ital. XXXVIII. 6. p. 382. Giugno.

Lamouroux, Foetus pseudencéphale avec inversion complète des viscères. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 735. Juillet.

Lamouroux, Perforation de la cloison interventriculaire chez un enfant de 10 ans; persistance du canal artériel. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 736. Juillet.

Landolt, H., Ueber d. Melanin d. Augenhäute. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 1 u. 2. p. 192.

Lane, W. Arbuthnot, Some points in the mechanics of the skeleton. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 3. p. 209. Sept.

Langley, John Newport, On the general relation of the motor nerves to the tissues of the body. Lancet Sept. 23.

Larinow, W., Ueber d. musikal. Centren des Gehirns. Arch. f. Physiol. LXXVI. 11 u. 12. p. 608.

Laudenbach, J., Zur Otolithenfrage. Arch. f. Physiol. LXXVII. 5 u. 6. p. 311.

Lee, H. M., Comparative chest measurements. New York med. Record LVI. 5. p. 159. July.

Lennhoff, Rudolf, Die Beziehungen zwischen Körperform u. Lage der Nieren. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 477.

Leonardi, Evelino, Ricerche sulla funzione glicogenica del fegato in rapporto con l'ossigenazione del sangue. Gazz. degli Osped. XX. 109.

Leubuscher, G., Ueber die Fettabscheidung des menschl. Körpers. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 457.

Levi, Giuseppe, Ueber d. spontane u. unter d. Einflusse eines Entzündung erregenden Agens im Amphibieneie stattfindenden Veränderungen. Arch. f. mikroskop. Anat. LV. 1. p. 111.

Levy-Dorn, Aufnahmen mittels Röntgenstrahlen b. angehaltenem Athem. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. II. 6. p. 216.

Lewandowsky, M., Zur Frage d. inneren Sekretion von Nebenniere u. Niere. Ztschr. f. klin. Med. XXXVII. 5 u. 6. p. 535.

Lexer, E., Magenschleimhaut im persistirenden Dottergang. Arch. f. klin. Chir. LIX. 4. p. 859.

London, E. S., Notes histologiques. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. VII. 3. p. 215.

Lyonnet, B., et F. Martel, D'une méthode simple et rapide pour pratiquer la numération des globules blancs chez l'homme. Lyon méd. XCI. p. 431. Juillet.

Marcuse, Julian, Vom Anthropologencongress in Lindau. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 38.

Mariani, F., Alcune considerazioni sulla teoria cardiaca del *Baccelli*. Policlin. VI. 15. p. 337.

Marinesco, G., Nouvelles recherches sur l'origine du facial supérieur et du facial inférieur. Presse méd. VII. 65.

Meek, Alexander, On the post-embryonal history of voluntary muscles in mammals. Journ. of Anat. and Physiol. XXXIII. 4. p. 596. July.

Meinong, A., Ueber Gegenstände höherer Ordnung u. deren Verhältnisse zur innern Wahrnehmung. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XXI. 3 u. 4. p. 182.

Meissen, Ernst, Die Abhängigkeit d. Blutkörperchenzahl von d. Meereshöhe. Therap. Monatsh. XIII. 10. p. 523.

Melnikow-Raswedenkow, N., Histolog. Untersuchungen über d. elast. Gewebe in normalen u. patholog. veränderten Organen. Beitr. z. pathol. Anat. u. allgem. Pathol. XXVI. 3. p. 546.

Meyer, Robert, Ueber epitheliale Gebilde im Myometrium d. fötalen u. kindl. Uterus, einschliessl. d.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/279

Gartner'schen Ganges. Berlin. S. Karger. Gr. 8. II u. 154 S. mit 36 Abbild. im Text u. auf 11 Tafeln. 5 Mk.

Mies, Joseph, Ueber d. Masse, d. Rauminhalt u. d. Dichte d. Menschen. Virchow's Arch. CLVII. 1. p. 90.

Missbildungen u. Bildungsanomalien s. II. *Abram, Anderson, Andrus, Balint, Bayer, Bertacchini, Brooks, Clarke, Craig, De Castro, Frick, Griffiths, Harbitz, Heymann, Lamouroux, Opitz, Ricoux, Rolly, Scholten, Smith, Stouffs, Sutton.* III. *Thorel.* IV. 2. *Hegar;* 4. *Griffith, Henry.* V. 2. b. *Wieting;* 2. c. *Berger, Castan, Rovsing, Stapler, Weiller;* 2. d. *Rochet;* 2. e. *Hollis.* VI. *Marshall, Oker, Winckel.* VII. *Ferenzi, Lorenz.* IX. *Faucher.*

Moraczewski, W. von, Ausscheidungsverhältnisse bei blutleeren u. hungernden Fröschen. Arch. f. Physiol. LXXVII. 5 u. 6. p. 290.

Morpurgo, B., Die Vita propria d. Zellen d. Periosts. Virchow's Arch. CLVII. 1. p. 172.

Müller, Erik, Studien über Neuroglia. Arch. f. mikroskop. Anat. LV. 1. p. 11.

Muscrove, Charles Ino., Radiograph of an injected full term foetus. Journ. of Anat. and Physiol. XXXIII. 4. p. 672. July.

Nagel, Wilibald A., Ueber neue Nomenclatur d. vergleichenden Sinnesphysiologie. Centr.-Bl. f. Physiol. XIII. 12.

Niessing, Georg, Zellenstudien. Arch. f. mikroskop. Anat. LV. 1. p. 63.

Olivi, Luigi A., Ricerche sperimentali sulla migrazione interna dell'ovulo. Gazz. degli Osped. XX. 127.

Onuf (Onufrowicz), B., Notes on the arrangement and function of the cell groups in the sacral region of the spinal cord. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 8. p. 498. Aug.

Opitz, Vergleich der Placentabildung von Meerschweinchen, Kaninchen u. Katze mit derjenigen b. Menschen (Diskussion). Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XLI. 2. p. 288.

Opitz, Fälle von Missbildungen. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XLI. 2. p. 312.

Oswald, Ad., Ueber d. Funktion d. Schilddrüse. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 33.

Palmer, J. Foster, The transmission of acquired characters. Brit. med. Journ. Oct. 14. p. 1045.

Pappenheim, A., Vergleich. Untersuchungen über d. elementare Zusammensetzung d. rothen Knochenmarks einiger Säugethiere. Virchow's Arch. CLVII. 1. p. 19.

Parhon, C., et C. Popesco, Recherches sur la localisation spinale des noyaux moteurs du membre postérieur. Roumanie méd. VII. 3. p. 118.

Paton, Some objections to the neurone theory. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 100. July.

Pavy, F. W., An enquiry into the effects on the blood and urine of the intravenous and subcutaneous injection of various carbohydrates stauding in relation to animal life. Journ. of Physiol. XXIV. 6. p. 479.

Peiser, Eugen, Ein weiterer Beitrag zur Automatie des menschl. Fötalherzens. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 34.

Pfaundler, M., Ueber d. zeitl. Ablauf d. Magensaftsekretion. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 336.

Pfeiffer, Richard, Ueber neuere hämatol. Forschungen. Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 20. p. 693.

Pfeiffer, Th., Ueber die Resorption wässeriger Salzlösungen aus dem menschl. Magen unter physiol. u. patholog. Verhältnissen. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLIII. 1 u. 2. p. 93.

Piltz, J., Ueber ein Hirnrindencentrum f. einseit., contralaterale Pupillenverengung (b. Kaninchen). Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 19.

Plesoianu, C., Les phénomènes généraux de la nutrition. Arch. gén. N. S. II. 2. p. 233. Août.

Pollak, Alfred, Das Auge im Dienste d. Anthropometrie. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 38.

Popoff, L., Sur la valeur de la glande thyroïde au point de vue médical principalement. Arch. gén. N. S. II. 4. p. 385. Oct.

Prà, Pietro, Riassunto di una breve critica sperimentale sui dati relativi alla capacità respiratoria. Gazz. degli Osped. XX. 121.

Preiswerk, Gustav, Beiträge zur Corrosionsanatomie d. pneumat. Gesichtshöhlen. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXXV. 1 u. 2. p. 31.

Prenant, A., Sur le protoplasme supérieur (archoplasme, kinoplasme, ergastoplasme). Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XXXV. 4. p. 408. Juillet—Août.

Probst, Moritz, Zur Kenntniss der Pyramidenbahn. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. VI. 2. p. 91.

Probst, M., Ueber d. Lokalisation d. Tonvermögens. Arch. f. Psych. XXXII. 2. p. 387.

Probst, M., Ueber vom Vierhügel, von d. Brücke u. vom Kleinhirn absteigende Bahnen (Monakow'sches Bündel, Vierhügelvorderstrangbahn, Kleinhirnvorderstrangbahn, cerebrale Trigeminuswurzel u. andere motor. Haubenbündel). Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XV. 3 u. 4. p. 192.

Psychologische Arbeiten, herausgeg. von *Emil Kraepelin.* II. 4. Leipzig. Wilh. Engelmann. 8. S. 569—706. 5 Mk.

Redard, P., et Frank Michel, Sillon médian profond de la lèvre inférieure et du menton; division médiane du maxillaire inférieur; malformation de la langue. Presse méd. VII. 78.

Reid, G. Archdall, The evidence for and against the transmission of acquired characters. Brit. med. Journ. Sept. 30.

Reis, Joseph, Ueber einfache pathol. Versuche an Gesunden u. Geisteskranken. Psychol. Arb. II. 4. p. 587.

Ribbert, Hugo, Ueber Bildungen an Zellen u. Geweben. Virchow's Arch. CLVII. 1. p. 106.

Richter, George, Glossen zur Verdauungsphysiologie. Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 18. p. 612.

Ricoux et Ed. Aubry, Un prétendu androgyne dans un service de femmes. Progrès méd. 3. S. X. 37.

Roemer, O., Ueber Sensibilität des Zahnbeins. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XVII. 9. p. 393. Sept.

Rolly, Zur Casuistik d. Transposition d. grossen arteriellen Gefässe d. Herzens. Jahrb. f. Kinderhkde. L. 3. p. 241.

Roos, E., Untersuchungen über die Schilddrüse. Ztschr. f. physiol. Chemie XXVIII. 1 u. 2. p. 40.

Rosenfeld, G., Die Herkunft d. Fettes. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 503.

Rothschild, David, Ueber d. physiol. u. pathol. Bedeutung des Sternalwinkels u. eine Methode seiner Grössenbestimmung mit Hülfe des Sternogoniometers. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 590.

Roux, Joanny, Double centre d'innervation corticale oculo-motrice. Arch. de Neurol. 2. S. VIII. p. 177. Sept.

Ruge, C., Die Talgdrüsen d. grossen u. kleinen Labien. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XLI. 2. p. 300.

Sachs, Hans, Ueber d. Bedeutung d. Leber f. d. Verwerthung d. verschied. Zuckersorten im Organismus. Ztschr. f. klin. Med. XXXVIII. 1—3. p. 87.

Sanson, A., Le quotient respiratoire et la thermogénèse. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XXXV. 4. p. 467. Juillet—Août.

Santangelo, Ettore, Della tossicità urinaria nei bambini in rapporto a quella degli adulti. Policlin. VI. 19. p. 472.

Schaefer, Karl L., Die Bestimmung der unteren Hörgrenze. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XXI. 3 u. 4. p. 161.

Scheier, Max, Zur Sektion d. Nasenrachenraums (nach anatom. Präparaten von Prof. *Stieda*). Virchow's Arch. CLVII. 2. p. 339.

Schenck, F., Ueber intermittirende Netzhautreizung. Arch. f. Physiol. LXXVII. 1 u. 2. p. 44.

Schilina, Ludmilla, Vergleich von *Ludwig's*

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/280

Kymographen mit *Hürthle's* Tonographen. Ztschr. f. Biol. XXXVIII. 3. p. 433.

Schleich, C. L., Zur Casuistik der sekundären Sinnesempfindungen. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 41.

Schmorl, G., Darstellung feinerer Knochenstrukturen. Centr.-Bl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat. X. 19 u. 20.

Scholten, R., Een zeldzame congenitale tumor van den pink. Nederl. Weekbl. II. 14.

Schröder, G., Entgegnung auf *Turban's* Aufsatz: „d. Blutkörperchenzählung im Hochgebirge u. d. *Meissen'*sche Schlitzkammer", als weiterer Beitrag zur Klärung d. Frage. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 40. vgl. a. 24.

Schwarz, Leo, Beiträge zur Physiologie u. Pharmakologie d. Diurese. Arch. f. experim. Pathol. XLIII. 1 u. 2. p. 1.

Sicherer, Otto von, Zur Chemotaxis d. Leukocyten in vitro. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 11 u. 12.

Siemerling, E., Ueber Technik u. Härtung grosser Hirnschnitte. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 32.

Simon, A., Ueber d. Einfluss d. künstl. Schwitzens auf d. Magensaftsekretion. Ztschr. f. klin. Med. XXXVIII. 1—3. p. 140.

Smith, W. C. F., A bicephalic foetus. Lancet Aug. 19. p. 489.

Soukhanoff, Serge, Contribution à l'étude de l'état et du développement des cellules nerveuses de l'écorce cérébrale chez quelques vertébrés nouveau-nés. Revue neurol. VII. 18. p. 656.

Soulier, H., Du rôle de l'élasticité dans la diastole du coeur et des artères. Lyon méd. XCI. p. 503. 551. Août.

Stern, L. William, Die Wahrnehmung von Tonveränderungen. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XXI. 5. p. 360.

Stewart, G. N., The relative volume or wight of corpuscles and plasma in blood. Journ. of Physiol. XXIV. 5. p. 356.

Stewart, G. N., The effect on the molecular concentration and electrical conductivity of muscle extracts on removal of the proteids. Journ. of Physiol. XXIV. 6. p. 460.

Stouffs, Mains bottes très prononcées résultant d'une absence congénitale des radius. Presse méd. belge LI. 41.

Sutton, J. Bland, An acardiac from a cow. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 97.

Szakáll, Julius, Beiträge zur Anatomie u. Funktion des oberen Gleichbeinbandes beim Pferde (M. interosseus III.). Ztschr. f. Thiermed. III. 4 u. 5. p. 334.

Szubinski, Alfred, Beiträge zur feineren Struktur d. Leberzelle, mit besond. Berücksicht. d. Pathogenese des Ikterus. Beitr. z. pathol. Anat. u. allgem. Pathol. XXVI. 3. p. 446. 589.

Terrien, Eugène, Du foie foetal physiologique. Revue des Mal. de l'Enf. XVII. p. 433. Oct.

Thomson, Arthur, Morphological significance of certain fissures in the human liver. Journ. of Anat. and Physiol. XXXIII. 4. p. 546. July.

Thomson, Arthur, Sexual differences of the foetal pelvis. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 279.

Trzaska-Chronszczewsky, Zur Lehre von d. vasomotor. Nerven. Virchow's Arch. CLVII. 2. p. 373.

Tschermak, Armin, Ueber d. Folgen d. Durchschneidung d. Trapezkörpers b. d. Katze. Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 15. 16.

Tschlenoff, M., Beitrag zur Kenntniss d. Knäueldrüsenkörnchen. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLIX. 2 u. 3. p. 185.

Türk, S., Untersuchungen über die Entstehung des physiolog. Netzhautvenenpulses. Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 3. p. 513.

Turner, Wm., Rare form of palatal suture. Journ. of Anat. and Physiol. XXXIII. 4. p. 674. July.

Uexküll, J. von, Der Neurokinet. (Ein Beitrag zur Theorie d. mechan. Nervenreizung). Ztschr. f. Biol. XXXVIII. 2. p. 291.

Wallenberg, Adolf, Eine bemerkenswerthe Gruppe centripetaler Fasern im Vorderseitenstrange des Kaninchens. Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 18.

Walther, Anton, Beobachtungen über d. Verlauf centraler u. extranuclearer negativer Nachbilder. Arch. f. Physiol. LXXVII. 1 u. 2. p. 53.

Warrington, W. B., Further observations on the structural alteration observed in nerve cells. Journ. of Physiol. XXIV. 6. p. 464.

Werigo, Br., Zur Frage über die Beziehung zwischen Erregbarkeit u. Leitungsfähigkeit d. Nerven (nach Versuchen von *Rajmist*). Arch. f. Physiol. LXXVI. 11 u. 12. p. 552.

Weygandt, Wilhelm, *Römer's* Versuche über Nahrungsaufnahme u. geistige Leistungsfähigkeit. Psychol. Arb. II. 4. p. 695.

Zwaardemaker, H., u. L. J. Lans, Ueber ein Stadium relativer Unerregbarkeit als Ursache d. intermittirenden Charakters d. Lidschlagreflexes. Centr.-Bl. f. Physiol. XIII. 13.

S. a. I. *Physiologische Physik u. Chemie.* III. Bietti, Hansemann, Lambotte, Stuparich; 8. Bischoff. V. 2. a. Buchbinder; 2. b. Bacon; 2. c. Delore. VIII. Pfaundler. IX. Findlay, Näcke. X. Caylay, Dunlop, Lobanow. XI. Henke, Mettler. XIII. 2. *Physiolog. Wirkung d. Arzneimittel.* XIV. 1. Hensen, Stifler. XV. Drouineau, Siegfried. XVI. Däubler. XX. Herda, Pergens.

III. Allgemeine Pathologie.

(Experimentelle Pathologie. Patholog. Anatomie. Bakteriologie.)

Adamkiewicz, Albert, Zur klin. Differentialdiagnose zwischen Carcinomen u. Sarkomen. Med. Centr.-Bl. XXXVII. 41.

Afanassieff, S. M., De l'accumulation chronique de la lymphe dans le tissu conjonctif sous-cutané. Arch. russes de Pathol. etc. VIII. 1. p. 67.

Ajello, Abele, Contributo alla genesi embrionale di un adeno-epitelioma cistico primitivo dell'ombelico. Rif. med. XV. 206—209.

Ajello, Abele, Contributo allo studio dell'adenoma sebaceo. Rif. med. XV. 210. 211.

Albrecht, Eugen, Neue Fragestellungen zur Pathologie d. Zelle. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 36.

Almquist, E., Om två biologiska bakeriearter. Hygiea LXI. 7. Svenska läkares. forh. S. 75.

Almqvist, Ernst, Ueber Phagocytose. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXI. 3. p. 507.

Anderson, Willis S., Study of some conditions that lead to fibroid changes. Physic. and Surg. XXI. 8. p. 352. Aug.

Ascoli, G., e P. Sciaudone, Sulla genesi dei versamenti nelle cavità sierose. Clin. med. ital. XXXVIII. 7. p. 401.

Auvray et Marcille, Fibrome de la paroi abdominale; étude pathogénique. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 665. Juillet.

Barannikow, J., Zur Frage über d. Bakteriologie d. Lepromata. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 4 u. 5.

Battelli, Frédéric, Le mécanisme de la mort par les courants électriques chez l'homme. Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 10. p. 605. Oct.

Baumgarten, P., Beiträge zur Lehre von der natürl. Immunität. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 41.

Beco, Lucien, Note sur la valeur de l'agglutination par le sérum antityphique expérimental comme moyen de diagnostic entre le bacille d'*Eberth* et les races côliformes. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 4 u. 5.

Behla, Robert, Die geograph.-statist. Methode

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/281

als Hülfsfaktor d. Krebsforschung. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXII. 1. p. 123.

Beiträge zur patholog. Anatomie u. zur allgem. Pathologie. Red. von *E. Ziegler*. XXVI. 2. 3. Jena. Gustav Fischer. Gr. 8. S. 173—590 mit 12 Taf. u. 2 Figg. im Text.

Berestnew, N., Zur Frage d. Klassifikation u. systemat. Stellung d. Strahlenpilze. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 13.

Bettmann, Ueber eosinophile Zellen im gonorrhoischen Eiter. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLIX. 2 u. 3. p. 227.

Bietti, A., Anatom. Untersuchungen über d. Regeneration d. Ciliarnerven nach d. Neurectomia opticociliaris b. Menschen. Arch. f. Ophthalmol. XLIX. 1. p. 190.

Bill, A. F., Movement of bacilli etc. in liquid suspension on passage of a constant current. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 9.

Bliesener, Ueber Gelatineculturen im Brütschrank. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXIX. 3. blz. 97.

Bloch, C. E., Et Indläg i Spörgsmaalet om Bacterium coli's Antagonisme mod de övrige Urinbakterier. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 34.

Borrmann, Robert, Zum Wachsthum u. zur Nomenclatur d. Blutgefässgeschwülste. Virchow's Arch. CLVII. 2. p. 297.

Bosellini, P., Ueber d. psoriat. Process. Histolog.-pathogenet. Beitrag. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIX. 7. p. 301.

Browicz, T., Intussusception d. Erythrocyten durch d. Leberzelle u. d. daraus möglichen Bilder d. Leberzelle. Bull. internat. de l'Acad. des Sc. de Cracovie Juillet.

Bucco, Menotti, Penetrazione di batterii nelle uova. Rif. med. XV. 226. 227. 228. 229.

Buchanan, W. J., Dysentery as a terminal symptom of disease in the tropics. Brit. med. Journ. Sept. 9.

Buchner, Hans, Natürl. Schutzeinrichtungen d. Organismus u. deren Beeinflussung zum Zweck d. Abwehr von Infektionskrankheiten. Münchn. med. Wochenschr. XLVI. 39. 40.

Cafiero, Carmelo, Sulla presenza del bacillo difterico del sangue di alcuni animali da esperimento (cavie e conigli). Gazz. degli Osped. XX. 112.

Campbell, Alfred W., Colitis or dysentery; an etiological and anatomical study. Journ. of Pathol. and Bacteriol. VI. 2. p. 227. Aug.

Cantacuzène, J., Recherches sur la spirillose des oies. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 7. p. 529. Juillet.

Cave, Edward J., Some recent applications of bacteriology to clinical medicine. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 2. p. 148. Aug.

Cesaris-Demel, A., Sur l'action toxique et septique de quelques microorganismes pathogènes sur le système nerveux central. Arch. de Biol. XXXI. 3. p. 453.

Cobbett, L., The origin of antitoxin. Lancet Aug. 5.

Cobbett, Louis, The nature and the action of antitoxine. Journ. of Pathol. and Bacteriol. VI. 2. p. 193. Aug.

Colard, J., Préparation de la caséine comme agent pyogène. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 9. p. 735. Sept.

Cornil, Note sur les coccidioses humaines, sous forme de tumeurs du tissu cellulaire sous-cutané et des bourses séreuses. Bull. de l'Acad. 3. S. XLII. 30. p. 209. Juillet 25.

Cornil et Coudray, Réparation et ossification de la moelle des os, après évidement de cette substance, chez le chien. Bull. de l'Acad. 3. S. XLII. 29. p. 126. Juillet 18.

Councilman, William T., The growth and extension of carcinoma. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 11. p. 256. Sept.

Courmont et Cade, Transmission de la substance agglutinante du bacille d'*Eberth* par l'allaitement. Lyon méd. XCII. p. 5. Sept.

Czaplewski, Zur Bakteriologie d. Keuchhustens. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 7 u. 8.

Czerny, Ad., Zur Kenntniss d. hyalinen Degeneration. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 255.

Czerny, Vincenz, Warum dürfen wir d. parasitäre Theorie f. d. bösartigen Geschwülste nicht aufgeben? Beitr. z. klin. Chir. XXV. 1. p. 243.

Daniels, C., The post-mortem changes in the lungs. Lancet Oct. 7.

Danysz, Contribution à l'étude de l'immunité; propriétés des mélanges de toxines et d'antitoxines; constitution des toxines. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. p. p. 581. Juillet.

Deguy, Autopsie d'une appendicite opérée. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 713. Juillet.

Delore, Xavier, La môle vésiculaire est un chondrome. Lyon méd. XCI. p. 581. Août.

Densusianu, La réparation des plaies aseptiques des muscles. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 684. Juillet.

Deutsch, Ladislaus, Ueber d. gegenwärtigen Stand d. Lehre von d. bakteriellen Immunität, mit spec. Berücksicht. d. Typhusimmunität. Wien. med. Presse XL. 41. 42. 43.

Deutsch, Lad., Contribution à l'étude de l'origine des anticorps typhiques. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 9. p. 689. Sept.

Dexler, H., Beiträge zur Pathogenese u. patholog. Anatomie d. Hydrocephalus internus d. Pferde. Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 20.

Dienst, Ueber multiple Embryome. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 61.

Dietrich, A., Theoret. Betrachtungen u. experim. Untersuchungen über Diphtherieheilserum. Württemb. Corr.-Bl. LXIX. 35.

Discussion on the thermic fever (so-called siriasis) with special reference to its alleged microbic causation. Brit. med. Journ. Sept. 9.

Distefano, Nunzio, Le modificazioni anatomiche del rene nell'idronefrosi sperimentale. Policlin. VI. 16. p. 368.

Dominici, Hématies nucléées des foetus de lapin; réaction normoblastique de la moelle osseuse du lapin adulte. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 763. Juillet.

von Dungern, Specif. Immunserum gegen Epithel. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 38.

Durdufi, G. N., Die Asphyxie als Cardiotonicum. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLIII. 1 u. 2. p. 115.

Duret, H., Tumeurs multiples et singulières des bourses séreuses (endothéliomes, pent-être d'origine parasitaire). Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 725. Juillet.

Eden, T. W.; J. Bland Sutton; Arnold W. W. Lea, Report on a specimen of tumour expelled from uterus during labour at term. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 219.

Elmassian, Note sur un bacille des voies respiratoires et ses rapports avec le bacille de *Pfeiffer*. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 8. p. 621. Août.

Emmerich, Rudolf, Natürliche Schutzeinrichtungen d. Organismus u. deren Beeinflussung zum Zwecke d. Abwehr von Infektionsprocessen. Münchn. med. Wochenschr. XLVI. 41.

Enderlen, Histolog. Untersuchungen b. experimentell erzeugter Osteomyelitis. Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 5 u. 6. p. 507.

Engel, C. S., Können Malariaplasmodien mit Kernen kernhaltiger rother Blutkörperchen verwechselt werden? Ztschr. f. klin. Med. XXXVIII. 1—3. p. 30.

Engelken jun., Hermann, Metastasirende embryonale Drüsengeschwulst d. Nierengegend im Kindes-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/282

alter. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXVI. 2. p. 320.

Escherich, Theodor, Zur Kenntniss d. Darm-Colibacillen unter physiol. u. pathol. Verhältnissen. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 425.

Eyre, J. W. H., The bacillus diphtheriae in milk. Brit. med. Journ. Sept. 2.

Ferlito, Carmelo, Sulla diagnosi differenziale del vibrione del colera. Gazz. degli Osped. XX. 115.

Fischer, Bernhard, Die Bedeutung der bakteriolog. Meeresforschung. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 37.

Forchheimer, F., and R. W. Stewart, On the toxicity of the urine. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 3. p. 297. Sept.

Fraenkel, Eug., Ueber d. Erreger d. Gasphlegmonen. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 42.

Fraenkel, Eug., u. P. Krause, Bakteriolog. u. Experiment. über d. Galle. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXII. 1. p. 97.

Freudweiler, Max, Anatom. Mittheilungen über einen Fall von multiplen Gliomen d. Rückenmarks. Virchow's Arch. CLVIII. 1. p. 64.

Freund, E., u. C. Sternberg, Ueber Darstellung d. Heilkörpers aus d. Diphtherieheilserum. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXI. 3. p. 429.

Friedmann, Friedrich, Die Altersinvolution u. ihre Therapie. Einiges über d. Tod. Wien. med. Presse XL. 32. 33.

Friedrich, P. L., u. H. Nösske, Studien über d. Lokalisirung d. Tuberkelbacillus b. direkter Einbringung dess. in d. arteriellen Kreislauf (l. Ventrikel) u. über aktinomycesähnl. Wuchsformen d. Bacillenherde im Thierkörper. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXVI. 3. p. 470.

Fuchs, Emil, Beiträge zur Kenntniss d. Entstehung, d. Volumens u. d. Bedeutung eosinophiler Zellen, mit besond. Berücksicht. d. Sputums. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIII. 5 u. 6. p. 427.

Gabritschewsky, G., Ueber einige Streitfragen in d. Pathologie d. Spirochäteninfektionen. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 10.

Galli-Valerio, Bruno, Contribution á l'étude de la morphologie du bacillus mallei. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 6.

Gengou, O., Etude sur les rapports entre les agglutinines et les lysines. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 8. p. 642. Août.

Goldberg, S., Ueber d. Ausscheidung d. Tetanusgiftes durch d. Urin b. experiment. Tetanus. Boln. gas. Botk. 22. 23. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Grawitz, E., Ueber körnige Degeneration d. rothen Blutzellen. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 36.

Grawitz, P., Fettnekrose u. Pankreasnekrose. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 38. Beil.

Grawitz, Paul, Ueber d. Wanderzellenbildung d. Hornhaut. Virchow's Arch. CLVIII. 1. p. 1.

Gruber, Max, Zur Theorie der Agglutination. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 41.

Gwyn, N. B., A case in which the bacillus aërogenes capsulatus was repeatedly isolated from the circulation during life. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 100. p. 134. July.

Haffkine, W. M., Ueber Schutzimpfung. Wien. med. Presse XL. 39. 40.

Hagedorn, Max, Der sogen. adenoide Habitus. Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 17. p. 574.

Hansemann, David, Die Stellung d. patholog. Anatomie u. allgem. Pathologie zur Entwickelungsgeschichte, speciell zur Keimblattlehre. Berl. klin. Wochenschr. XXXVI. 43.

Harrevelt, H. G. van, Ueber einen b. d. bakteriolog. Fleischbeschau aufgefundenen Diplococcus. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 4 u. 5.

Hartzell, M. B., Epithelioma as a sequel of psoriasis and the probability of its arsenical origin. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 3. p. 265. Sept.

Haultain, F. W. N., Deciduoma malignum. Brit. gynaecol. Journ. LVIII. p. 190. Aug.

Henseval, Maurice, Les microbes du lait. Revue des Questions scientif. 2. S. XVI. p. 561.

Hering, H. E., Ueber Grosshirnrindenreizung nach Durchschneidung d. Pyramiden oder anderer Theile d. centralen Nervensystems mit besonderer Berücksicht. d. Rindenepilepsie. Wien. klin. Wchnschr. XII. 33.

Hesse, W., Ein neues Verfahren zur Züchtung d. Tuberkelbacillus. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXI. 3. p. 502.

Hoche, Cl. L., Histogénèse du nodule actinomycosique et propagation des lésions. Arch. de Méd. expérim. XI. 5. p. 599. Sept.

Hoppe, Argyrosis. Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 3. p. 660.

Jackson, Henry, The value of the pulse in diagnosis and prognosis. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 7. p. 151. Aug.

Jahresbericht über d. Fortschritte in d. Lehre von d. pathogenen Mikroorganismen, umfassend Bakterien, Pilze u. Protozoen. Herausgeg. von *P. von Baumgarten* u. *F. Tangl.* XIII. Jahrg. 1897. 2. Hälfte. Braunschweig. Harald Bruhn. Gr. 8. S. 337—1063 u. VI S. 17 Mk.

Immunität s. III. *Baumgarten, Danysz, Deutsch, von Dungern, Emmerich, Haffkine, Marx, Ransom, Tschistowitsch, Vincenzi, Weisbecker.* XV. *Beclère.*

Kassowitz, Max, Kritisches über Diphtheriebacillen u. Heilserum. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 38.

Katschkowski, P., Ueber Lebenbleiben d. Hunde nach doppelseit. Resektion d. Halsvagi. Boln. gas. Botk. 18. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Katzenstein, M., Experiment. Untersuchungen über Darmvereinigung. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 41.

Kazowsky, A. D., Beitrag zur Lehre von d. Veränderungen d. Nervensystems b. Erschütterungen. Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 17.

Kazowsky, A. D., Zur Frage von d. multiplen Nekrosen d. Gehirns. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. X. p. 513. Sept.

Klein, E., Beitrag zur Kenntniss d. Verbreitung d. Bacillus pseudotuberculosis. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 9.

Kober, Max, Die Verbreitung des Diphtheriebacillus auf d. Mundschleimhaut gesunder Menschen. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXI. 3. p. 433.

Koch, R., Ueber d. Entwickelung d. Malariaparasiten. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXII. 1. p. 1.

Kossel, H., Ueber einen malariaähnl. Blutparasiten b. Affen. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXII. 1. p. 25.

Kraus, Fr.; A. Kossler u. W. Scholz, Ueber d. Sauerstoffcapacität d. menschl. Blutes in Krankheiten. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 378.

Krause, Paul, Beitrag zur Kenntniss d. Actinomyces. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 7 u. 8.

Krebs s. III. *Behla, Councilman, Lack, Mc Weeney, Silberstein, Webber, Williams.* IV. 3. *Herrmann, Vergely;* 5. *Bernard, Descos, Dominici, Einhorn, Fischer, Grön, Köllner, Krokiewicz, Lamberg, Lereboullet, Mesnil, Musser, Potier, Strauss, Tricomi;* 6. *Treyer;* 9. *Payne.* V. 2. a. *Goris, Morestin, Tscherning, Tschudy;* 2. c. *Carlson, Koeppelin, Lambret, Lereboullet, Maiss, Manges, Maydl, Sörensen, Sommer;* 2. d. *Auché, Auvray, Wolff.* VI. *Amann, Hall, Jessett, Leuret, Madden, Odebrecht, Roberts.* VII. *Sarwey.* X. *Wheatly.* XI. *Carrel, Scheppegrell, Sendziak.* XIII. 2. *Mc Feely.*

Kriloff, P. P., Rapport annuel de la station antirabique attachée à l'hôpital municipal de Samara pour

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/283

l'année 1897. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. VII. 3. p. 207.

Krönig, G., Histolog. u. physikal. Lumbalpunktionsbefunde u. ihre Deutung. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 565.

Krogius, Om Appendiciternes Bakteriologi. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 38. S. 920.

Kromayer, Ernst, Bericht über d. Fortschritte d. Dermatologie auf d. Gebiete d. Pathologie u. pathol. Anatomie im J. 1898. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. X. 16 u. 17.

Krzystalowicz, Franz, Zur Histologie des Xanthoma glycosuricum. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIX. 5. p. 201.

Lack, H. Lambert, A preliminary note on the experimental production of cancer. Journ. of Pathol. and Bacteriol. VI. 2. p. 154. Aug.

Lambotte et Maréchal, L'agglutination du bacille charbonneux par le sang humain normal. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 8. p. 637. Août.

Langlois, J. P., Les invertébrés agents de contage. Presse méd. VII. 80.

Lebell, J., Ein neuer Vorgang b. d. Inoculation von Thieren mit Rabiesvirus. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 7 u. 8.

Lemaire, Albert, Du rôle protecteur du foie contre la généralisation colibacillaire. Arch. de Méd. expérim. XI. 5. p. 556. Sept.

Lépine, R., et B. Lyonnet, Etude anatomique des lésions pulmonaires observées chez le chien à la suite d'infections intra-trachéales de bacille typhique. Arch. de Méd. expérim. XI. 5. p. 549. Sept.

Levin, Les microbes dans les régions arctiques. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 7. p. 558. Juillet.

Lobanow, S. W., Zur Frage über d. Bedeutung nicht pathogener Bakterien in d. infektiösen Erkrankungen des Auges. Westn. oftalm. März—Juni. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Löwenbach, Georg, Beitrag zur Histogenese d. weichen Naevi. Virchow's Arch. CLVII. 3. p. 485.

Maass, Fritz, The value of complete diagnosis. Physic. and Surg. XXI. 6. p. 253. June.

Mc Weeney, Gall-stones with multiple abscess of the liver and carcinoma of the bladder. Dubl. Journ. CVIII. p. 143. Aug.

Malvoz, E., Sur la présence d'agglutinines spécifiques dans les cultures microbiennes. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 8. p. 630. Août.

Mandlebaum, F. S., and E. Libman, A report of a series of unusual pathological conditions. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 312.

Marfan, A. B., Rôle des microbes dans les gastro-entérites des nourrissons. Revue des Mal. de l'Enf. XVII. p. 408. Sept.

Marx, Beiträge zur Lyssaimmunität. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 41.

Matzuschita, Teïsi, Ueber die Wachsthumsunterschiede d. Bacillus d. Hühnertuberkulose u. d. menschl. Tuberkulose auf pflanzl., Gelatine- u. Agarnährböden. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 4 u. 5.

Maximow, Alexander, Die histolog. Vorgänge b. d. Heilung von Hodenverletzungen u. d. Regenerationsfähigkeit d. Hodengewebes. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXVI. 2. p. 230.

Mayer, Georg, Zur Kenntniss d. säurefesten Bakterien aus d. Tuberkulosegruppe. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 11 u. 12.

Mazza, Carlo, Bakteriol. Untersuchungen über eine neuerdings aufgetretene Hühnerepizootie. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 6.

Michaelis, M., Demonstration mikroskop. Präparate von Gonokokken. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 619.

Moltschanoff, M. J., Ueber d. Gonokokkentoxin u. seine Wirkung auf d. Nervensystem. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 31.

Morgenroth, J., Ueber d. Antikörper d. Labenzyms. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 11 u. 12.

Moxter, Ueber d. Wirkungsweise d. bakterienauflösenden Substanzen d. thier. Säfte. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 11 u. 12.

Moxter, Die Beziehungen d. Leukocyten zu d. bakterienauflösenden Stoffen thier. Säfte. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 42.

Mullick, Sarat K., Some of the more common forms of tropical diseases met with in genéral practice in England. Brit. med. Journ. Sept. 9.

Munch, Francis, Les tumeurs tridermiques de l'ovaire et du testicule. Semaine méd. XIX. 38.

Nicolas, J., Sur les caractères macroscopiques des cultures de tuberculose humaine et aviaire, leur valeur différentielle. Lyon méd. XCII. p. 181. Oct.

Noïca, Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la dilatation des bronches (non tuberculeuse) basée sur 4 autopsies. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 770. Juillet.

Novy, F. G., The bacillus icteroides. Med. News LXXV. 13. p. 385. Sept.

Oberndorfer, Sigfrid, Bericht über d. Verhandl. d. deutschen pathol. Gesellschaft auf d. 71. Versamml. deutscher Naturforscher u. Aerzte. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. X. 19 u. 20.

Ohlmacher, A. P., Several examples illustrating the comparative pathology of tumors. Bull. of the Ohio Hosp. f. Epilept. I. 2 a. 3. p. 223.

Olmer, D., Note sur l'état des cellules nerveuses de la moelle et du cerveau dans un cas de convulsions de cause infectieuse chez un enfant. Revue de Méd. XIX. S. p. 644.

Padoa, Gustavo, Sul diverso modo di agire della tossina tifica e della difterica a seconda che siano iniettate nella vena porta o nella vena giugulare. Rif. med. XV. 197. 198. 199.

Pakes, Walter C. C., A modification of the *Aronson* and *Phillips* staining method and its application in the case of malarial blood. Lancet Oct. 14. p. 1041.

Palmberg, A., Infektionslärans nuvarande ståndpunkt. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 7. s. 883.

Pane, N., Sulla presenza dello pneumococco nel sangue. Rif. med. XV. 182. 183.

Paton, D. Noël; James Craufurd Dunlop, and Ivison Macadam, On the modifications of the metabolism produced by the administration of diphtheria toxine. Journ. of Physiol. XXIV. 5. p. 331.

Pembrey, M. S., Some observations upon *Cheyne-Stokes* respiration. Brit. med. Journ. Sept. 30.

Pförringer, S., Ueber die Selbstverdauung des Pankreas. Virchow's Arch. CLVIII. 1. p. 126.

Pittfield, Robert L., The peculiar agglutinative action of blood sera upon life of spermatozoa. Lancet Sept. 9.

Poulain, A., Epithélium pavimenteux stratifié du type malpighien dans l'intérieur d'une bronchectasie. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 535. Juin.

Raehlmann, E., Ueber d. Anheilung transplantirter Lippenschleimhaut an d. intermarginale Fläche d. Augenlidränder. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXVI. 2. p. 173.

Ransom, F., The conditions which influence the duration of passive immunity. Journ. of Pathol. and Bacteriol. VI. 2. p. 180. Aug.

Raudnitz, R. W., Die Resorption aus d. Nabelschnur. Jahrb. f. Kinderhkde. L. 1 u. 2. p. 39.

Reusz, Friedrich von, Beitrag zur patholog. Anatomie d. Bulbärerkrankungen b. Tabes. Arch. f. Psych. XXXII. 2. p. 535.

Rose, Ulrich, Zur Kenntniss d. Zuckergussbildung an serösen Häuten. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 38.

Rosenbach, O., Wesen u. Behandl. d. Krisen b.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/284

akuten Krankheiten. [Berl. Klin. Heft 134.] Berlin. Fischer's med. Buchh. 8. 38 S. 1 Mk. 20 Pf.

Rosin, Heinr., Normaler Bau u. patholog. Veränderungen der Nervenzelle. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 33.

Sabouraud, R., La défense de la peau contre les microbes. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. X. 8 et 9. p. 729.

Sacharoff, N., Versuche über Enzyme. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 6.

Savtschenko et Mielkich, Contribution à la biologie de la bactérie du rheumatisme aign. Arch. russes de Pathol. etc. VIII. 2. p. 160.

Schaudinn, F., Ueber d. Einfl. d. Röntgenstrahlen auf Protozoen. Arch. f. Physiol. LXXVII. 1 u. 2. p. 29.

Scheel, Victor, Multiplicitet af primäre, maligne Svulster. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 36.

von Scheibner, Bilden d. Tonsillen häufige Eingangspforten f. d. Tuberkelbacillen? Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXVI. 3. p. 511.

Schenk, Carl, Die patholog. Enzymwirkung u. d. pathogenen Mikrobienprodukte als Krankheitsursachen. Leipzig. Alfred Langkammer. 8. 39 S. 1 Mk. 20 Pf.

Schépilewsky, E., Recherches expérimentales de la question concernant la dégénération amyloïdique. Arch. russes de Pathol. etc. VIII. 2. p. 109.

Schnitzler, Julius, u. A. Langer, Beitrag zur Kenntniss d. latenten Mikroorganismen. Arch. f. klin. Chir. LIX. 4. p. 866.

Schütze, Alb., Ueber d. Nachweis von Typhusbacillen in d. Faeces u. in d. Milz nach d. Verfahren von *Piorkowski*. Ztschr. f. klin. Med. XXXVIII. 1—3. p. 39. 284.

Schwalbe, Ernst, Die morpholog. Umwandlungen d. rothen Froschblutkörperchen b. d. extravaskulären Gerinnung. Virchow's Arch. CLVIII. 1. p. 80.

Sellheim, Hugo, Castration u. Knochenwachsthum. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. II. 1. p. 236.

Seng, W., Ueber d. qualitativen u. quantitativen Verhältnisse d. Eiweisskörper im Diphtherieheilserum. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXI. 3. p. 513.

Sgambati, O., Neuer Trokar zur Exploration patholog. Gewebe. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 38.

Silberberg, L., Sur un nouveau caractère différentiel du bacille d'*Eberth* et du coli-bacille, proposé par Mm. *L. Thoinot* et *G. Brouardel*. Arch. russes de Pathol. etc. VIII. 2. p. 161.

Silberstein, D., Ein Fall von Metastasenbildung in einem Thrombus d. Vena cava inferior b. primärem Adeno-Carcinoma myxomatodes. Virchow's Arch. CLVII. 1. p. 183.

Silvestrini e Baduel, Fagocitosi, potere battericida e agglutinante nell'infezione pneumonica in relazione colle speciali modificazioni del diplococco di *Fraenkel*. Settimana med. LIII. 37. 38.

Sorrentino, N., Alterazione de sangue per diminuita o soppressa perspirazione cutanea. Clin. med. ital. XXXVIII. 6. p. 364. Giugno.

Soulier, H., La réaction défensive et son schéma. Bull. de Thér. CXXXVIII. 10. p. 353. Sept. 15.

Steiner, Ueber grosscyst. Degeneration d. Nieren u. d. Leber. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 41.

Stewart, C. Balfour, Preliminary note on some experiments to determine the comparative efficacy of the different constituents of *Haffkine's* plague prophylactic. Brit. med. Journ. Sept. 2.

Stoeltzner, Wilhelm, Fötales Myxödem u. Chondrodystrophia foetalis hyperplastica. Jahrb. f. Kinderhkde. L. 1 u. 2. p. 106.

Stoerk, Oskar, Beiträge zur Pathologie der Schleimhaut d. harnleitenden Wege. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXVI. 3. p. 367.

Storch, E., Ueber d. patholog.-anatom. Vorgänge am Stützgerüst des Centralnervensystems. Virchow's Arch. CLVII. 1. 2. p. 127. 197.

Stuparich, Zur physiolog. u. patholog. Anatomie d. Wurmfortsatzes. Wien. med. Presse XL. 35.

Tavel, Mittheilungen aus d. bakteriol. Laboratorium Bern u. aus d. Schweizerischen Serum- u. Impfinstitut. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 16.

Tchistowitch, Théodore, Etude sur les propriétés du sang des animaux injectés de sang ou de sérum d'une autre espèce animale, en rapport avec la théorie d'immunité d'*Ehrlich*. Arch. russes de Pathol. etc. VIII. 1. p. 68.

Thompson, W. H., The physiological effects of peptone, when injected into the circulation. Journ. of Physiol. XXIV. 5. p. 374; XXV. 1. p. 1.

Thorel, Ch., Ein Fall von multiplen congenitalen Atresien des Dünndarms. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 37.

Tikanadsé, J., Sur les altérations morphologiques du sang dans l'ostéomalacie. Arch. russes de Pathol. etc. VIII. 2. p. 157.

Tizzoni, Guido, Sul modo di determinare la potenza del siero antitetanico col metodo de la mescolanza in vitro. Rif. med. XV. 242.

Tricomi, E., Esperimenti sull'emostasi del fegato. Policlin. VI. 18. p. 381.

Unna, P. G., Meine bisher. Befunde über d. Morococcus. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIX. 3. p. 106.

Valude, E., Action bactéricide des larmes. Ann. d'Oculist. CXXII. 3. p. 168. Sept.

Venanzi, Sante, Alcuni disturbi di pigmentazione della cute raffrontati a fenomeni sperimentali delle capsule surrenali. Rif. med. XV. 237—241.

Vincent, H., Recherches bactériologiques sur l'angine à bacilles fusiformes. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 8. p. 609. Août.

Vincenzi, Ueber antitox. Eigenschaften d. Galle eines Tetanikers. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 37.

Virchow, Rudolf, Die Eröffnung d. patholog. Museums d. kön. Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin am 27. Juni 1899. Berlin. Aug. Hirschwald. Gr. 4. 31 S. mit 1 Ansicht u. 4 Grundrissen.

Walbaum, Otto, Untersuchung über d. quergestreifte Muskulatur mit besond. Berücksicht. d. Fettinfiltration. Virchow's Arch. CLVIII. 1. p. 170.

Walz, Karl, Natürl. Schutzeinrichtungen d. Organismus u. deren Beeinflussung zum Zweck d. Abwehr von Infektionsprocessen. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 41.

Wanner, Paul August, Einfluss d. akuten Anämie auf d. histolog. Bild d. Schilddrüse. Virchow's Arch. CLVIII. 1. p. 29.

Webber, H. W., Cancer in the lower animals. Brit. med. Journ. Sept. 30. p. 882.

Weinberg, Tumeurs à levures. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 768. Juillet.

Weisbecker, Wie gewinnen wir Blutserum zu Heilzwecken von menschl. Reconvalescenten. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 32.

White, Charles Powell, The difinition, terminology and classification of tumors. Journ. of Pathol. and Bacteriol. VI. 2. p. 220. Aug.

Williams, W. Roger, Cancer in lower animals. Brit. med. Journ. Sept. 23. p. 815; Oct. 14. p. 1046.

Winogradsky, S., et V. Oméliansky, L'influence des substances organiques sur le travail des microbes nitrificateurs. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. VII. 3. p. 233.

Winternitz, Rudolf, Ueber Veränderungen regionärer Lymphdrüsen b. artificiellen Hautentzündungen. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLIII. 1 u. 2. p. 45.

Wlaeff, Nature des blastomycètes pathogènes. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 766. Juillet.

Wlaeff, Actions des sérums anti-diphthériques, phéniques et non phéniques, sur le sang et les organes. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 769. Juillet.

Woolley, Paul Gerhardt, A note on the pig-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/285

ment production of bacillus pyocyaneus and bacillus fluorescens liquefaciens. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 100. p. 129. July.

Woolley, Paul Gerhardt, Experiments made to determine the effect of sugar upon the pigment formation of some chromogenic bacteria. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 100. p. 130. July.

S. a. II. Barbacci, Cavazzani, Hallion, Herringham, Melnikow, Santangelo. IV. 2. Birt, Brill, Escherich, Etienne, Faber, Forssman, Foulerton, Gabrilowitsch, Hilbert, Horder, Hünermann, Libman, Meyer, Sanarelli, Sternberg, Stewart, Still, Thin, Wittich; 3. Borelius, Saxer; 4. Mollard, Winkler; 5. Albu, Audion, Gans, Gayet, Hunner, Ribierre, Strauss; 6. Tarchetti; 7. Pic; 8. Boston, Daddi, Guibal, Placzek, Sibelius; 9. Maisch, Schwarz, Stoeltzner; 10. Brutzer, Gassmann, Koptowski, Luck, Petrini, White; 11. Almkvist, Mirabeau, Muscatello, Panichi. V. 1. Braun, Noetzel; 2. a. Haug; 2. b. Wieting; 2. c. Auvray, Letulle; 2. d. D'Urso, Fagan, Harrison, Kregius; 2. e. Gangolphe. VI. Abel, Stevens. VII. Jörgensen, Kerr, Lea. VIII. Marfan. IX. Findlay, Weber. X. Hirschberg, Heinzel, Hoffmann, Morax, Obarrio. XI. Cima, Leutert, Meslay. XIII. 2. Baccarani, Boross, Hoor, Lomonaco, Welt; 3. Rossiter; 4. Logan. XV. Arnould, Dove, Pfuhl.

IV. Innere Medicin,

1) *Allgemeine Medicin. Propädeutik.*

Buch, Max, Ännu några ord om den percutoriska auskultationen. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 9. s. 1066.

Congrès français de médicine interne tenu à Lille du 28 Jnillet au 2 Août 1899. Presse méd. VII. 62. 63. 64. — Gaz. des Hôp. 87—94. — Semaine méd. XIX. 34. — Echo méd. du Nord III. 33.

De Buck, D., et L. De Moor, Congrès de Médecine français à Lille, 1899. Belg. méd. VI. 31. p. 129.

Pollatschek, Arnold, Die octodigitale Palpation. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 526.

Repertoire terminologique des noms propres servant à désigner des maladies internes, des symptômes cliniques et des méthodes de traitement. Semaine méd. XIX. 37. 38.

Richards, George L., Reflex cough. New York med. Record LVI. 6. p. 188. Aug.

Verhandlungen d. Congresses f. innere Medicin, herausgeg. von *E. von Leyden* u. *Emil Pfeiffer*. XVII. Congress, gehalten zu Karlsbad vom 11.—14. April 1899. Wiesbaden. J. F. Bergmann. Gr. 8. LII u. 668 S. mit 54 Abbild. im Texte u. 12 Tafeln. 12 Mk.

S. a. I. *Harnuntersuchung, Chem. Untersuchung pathol. Produkte.* III. *Experimentelle Pathologie.* V. 1. De Buck. XIV. 4. Hofmann.

2) *Allgemeine Infektionskrankheiten.*

Achard, Ch., Manifestations osseuses de la fièvre typhoïde. Semaine méd. XIX. 14.

Affleck, J. O., and D. A. Welsh, Observations on a case of intermittent fever. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 2. p. 105. Aug.

Amat, Tuberculose et chemins de fer. Bull. de Thér. CXXXVIII. 7. p. 257. Août 23.

Amat, Ch., Le traitement du tétanos. Bull. de Thér. CXXXVIII. 9. p. 336. Sept. 8.

Aron, Emil, Die Lungentuberkulose d. Menschen. Vjhrschr. f. öffentl. Geshpfl. XXXI. 4. p. 710.

Audard, E., Un cas d'orchi-épididymite typhoïdique. Arch. gén. N. S. II. 2. p. 181. Août.

Babes, V.; E. Pop et P. Riegler, La sérothérapie antidiphthérique en Roumanie. Roumanie méd. VII. 3. p. 89.

Baskett, B., A case treated with antityphoid serum. Brit. med. Journ. Sept. 30. p. 852.

Bell, W. Blair, Rare complication of typhoid fever. Lancet Oct. 14. p. 1040.

Berger, Paul, Tuberculose ganglionnaire pseudo-lymphadénique (lymphome tuberculeux). Bull. de l'Acad. 3. S. XLII. 30. p. 175. Juillet 25.

Bickerton, Thos. W., and Donald M. Barstow, Second report on experiments of Dr. *John F. Russell* in the treatment of pulmonary tuberculose at the Post-Graduate Hospital. Post-Graduate XIV. 8. p. 638. Aug.

Bierens de Haan, J. C. J., De uitkomsten der serum-behandeling van diphtherie aan het Leidsche ziekenhuis van 1894—1899. Nederl. Weekbl. II. 6.

Birt, C., and G. Lamb, Mediterranean or Malta fever, with special reference to the specific agglutinating substances which make their appearence in the blood in the course of that disease. Lancet Sept. 9.

Blake, Thomas William, The frequency of sick-room infection in typhoid fever. Brit. med. Journ. Sept. 23. p. 813.

Blumenthal, F., Zur Therapie d. Tetanus. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 549.

Bond, Francis T., Small pox mortality statistics. Brit. med. Journ. Oct. 14. p. 1044.

Bonney, S. G., Suggestions concerning early diagnosis in pulmonary tuberculosis. Med. News LXXV. 14. p. 419. Sept.

Bourneville et Chapotin, Epidémie de fièvre typhoïde à Bicêtre. Progrès méd. 3. S. X. 32—35.

Bowditch, Vincent Y., Sanitaria in the treatment of tuberculosis. Med. News LXXIV. 15. p. 458. Oct.

Brill, N. E., and E. Libman, Pyocyaneus bacillaemia. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 2. p. 153. Aug.

Brouardel, P., et Landouzy, Le congrès de Berlin pour la lutte contre la tuberculose. Ann. d'Hyg. 3. S. XLII. 2. p. 139. Août.

Büdingen, Theodor, Zur Bekämpfung d. Lungenschwindsucht. Streifzüge eines Arztes auf d. Gebiete der Strafrechtspflege. Braunschweig. Vieweg u. Sohn. Gr. 8. IV u. 31 S. 80 Pf.

Bunch, J. Lemare, On some ancient methods of treating fevers. Lancet Aug. 12.

Campbell, H. J., Pulmonary tuberculosis in young children. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 3. p. 259. Sept.

Cane, L., Case of acute traumatic tetanus; rapid and fatal determination. Brit. med. Journ. Oct. 14. p. 1010.

Cardamatis, Jean, et Spiridion Kanellis, Etude clinique sur la fièvre paludéenne convulsive pernicieuse. Progrès méd. 3. S. X. 37.

Carossa, Zur Lösung d. Problems d. Heilbarkeit d. Lungentuberkulose. München. Seitz u. Schauer. Gr. 8. 31 S. 1 Mk. 20 Pf.

Carr, Walter J., Tuberculosis in childhood. Brit. med. Journ. Sept. 23. p. 814.

Cautley, Edmund, Tuberculosis in childhood. Brit. med. Journ. Sept. 2. p. 626.

Cazal, Du diagnostic précoce de la rougeole. Gaz. des Hôp. 94.

Celli, A., e G. Delpino, Contributo allo studio dell'epidemiologia della malaria secondo le recenti vedute etiologiche. Suppl. al Policlin. V. 44. p. 1377.

Chatin, Hospitalisation des tuberculeux indigents. Lyon méd. XCI. p. 518. Août.

Cheinisse, L., La peste au point de vue symptomatologique. Semaine méd. XIX. 41.

Cima, Francesco, Della leucocitosi nella pertosse. Napoli. Tip. Aurelio Tocco. 8. 16 pp.

Class, W. J., The etiology of scarlet fever. New York med. Record LVI. 10. 15. p. 330. Sept., Oct.

Clemow, Frank G., The reported outbreak of

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/286

plague in Russia. Brit. med. Journ. Sept. 9. p. 686. — Lancet Sept. 9. p. 738.

Clemow, Frank G., The plague in Russia. Brit. med. Journ. Oct. 7. p. 957.

Congress zur Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit, Berlin 24.—27. März 1899. Centr.-Bl. f. allgem. Geshpfl. XVIII. 7 u. 8. p. 311. — Deutsche med. Wchnschr. XXV. 31. Beil.

Costa, Forles, La peste de Porto. Semaine méd. XIX. 38.

Cowen, T. R. J., Anti-typhoid serum in the treatment of enteric fever. Lancet Sept. 16.

Crum, F. S., Typhoid mortality in 24 American cities, 1889—1898. New York med. Record LVI. 7. p. 229. Aug.

Da Costa, J. M., Cases of typhoid cholecystitis ending in recovery. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 2. p. 138. Aug.

Daremberg et Chuquet, Influence inverse de la fatigue et du repos sur la température des tuberculeux. Revue de Méd. XIX. 9. p. 681.

Davies, Sidney, Phthisical persons as out-patients. Brit. med. Journ. Sept. 9. p. 687.

Day, John Marshall, Diphtheria. Analysis of 100 cases. Dubl. Journ. CVIII. p. 81. Aug.

Defries, Wolf, Pasteur filtration and enteric fever. Lancet Sept. 16. p. 803.

Deguy, Hématémèse dans la diphthérie. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 713. Juillet.

Delherm, Louis, La peste. Gaz. des Hôp. 108. 111.

Desoil, P., De la contusion thoracique dans ses rapports avec la pleurésie phthisiogène. Echo méd. du Nord III. 40.

Discussion on the personal communication of tuberculosis and the measures available for its prevention. Brit. med. Journ. Sept. 2.

Donkin, H. B., Tuberculosis in childhood. Brit. med. Journ. Sept. 9. p. 685, Oct. 14. p. 1046.

Doolittle, E. B., Report of 10 cases of epidemic cerebrospinal meningitis. Med. News LXXV. 6. p. 173. Aug.

Doty, Alvah H., The report of a case treated with yellow-fever serum. New York med. Record LVI. 9. p. 289. Aug.

Dunham, John Dudley, Diphtheria. Med. News LXXV. 14. p. 417. Sept.

Eckervogt, R., Ein Diphtheritisfall. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 80.

Edson, Carroll E., A case of septicemia treated with normal salt solution. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 4. p. 83. July.

Egan, J. A., The prevention of tuberculosis in Illinois. New York med. Record LVI. 10. p. 358. Sept.

Erichsen, Stian, Undersögelser om beri-beri. Tidsskr. f. d. norske lägeforen. XIX. 16. S. 555.

Escherich, Zur Aetiologie d. Dysenterie. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 13.

Etienne, G., Pronostic des pyosepticémies à staphylocoques. Arch. gén. N. S. II. 4. p. 421. Oct.

Ewald, Anton, Trauma u. Phthisis. New Yorker med. Mon.-Schr. XI. 9. p. 429. Sept.

Faber, E. E., Om lumbalpunktion och bakteriologiska rön vid meningitis cerebrospinalis epidemica. Eira XXIII. 17.

Favre, Alex., Nouveau traitement de la diphthérie (croup). (Ann. de la Soc. obstétr. et gynécol. de France. Congrès Avril 1899.) 8. 8 pp.

Finkelstein, J., Die Pest in Ansob. Woj.-med. Shurn. 2. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Fiori, Telesforo, Emottisi ed afasia motoria con emiparesi sinistra in un caso di ileo-tifo. Gazz. degli Osped. XX. 121.

Fischer, Louis, Treatment of summer diarrhoea in infants. Therap. Gaz. 3. S. XV. 8. p. 514. Aug.

Flick, Lawrence F., The treatment of tuberculosis. Med. News LXXV. 10. p. 298. Sept.

Flügge, G., La propagation et la prophylaxie de la phthisie. Gaz. hebd. XLVI. 81.

Forssman, J., Om senaste årens uppslag inom tetanus'bakteriologi och serumbehandlingen vid tetanus. Hygiea LXI. 8. s. 256.

Foulerton, Alexander G. R., On streptothrix infections. Lancet Sept. 16.

Fowler, J. Kingston, The arrest of pulmonary tuberculosis. Lancet Aug. 12.

Friedländer, A., Ueber den Einfluss des Typhus abdominalis auf d. Centralnervensystem. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. VI. 4. p. 293.

Friedländer, Julius, Die psych. Behandl. der Tuberkulose im Sanatorium. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 8. p. 341.

Friedrich, Edmund, Seereisen in Prophylaxe u. Therapie d. Lungenschwindsucht. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 41.

Futcher, Thomas B., A critical summary of recent literature concerning the mosquito as an agent in the transmission of malaria. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 3. p. 318. Sept.

Gabbi, Umberto, Complicazioni nuove o rare della febbre tifoide. Clin. med. ital. XXXVIII. 7. p. 435.

Gabrilowitsch, J., Beitrag zur Kenntniss d. Verbreitung d. tuberkulösen Virus innerhalb d. menschlichen Organismus. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 36.

Galeotti, Recherches sur la peste bubonique. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. VII. 3. p. 193.

Galletta, Vincenzo, Contributo alla patologia clinica dell'influenza. Gazz. degli Osped. XX. 100.

Garampazzi, C., Grave difterite associata, streptococcica, faringea e nasale; iniezioni endovenosi del siero. Gazz. degli Osped. XX. 106.

Garnier, Marcel, La glande thyroïde dans les maladies infectieuses. Gaz. des Hôp. 112.

Giulio, Cesare, Sulla infida azione del siero antidifterico somministrato per la via dello stomaco. Gazz. degli Osped. XX. 121.

Gläser, J. A., 3 Fälle von Typhus abdominalis. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 69—72.

Gorkom, W. J. van, Over purpura variolosa. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXIX. 4. blz. 356.

Graziani, Giovanni, Prognosi della rabbia complicata con albuminuria. Gazz. degli Osped. XX. 103.

Guizzetti, P., Ueber einen Fall von Tuberculum anatomicum. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIX. 6. p. 253.

Guthrie, Leonard, Tuberculosis in childhood. Brit. med. Journ. Sept. 16. p. 753.

Hauser, Die Pest in Oporto. Deutsche med. Wochenschr. XXV. 38.

Haussmann, Raphael, Die Schmierseifenbehandlung tuberkulöser Processe. Therap. Monatsh. XIII. 10. p. 534.

Havas, L., Das *Koplik'*sche Frühsymptom der Masern. Ungar. med. Presse IV. 36 u. 37.

Hawkins, Herbert P., and E. O. Thurston, A case of typhoid fever of unusual duration. Lancet Oct. 14.

Hegar, A., Tuberkulose u. Bildungsfehler. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 38.

Hesse, W., Die Typhusepidemie in Löbtau. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 35.

Hilbert, Paul, Ueber d. constante Vorkommen langer Streptokokken auf gesunden Tonsillen u. ihre Bedeutung f. d. Aetiologie d. Anginen. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXI. 3. p. 381.

Hinsdale, Guy, and Howard S. Anders, A visit to the Loomis sanatorium of consumptives. Univers. med. Mag. XI. 11. p. 657. Aug.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/287

Holsti, H., Ueber d. Resultate d. Serumtherapie b. Tetanus. Ztschr. f. klin. Med. XXXVII. 5 u. 6. p. 404.

Holsti, Parotitis epidemica. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 8. s. 1004.

Hoppe, J., Ein Beitrag zur Lehre vom Mumps. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 34.

Horder, Edward G., A modification of the *Aronson* and *Phillip's* staining method and its application in the case of malarial blood. Lancet Sept. 30. p. 889.

Horn, A. F. van, La grippe. Univers. med. Mag. XI. 11. p. 669. Aug.

Houtum, G. van, De pest. Nederl. Weekbl. II. 13.

Hünermann, Epidemiologisches u. Bakteriolog. über Cerebrospinalmeningitis. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 39.

Jackson, Thomas W., Typhoid perforation, in which the *Widal* reaction was absent. New York med. Record LVI. 15. p. 519. Oct.

Jakobi, J., Ueber an Typhus sich anschliessende Eiterungen. Ungar. med. Presse IV. 26 u. 27.

James, William M., Tetanus of 19 days duration, successfully treated with antitoxin. New York med. Record LVI. 11. p. 372. Sept.

Janssen, H. A., De ileo-typhus-epidemie te's Hertogenbosch in 1898. Nederl. Weekbl. II. 16.

Irwin, Joseph W., Cerebrospinal meningitis. Med. News LXXV. 10. p. 295. Sept.

Karcher, J., Einiges über die Basler Typhusepidemie d. 1. Quartals 1898. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 16. 17.

Kern, Ueber eine Epidemie von Rubeola. Württemb. Corr.-Bl. LXIX. 39.

Kinnear, Beverley Oliver, Hydrophobia a disease easily cured. New York med. Record LVI. 4. p. 119. July.

Klemperer, Vom Tuberkulosecongress. Bad. ärztl. Mittheil. LIII. 13.

Koch, R., 1. Bericht über d. Thätigkeit d. Malariaexpedition. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 37.

Kooyker, H. A., Met welke omstandigheden hebben wij in de Nederlanden rekening te houden bij het oprichten van volks-sanatoria voor lijders aan longtuberkulose? Nederl. Weekbl. II. 6.

Kotowtschicoff, N. J., Ueber d. Behandlung d. Eiterungsstadiums d. Variola vera. Ztschr. f. klin. Med. XXXVIII. 1—3. p. 265.

Kraus, Fr., Ergebnisse u. Ziele des Berliner Congresses zur Bekämpfung d. Tuberkulose als Volkskrankheit. Memorabilien XLII. 6. p. 322.

Kraus, Hugo, Perichondritis laryngis b. Scharlach. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 30.

Krause, Paul Friedrich, 6jähr. Erfahrungen b. d. Behandl. d. Tuberkulose nach *Robert Koch*. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXII. 1. p. 42.

Kübler, Zur Pestgefahr. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 37.

Kühn, Ein Fall von Tetanie b. Scharlach im Kindesalter. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 39.

Kurimoto, Tomei, Die Behandl. d. Lyssakranken in Japan. Virchow's Arch. CLVIII. 1. p. 148.

Larned, Charles W., Chronic malarial nephritis. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 100. p. 131. July.

Larsen, C. F., Oversigt over udviklingen af læren om scrofulose og tuberkulose. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 8. 9. 10. S. 985. 1129. 1278.

Lartigau, August Jerome, Multiple ulcers of the vulva and vagina in typhoid fever. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 10. p. 239. Sept.

Leick, Bruno, Casuist. Beitrag zur Therapie d. Tetanus. Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 9. p. 649.

Lemoine, G. H., Rôle du streptocoque dans la scarlatine et ses complications. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIV. 10. p. 249. Oct.

Lesieur, Cas de morve chez l'homme. Lyon méd. XCII. p. 166. Oct.

Libman, E., A review of the *Widal* tests made during 1898, with a description of the method used. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 336.

Loriga, La prophylaxie de la peste au moyen de la suppression des rats et des souris. Gaz. des Hôp. 97. 100.

Louis, M., The geographical distribution of undulant (Malta) fever. Brit. med. Journ. Sept. 9.

Lyon, G., Traitement de la grippe. Bull. de Thér. CXXXVIII. 9. 10. 11. p. 321. 370. 410. Sept. 8. 15. 23.

Macdonald, Ian, Mosquitos in relation to malaria. Brit. med. Journ. Sept. 16.

Maclachlan, John T., Erysipelas and alied diseases. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 2. p. 129. Aug.

Madsen, La constitution du poison diphthérique. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 7. p. 568. Juillet.

Maurange, Gabriel, Fièvre typhoïde, prise pour une appendicite à forme hypertoxique, traitée par l'intervention chirurgicale précoce et terminée par guérison. Gaz. hebd. XLVI. 78.

Maurange, Gabriel, Quelques notions sur la peste. Gaz. hebd. XLVI. 81.

Maurice, Oliver Calley, A case of septicaemia treated with antistreptococcic serum. Lancet Aug. 12.

Mazzotti, Luigi, Delle enterorragie nel tifo addominale e di alcune condizioni poco note che le possono produrre. Milano. Francesco Vallardi. 8. 7 pp.

Menko, M. L. H. S., Zur Casuistik der Influenza-Complikationen. Wien. klin. Rundschau 24.

Meyer, Alfred, Notes on some interesting results with *Widal* test. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 42.

Mircoli, Stefano, L'apiressia tubercolare e la febbre tubercolare latente. Gazz. degli Osped. XX. 115.

Miyake, H., Ueber d. Rattenbisskrankheit. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. V. 2. p. 231.

Morgan, George, Remarks on tuberculous adenitis. Brit. med. Journ. Aug. 19.

Mott, F. W., and W. D. Halliburton, Note on the blood in a case of beri-beri. Brit. med. Journ. July 29.

Myrdacz, Die Tuberkulose im k. k. [österr.] Heere. Militärarzt XXXIII. 17 u. 18.

Myschkin, M., Zur Frage d. Diphtheriebekämpfung b. d. Serotherapie. Woj.-med. Shurn. 1. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Naegeli, Otto, Ueber die Typhusepidemie in Oberpipp. Ein Beitrag zur Aetiologie u. Hämatologie d. Typhus abdominalis. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 18.

Nascimbeni, Ferruccio, La peste bubbonica. Suppl. al Policlin. V. 46. 47. p. 1441. 1473.

Navarre, Sanatoires pour tuberculeux indigents. Lyon méd. XCII. p. 11. 41. Sept.

Netter, La peste pendant ces dernières années; symptômes; marche; diagnostic. Presse méd. VII. 69. 70. 71.

Newkirk, C. T., The epidemic at Siboney [yellow fever]. Physic. and Surg. XXI. 8. p. 366. Aug.

Noir, J., La peste à notre époque. Progrès méd. 3. S. X. 36.

Norman, Conolly, The etiology of beriberi. Brit. med. Journ. Sept. 9. p. 686.

Nuttall, George H. F., Neuere Forschungen über d. Rolle d. Mosquitos b. d. Verbreitung d. Malaria. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 4 u. 5.

Nuttall, H. F., On the rôle of insetts, arachnids, and myriapods, as carriers in the spread of bacterial and parasitic diseases of man and animals. Johns Hopkins Hosp. Rep. VIII. 1 and 2. p. 1. — Brit. med. Journ. Sept. 9. — Lancet Sept. 16.

Osler, William, On the etiology and diagnosis of cerebro-spinal fever. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 2. p. 33. July.

Otis, Edward O., The struggle against tuberculosis. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 12. p. 280. Sept.

Ott, Kurze Uebersicht über d. Stand d. Heilstättenbewegung. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 42.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/288

Pace, D., Pleurite doppia tubercolare con simulazione di carcinoma endoteliale (sinechia del pericardio ed asistolia). Clin. med. ital. XXXVIII. 6. p. 321. Giugno.

Padoa, Gustavo, Sul diverso modo di agire della tossino tifica e della difterica a seconda che siano iniettatte nella vena porta o nella vena giugulare. Rif. med. XV. 196.

Pascoletti, Sigismondo, Il valore curativo del siero antidifterico. Gazz. degli Osped. XX. 118.

Peck, Herbert, The frequency of sick-room infection in typhoid fever. Brit. med. Journ. Sept. 2.

Pelc, Verbreitung des Flecktyphus in Böhmen. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 217.

Pfaundler, M., Zur Serodiagnostik im Kindesalter. Mit einem Beitrag zur Kenntniss d. ruhrartigen Erkrankungen. Jahrb. f. Kinderhkde. L. 3. p. 295.

Pinna, G., Un caso di tetano traumatico curato col metodo *Baccelli*. Policlin. VI. 17. p. 427.

Plicque, A. F., Le choléra infantile et son traitement. Presse méd. VII. 65.

Plicque, A. F., Le traitement de la coqueluche non compliquée. Presse méd. VII. 76.

Plicque, A. F., La diarrhée chez les tuberculeux et son traitement. Presse méd. VII. 80.

Prat, Erysipèle de la face chez un nègre. Lyon méd. XCI. p. 513. Août.

Reed, Walter, and James Carroll, The specific cause of yellow fever. Med. News LXXV. 11. p. 321. Sept.

Reiche, F., Die Erfolge d. Heilstättenbehandlung Lungenschwindsüchtiger u. klinische Bemerkungen zur Tuberculosis pulmonum. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 31. 32. 34.

Report on the etiology of yellow fever. Med. News LXXV. 9. p. 266. Aug.

Rice, John D., A case of tetanus successfully treated with antitoxin. Lancet Oct. 14.

Ries, L., Altes über antipyret. Fieberbehandlung, speciell b. d. Typhus. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 40. 41.

Robinson, Beverley, An interesting case of membranous sore throat. New York med. Record LVI. 10. p. 337. Sept.

Rördam, Holger, Forholdet mellem Angina og Difteritis. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 39.

Rolly, Zur Frühdiagnose d. Masern. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 38.

Rosqvist, Ina., Om tyfoidfeberepidemi i Helsingfors under sommarer och hösten 1895. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 8. s. 937.

Rudish, J., A study of the cases of typhoid fever observed from 1883 to 1898. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 15.

Rugani, Luigi, Contributo clinico alla melanodermia da malaria. Gazz. degli Osped. XX. 124.

Salus, Gottlieb, Die bakteriologische Diphtheriediagnose in der Hauspraxis. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 35.

Sanarelli, G., Some observations and controversial remarks on the specific cause of yellow fever. Med. News LXXV. 7. p. 193. Aug.

Sanglé-Ferrière et Remlinger, Epidémie de fièvre typhoïde à la 8e. compagnie de remont à Tunis. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIV. 9. p. 169. Sept.

Schaefer, L'ulcération des pilliers du voile du palais dans la fièvre typhoïde. Gaz. hebd. XLVI. 71.

Scharlau, Barnim, Typho-malarial fever. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 113.

Schmidt, Max, Die Resultate d. Serumbehandl. d. Diphtherie im Riga'schen Stadtkrankenhause. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XVI. 38.

Schmitt, Eine Diphtherieepidemie auf d. Lande, mit besond. Berücksicht. d. Heilserums. Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 16. p. 542.

Schnirer, T., Du traitement médicamenteux de la phthise pulmonaire. Presse méd. VII. 79.

Schröder, G., u. Naegelsbach, Diazoreaktion im Harne u. Bakterienbefunde im Blute von Phthisikern. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 41. 42.

Shurly, Ernest L., Epidemic influenza. Physic. and Surg. XXI. 6. p. 274. June.

Sidlauer, A., 4 Diphtheriefälle. Ungar. med. Presse IV. 36 u. 37.

Sigel, Die Serumbehandlung d. Diphtherie. Württemb. Corr.-Bl. LXIX. 31.

Sikora, Pierre, La méningite cérébro-spinale épidémique. Presse méd. VII. 67.

Simpson, W. J., On a recrudescence of plague in the East and its relations to Europe. Lancet Sept. 9.

Simpson, W. J., Plague, its symptomatology, pathology treatment and prophylaxis. Brit. med. Journ. Sept. 16.

Sotow, A. D., 3 seltene Fälle von Complikationen b. Masern. Jahrb. f. Kinderhkde. L. 1 u. 2. p. 1.

Stadelmann, E., Sporad. u. epidem. Meningitis cerebrospinalis. Ztschr. f. klin. Med. XXXVIII. 1—3. p. 46.

Stalkartt, W. H. S., Haemoglobinuric fever and paludism. Brit. med. Journ. Sept. 9.

Stanculeanu et Baup, Septicémie d'origine otitique sans thrombo-phlébite des sinus. Progrès méd. 3. S. X. 34.

Stanculeanu et Baup, Contribution à l'étude des relations de la confusion mentale avec les maladies infectieuses. Progrès méd. 3. S. X. 38.

Steinberg, Typhoide Erkrankungen nach dem Hochwasser vom 30. Juli 1897. Deutsche med. Wochenschr. XXV. 35.

Sternberg, George M., The bacillus icteroides as the cause of yellow fever. Med. News LXXV. p. 225. Aug.

Stewart, C. Balfour, The plague; the bacteriological diagnosis of plague. Brit. med. Journ. Sept. 23. p. 807.

Stickler, Joseph William, Scarlet fever reproduced by inoculation. New York med. Record LVI. 11. p. 363. Sept.

Still, George F., Observations in the morbid anatomy of tuberculosis in childhood. Brit. med. Journ. Aug. 19.

Strueh, Carl, On the prevention of tuberculosis. New York med. Record LVI. 13. p. 442. Sept.

Stschastney, A., Ueber d. Typhomalarien. Woj.-med. Shurn. 2. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Sulemani, Shamsudin J., Plague prevention. Lancet Sept. 16. p. 805.

Symonds, C. J., 2 cases of unilateral nasal diphtheria. Lancet Sept. 16. p. 785.

Szegö, Koloman, Ueber d. Auftreten u. d. Verlauf d. Keuchhustens am Meeresstrande. Arch. f. Kinderhkde. XXVII. 3 u. 4. p. 292.

Tanja, T., Over eenige aandoeningen bij en na febris typhoïdea. Nederl. Weekbl. II. 14.

Taylor, Basil M., The practical treatment of typhoid fever. New York med. Record LVI. 12. p. 408. Sept.

Thin, George, The etiology of malarial fever. Brit. med. Journ. Aug. 5.

Thoinot, La fièvre typhoïde à Paris de 1870 à 1899. Ann. d'Hyg. 3. S. XLII. 2. p. 157. Août.

Thoinot, L., Note sur la fièvre typhoïde de Paris, en juillet et en août 1899 et sur le rôle de la Vanne. Ann. d'Hyg. 3. S. XLII. 3. 4. p. 257. 304. Sept., Oct.

Trudeau, E. L., The present aspect of some vexed questions relating to tuberculosis, with suggestions for future research work. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 100. p. 121. July.

Tuberkulose s. III. *Friederich, Hesse, Matzu-*

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/289

schita, Nicolas, von Scheibner. IV. 2. *Amat, Aron, Berger, Bickerton, Bonney, Bowditch, Brouardel, Büdingen, Campbell, Carossa, Carr, Cautley, Chatin, Congress, Daremberg, Davies, Desoil, Discussion, Donkin, Egan, Ewald, Flick, Flügge, Fowler, Friedländer, Friedrich, Gabrilowitsch, Guthrie, Haussmann, Hegar, Hinsdale, Klemperer, Kooyker, Kraus, Krause, Larsen, Mircoli, Morgan, Mydracz, Navarre, Otis, Ott, Plicque, Reiche, Schnirer, Schröder, Still, Strueh, Trudeau, Tysson, Unterberger, Viquerat;* 3. *Mendel;* 4. *Cabannes, Mircouche;* 5. *Fletcher, Gabel, Lohéac, Petruschky;* 6. *Frank, Newman, Róna;* 8. *Levaditi;* 9. *Poulain;* 10. *Lupus;* 11. *Monteverdi.* V. 1. *Dematteis;* 2. a. *Desnos, Feder;* 2. c. *Achalme, Arcangeli, Bauer, Borchgrevink, Büngner, Carle, Herzfeld, Hildebrand, Krogius, Lindström, Theilhaber, Wunderlich;* 2. d. *Berg, Castellano, Floderus, Kapsammer, Platow, Reynolds, Rovsing, Tschudy;* 2. e. *Guibal, Oschmann.* VI. *Löfflər, Targett.* X. *Lagrange.* XI. *Eisenbarth, Gaudier, Phthisie, Sturmans.* XIII. 2. *Cipriani, von Criegern, Eschle, Funk, Moncorvo, Viquerat.* XIV. 1. *Fisk, Grellety, Helms, Langenhagen, Manicus, Spengler.* XV. *Post, Rabinowitsch.*

Tyson, James, Founding of a hospital for consumptives. Univers. med. Mag. XI. 11. p. 646. Aug.

Unterberger, S., Die Tuberkulosefrage zur Zeit d. Congresses in Berlin vom 24.—27. Mai 1899. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XVI. 30.

Vidal, De la fréquence des manifestations herpétiques dans la grippe-influenza. Bull. de l'Acad. 3. S. XLII. 30. p. 211. Juillet 25.

Viquerat, Contribution à l'étude de la tuberculose. Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 9. p. 580. Sept.

Vitale, Felix, Inoculation through the digestive tract. A contribution to the yellowfever discussion. Med. News LXXV. 13. p. 388. Sept.

Watkins-Pitchford, Wilfred, Preventive measures against plague. Brit. med. Journ. Sept. 16. p. 749.

Wedekind, L. L. von, A type of tropical fever. New York med. Record LVI. 8. p. 253. Aug.

Welch, Francis H., Enteric fever in the army of India. Lancet Sept. 9. p. 739.

Widowitz, J., Ueber die *Koplik*'schen Flecken. Wien. klin. Wchnschr. XII. 37.

Williams, Francis H., Roentgen-ray examinations in incipient pulmonary tuberculosis. Med. News LXXV. 12. p. 353. Sept.

Williams, Francis H., An external application in scarlet fever to shorten the period of desquamation and diminish the danger from it. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 11. p. 265. Sept.

Wittich, H., Beiträge zur Frage d. Sicherstellung der Typhusdiagnose durch culturellen Nachweis auf Harngelatinenährböden. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 13.

Woltemas, Ueber Pocken u. Pockenimpfung. Schmidt's Jahrbb. CCLXIV. p. 185.

Wullenweber, Ernst, Fall von Tetanus traumaticus behandelt mit Autotoxin. Deutsche med. Wochenschr. XXV. 37. Beil.

Yoanna, A. de, A case of tetanus treated with the antitoxin. New York med. Record LVI. 5. p. 161. July.

S. a. III. *Mikroorganismen*, Buchanan. IV. 3. *Empyem, Pleuritis, Pneumonie;* 4. Brill, Bull, Josserand, Kirkland, Laignel, Laveran, Mc Weeney, Potain; 5. Cushing, Discussion, Robson; 6. Russell, Faulkner; 8. Potts, Smith; 9. Kraus. V. 1. Franke; 2. a. Milligan; 2. b. Könitzer; 2. c. Audet; 2. d. Garrel. VI. Küstner, Wallgren. VII. Alvord, Burckhard, Discussion, Doktor, Doléris, Ehlers, Grimsdale, Kerr, Lea, Longyear, Maisey, Tuffier, Warden, Whiney. VIII. Basch, Bovaird, Graham, Griffith, Holt, Jacobi, Le Gendre, Marfan. X. Bourgeois, Péchin, Yarr. XI. Theobald. XIII. 2. Boinet, Boyd, Curti, Dematteis, Gastinel, Lomonaco, Moncorvo, Pascolett, Reina, Steggall, Tereni, Wolf. XIV. 1. Ullmann; 4. Balvay. XV. *Vaccination,* Vollmer. XVIII. Lépine. XX. Beck, Ebstein, Töply.

3) *Krankheiten des Respirationsapparates (und des Mediastinum).*

Abrams, Albert, Practical points in the diagnosis of extra-pulmonary coughs. Medicine V. 8. p. 622. Aug.

Bell, W. B., Spasmodic asthma. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 4. p. 339. Oct.

Bernard, Raymond, Signification favorable de la fibrine dans un épanchement pleural. Gaz. hebd. XLVI. 79.

Bezançon et Clerc, Lymphadénome metatypique du médiastin antérieur. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 641. Juin.

Borelius, J., Fall af lungaktinomykos. Hygiea LXI. 8. s. 253.

Cecil, John C., Treatment of lobar pneumonia. Amer. Pract. and News XXVIII. 4. p. 121. Aug.

Cheesman, William S., and William S. Ely, Case of primary hemorrhagic effusions into the pleura and peritoneum. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 2. p. 162. Aug.

Combemale, De la fluxion de poitrine. Echo méd. du Nord III. 37.

Discussion on the treatment of pleuretic effusion in childhood. Brit. med. Journ. Aug. 19.

Ferrari, Enrico, Zur Kenntniss d. Bronchialdrüsenerkrankungen. Wien. klin. Wchnschr. XII. 36.

Gallavardin, Pleurésie; thrombose cardiaque; embolie de l'artère pulmonaire; gangrène du poumon. Lyon méd. XCI. p. 586. Août.

Goldmann, J. Arnold, Zur medikamentösen Therapie d. Asthma bronchiale. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 43.

Hall, J. N., Bronchial obstruction by suppurating bronchial gland. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 2. p. 185. Aug.

Hellendall, H., Ein Beitrag zur Diagnostik der Lungengeschwülste. Ztschr. f. klin. Med. XXXVII. 5 u. 6. p. 435.

Herrmann, Zur Symptomatologie u. klin. Diagnose d. primären Lungenkrebses. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIII. 5 u. 6. p. 583.

James, Alex., Note on a case of communicating pleural and peritoneal effusions. Brit. med. Journ. July 29. p. 274.

Jova, Andrew W., Atack in the long for 7 years. New York med. Record LVI. 15. p. 514. Oct.

Kirkpatrick, Clifford, Pneumonia. Physic. and Surg. XXI. 6. p. 280. June.

Le Boeuf, Pneumonies infantiles récidivantes et migratrices. Presse méd. belge LI. 33.

Leichtenstern, Ueber „infektiöse" Lungenentzündungen u. d. heutigen Stand d. Psittacosis-Frage. Werden durch specif. erkrankte Papageien bösartige Lungenentzündungen b. Menschen hervorgerufen? [Centr.-Bl. f. allg. Geshpfl. XVIII. 7 u. 8. p. 241.] Bonn. Emil Strauss. 8. 63 S.

Le Sourel, L., Epithéliome mucoïde primitif du poumon. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 589. Juin.

Lévi-Sirugue, Ch., Les pleurésies putrides primitives. Gaz. des Hôp. 93.

Levison, Beitrag zur Casuistik d. Pneumothorax b. Gesunden. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 41.

Linser, Paul, Ueber einen Fall von congenitalem Lungenadenom. Virchow's Arch. CLVII. 2. p. 281.

Macalester, Richard K., The hydriatic treatment of pneumonia. Med. News LXXV. 11. p. 332. Sept.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/290

Mandl, Jakob, Ein Fall von croupöser Pneumonie, complicirt mit Hypopyon-Keratitis. Auffinden d. Diplococcus *Fränkel* im Hypopyon. Wien. med. Wochenschr. XLIX. 41.

Mayer, Alfred, Statistics of 500 cases of lobar pneumonia. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 29.

Mendel, H., Traitement des affections bronchopulmonaires et en particulier de la tuberculose par les injections intra-trachéales d'huiles essentielles. Presse méd. VII. 67.

Milian, Le toux des pleurétiques. Presse méd. VII. 78.

Morel-Lavallée, A., L'angor pectoris non coronarienne. Revue de Méd. XIX. 10. p. 753.

Nilsson, Lars, Några praktiska rön om de bidragande orsakerna till den krupösa pnevmonien. Eira XXIII. 15. 16.

Noïca, Gangrène curable des poumons de *Lasègue*. Un mode du gangrène du poumon dépendant de la modification des extrémités dilatées des bronches de *Briquet*. Arch. de Méd. expérim. XI. 5. p. 643. Sept.

Ouwehand, C. D., Een geval van fibroma pleurae. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXIX. 3. blz. 347.

Palmieri, Armando, Il soffio tubario ed eco anforica nella polmonite fibrinosa. Gazz. degli Osped. XX. 100.

Pitot, Sarcome primitif du poumon à marche rapide. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIV. 10. p. 306. Oct.

Reilly, Thomas F., Acute bronchitis. New York med. Record LVI. 7. p. 218. Aug.

Rieder, H., u. Jos. Rosenthal, Momentaufnahmen d. Thorax mit Röntgenstrahlen. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 32.

Riegel, Franz, Zur Behandlung d. asthmat. Anfalles. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 41.

Saxer, Fr., Pneumonomycosis aspergillina. Anatom. u. experim. Untersuchungen. Jena 1900. Gustav Fischer. Gr. 8. 169 S. mit 4 Tafeln. 11 Mk.

Scheppegrell, Ueber Bronchitis u. anomale Nasenathmung. Ztschr. f. Krankenpfl. XXI. 8. p. 247.

Still, George F., Serous expectoration. Brit. med. Journ. Sept. 9. p. 688.

Sudsuki, Konosuke, Ueber Lungenemphysem. Virchow's Arch. CLVII. 3. p. 438.

Teichmüller, W., Die eosinophile Bronchitis. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIII. 5 u. 6. p. 444.

Vergely, J., Sur la pleurésie des cancers de la plèvre. Presse méd. VII. 72.

Wachsmuth, G. F., Das Asthma u. d. meteorolog.-atmosphär. Einflüsse auf dasselbe. Ztschr. f. Krankenpfl. XXI. 9. p. 269.

Walter, Statist. Beitrag zur Pneumonia crouposa. Ver.-Bl. d. pfälz. Aerzte XV. 8. p. 161.

Wells, Edward F., Treatment of pneumonia. New York med. Record LVI. 10. p. 358. Sept.

Wild, Oskar, Ein Fall von Pleuritis diaphragmatica. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 16.

Wolff, Felix, Demonstration d. Massage b. Behandl. Lungenkranker. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 616.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Ascoli, Daniels, Elmassian, Noïca, Pembrey, Poulain. IV. 1. Buch, Richards; 2. *Lungentuberkulose,* Fiori; 4. Abée; 5. Brill, Griffon; 7. Bannatyne; 12. Steiner. V. 2. c. *Lungenchirurgie.* VI. Willard. VIII. Parkinson. X. Hern. XIII. 2. Penrose, Seifert. XIV. 4. Boghean.

4) *Krankheiten des Cirkulationsapparates.*

Abée, E., Zur Behandlung d. kardialen Asthma. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 37.

Audry, Aortite; angine de poitrine; néphrite; oedème suraigu du poumon. Lyon méd. XCI. p. 523. Août.

Bard, Maladie bleue tardive par communication anormale entre les artères et les veines pulmonaires. Lyon méd. XCI. p. 524. Août.

von Basch, Ueber d. Anwendung d. Sphygmomanometers in d. ärztl. Praxis. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 36.

Bernard, Raymond, et Niclot, Rétrécissement pulmonaire avec troubles aortiques complexes. Lyon méd. XCII. p. 93. Sept.

Bernoud et Péhu, Ascite chyliforme au cours d'une symphyse cardiaque avec maladie mitrale d'origine rhumatismale. Lyon méd. XCI. p. 433. Juillet.

Bluckett, Edward Joseph, Pulmonary embolism following abdominal operation; recovery. Lancet July 29.

Boas, I., u. F. Karewski, Die Behandlung der Hämorrhoiden. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 10. p. 438.

Brodier, L., et Durand-Viel, Un signe d'aortite abdominale. Presse méd. VII. 77.

Brill, N. E., A case of ulcerative endocarditis involving the valve of the pulmonary artery. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 63.

Bull, Charles Stedman, Multiple sinus disease following influenza. New York med. Record LVI. 10. p. 336. Sept.

Cabannes, C., De la tuberculose chronique des oreillettes. Revue de Méd. XIX. 10. p. 834.

Capps, Joseph A., Aneurism of the coronary artery. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 3. p. 312. Sept.

v. Criegern, Ergebnisse d. Untersuchung menschl. Herzen mittels fluorescirenden Schirms. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 298.

Dalla Rosa, C., Contributo alla conoscenza ed alla cura degli aneurismi del capo. Gazz. degli Osped. XX. 103.

Destot, Détermination du volume du coeur par le stéréoscope. Lyon méd. XCII. p. 167. Oct.

Doll, K., Die Lehre vom doppelten Herzstoss. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 40. 41. 42.

Ebstein, Wilhelm, Klin. Beiträge zur Lehre von d. Herzarrhythmie, mit besonderer Rücksicht auf d. Myocarditis fibrosa. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXV. 1 u. 2. p. 81.

Edes, Richard E., and Richard M. Pearce, Unusual diastolic murmur, with autopsy. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 7. p. 162. Aug.

Ferranini, Luigi, Ueber dreischlägigen Rhythmus b. Mitralstenose, bedingt durch Hinzutreten eines 2. diastol. Tones an d. zweizipfl. Klappe. Centr.-Bl. f. innere Med. XX. 32.

Géraud, Anévrysme du myocarde, ouvert dans le péricarde. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 592. Juin.

Gobbi, Gugliemo, Del soffio presistolico nella insufficienza aortica; dei caratteri che lo distinguono da quello della stenosi mitralica. Gazz. degli Osped. XX. 118.

Griffith, J. P. Crozer, A case of transposition of the viscera and of the great vessels with pulmonary stenosis and perforate septum ventriculorum. Univers. med. Mag. XI. 11. p. 666. Aug.

Hare, H. A., and C. A. Holder, Some facts in regard to aneurism of the aorta. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 4. p. 399. Oct.

Henry, Frederick P., Extensive defect in the septum atriorum cordis and malposition of the kidneys, without symptoms or signs of heart-disease. Univers. med. Mag. XI. 12. p. 724. Sept.

Hochsinger, Carl, Ueber einen Fall von Cor bovinum ohne Herzgeräusche. Wien. med. Presse XL. 33.

Huchard, H., Etiologie de la cardio-sclérose. Belg. méd. VI. 41. p. 455.

Huchard, H., et H. Milhiet, Absence du pouls; thrombose de l'aorte abdominale et de l'artère sous-clavière gauche; endarteriite oblitérante des sous-clavières, des humérales, des iliaques et d'une portion des

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/291

fémorales. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 554. Juin.

Huchard, H., Les myocardites chroniques. Gaz. hebd. XLVI. 60. — Gaz. des Hôp. 88. — Echo méd. du Nord III. 32.

Hussenet, Note sur la rupture spontanée de l'aorte. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIV. 10. p. 259. Oct.

Jacob, J., Zur neurot. Insufficienz d. Herzmuskels u. zum Wesen d. Insufficienz d. Herzmuskels überhaupt, bez. über Pseudomuskeldegeneration d. Herzens u. Pseudo-Basedow. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 264.

Janeway, Edward G., Certain clinical observations upon heart disease. Med. News LXXV. 9. p. 257. Aug.

Josserand, Etienne, et Bonnet, De la myocardite au cours de l'endocardite infectieuse. Arch. de Méd. expérim. XI. 5. p. 570. Sept.

Kirkland, R., Infective endocarditis. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 3. p. 251. Sept.

Knotz, Ignaz, Phlebektasien am Mons pubis u. am linken Beine b. einem männl. jugendl. Individuum. Wien. med. Presse XL. 40.

Koller, Carl, A case of thrombo-phlebitis of the sigmoid sinus and the jugular vein. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 307.

Kraus, Carl, Zur Pathogenese d. paroxysmalen Tachykardie. Bl. f. klin. Hydrother. IX. 8.

Laignel-Lavastine, Endocardite infectieuse à streptocoques traitée par le sérum de *Marmorek*. Presse méd. XII. 79.

Laveran, Au sujet des relations de l'aortite avec le paludisme. Bull. de l'Acad. 3. S. XLII. 29. p. 111. Juillet 18.

Levy-Dorn, Zur Untersuchung d. Herzens mittels Röntgenstrahlen. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 294.

McWeeney, E. J., Another case of infective endocarditis, due to the pneumococcus. Dubl. Journ. CVIII. p. 283. Oct.

Mantoux, Ch., Anomalie de l'orifice aortique. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 560. Juin.

Martin, Charles J., and George E. Rennie, Cardiac thrombosis and its causes. Lancet Sept. 16.

Martius, Friedrich, Die Insufficienz d. Herzmuskels. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 41.

Mendelsohn, Martin, Ueber Myokarditis u. ihre Behandlung. [Deutsche Praxis 17.] München. Seitz u. Schauer. Gr. 8. 11 S. 1 Mk.

Michailow, M., Ueber Hypertrophie d. Herzens. (Boln. gas. Botk. 14—16.) Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Milian, G., et Herrenschmidt, Endocardite pariétale rhumatismale. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 602. Juin.

Mircouche, Péricardite adhésive tuberculeuse. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 673. Juillet.

Mollard, J., et Cl. Regaud, Notes sur la pathogénie et l'histologie pathologique des myocardites. Lyon méd. XCII. p. 73. Sept.

Müller, Hermann, Zur Lehre von d. angeb. Herzkrankheiten. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 15.

Nattan-Larrier, Rupture d'un anévrysme de la crosse de l'aorte dans la bronche gauche; hémorrhagie en 2 temps. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 670. Juillet.

Nicaise, Victor, Péricardite hémorrhagique. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 680. Juillet.

Osborne, O. T., Drugs in cardiac insufficiency. Medicine V. 10. p. 793. Oct.

Ott, Adolf, Die Perkussion d. Herzens. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 34. 35.

Pelon, H., Sur un cas d'anévrisme aortique disséquant. Progrès méd. 3. S. X. 40.

Perrin de la Touche, De la mort suspecte par rupture spontanée de l'aorte. Ann. d'Hyg. 3. S. XLII. 3. p. 246. Sept.

Pic, Percussion du coeur par dépression latérale. Lyon méd. XCII. p. 165. Oct.

Pick, Friedel, Ueber perikardit. Pseudolebercirrhose. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 568.

Potain, Sur une aortite aiguë transitoire d'origine paludéenne. Bull. de l'Acad. 3. S. XLII. 30. p. 171. Juillet 25.

Potain, A propos d'un cas d'endocardite ulcéreuse. Semaine méd. XIX. 35.

Poynton, F. J., A contribution to the study of cardiac overstrain in the young. Brit. med. Journ. Aug. 19.

Renaut, J., Les myocardites aiguës. Gaz. hebd. XLVI. 60. — Gaz. des Hôp. 87. — Echo méd. du Nord III. 32.

Sacquépée, E., Anévrysme du tronc basilare chez un syphilitique. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 714. Juillet.

Schmidt, Moritz, Frühdiagnose u. Behandl. d. Aortenaneurysmen. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 226.

Schott, Th., Ueber Behandl. chron. Herzkrankheiten im jugendl. Alter. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 74.

Schrötter, L. von, Die Erkrankungen d. Gefässe. 1. Hälfte. Die Erkrankungen d. Arterien. [Spec. Pathol. u. Ther., herausgeg. von *Herm. Nothnagel.* XV. Band, 3. Theil, 1. Hälfte.] Wien. Alfred Hölder. Gr. 8. VIII u. 307 S. mit 55 Abbild. 9 Mk. 50 Pf.

Schrötter, L. von, Die Insufficienz d. Herzmuskels. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 23.

Schuster, Herz u. Aorta im Lichte d. Röntgenstrahlen. Therap. Monatsh. XIII. 8. p. 421.

Shaw, L. E., A case of ruptured aortic aneurysma and gumma of the heart at 26 years of age. Lancet Sept. 23. p. 839.

Stadelmann, E., Pharmakotherapeut. Bestrebungen b. Herzkrankheiten. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXV. 1 u. 2. p. 129.

Stevens, A. A., The diagnosis of mitral stenosis. Univers. med. Mag. XII. 1. p. 7. Oct.

Trénel, Hémiplégie progressive par endartérite à distance. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 752. Juillet.

Wenckebach, K. F., Zur Analyse d. unregelmäss. Pulses. Ztschr. f. klin. Med. XXXVII. 5 u. 6. p. 475.

Winkler, Ferdinand, Experiment. Studien über d. funktionelle Mitralinsufficienz. Ztschr. f. klin. Med. XXXVII. 5 u. 6. p. 456. — Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 261.

Zimmermann, C., Disturbances of circulation in the retina from arterio-sclerosis. Arch. of Ophthalmol. XXVIII. 4.

S. a. I. Lindemann. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Ascoli, Borrmann, Durdufi, Gwyn, Silberstein. VI. 1. Buch; 3. Gallavardin; 5. Jaksch; 6. Alessandri; 7. Bannatyne; 8. Boston, Homén, Jones, Lapinsky, Ohlmacher, Voss. V. 1. Bier; 2. a. Eschweiler, Gangolphe, Reuling, Schoengut, Spicer, Whiting, Young; 2. c. *Chirurgie d. Herzens;* 2. d. Longuet; 2. e. Biagi, Bruck, Morestin, O'Connor. VI. Folet. VII. Morestin. VIII. Ramoino. X. Pick. XIII. 2. Beatty, Cyon, Durdufi, Groedel, Robin. XIV. 1. Hensen. XVIII. Petit.

5) *Krankheiten des Digestionsapparates und der Milz.*

Albu, Albert, Die Tetanie Magenkranker. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. 254, Innere Med. 76.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. Lex.-8. 16 S. 75 Pf.

Albu u. Koch, Klinisches u. Anatom. zur Lehre vom Magensaftfluss. Virchow's Arch. CLVII. 1. p. 1.

Audion, P., 2 observations de péritonite aiguë

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/292

secondaire, probablement à pneumocoque, terminée rapidement par la mort. Gaz. hebd. XLVI. 66.

Audry, Ch., Ueber eine Veränderung d. Lippen- u. Mundschleimhaut, bestehend in d. Entwicklung atroph. Talgdrüsen. Mit einer Notiz von *Ernst Delbanco*. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIX. 3. p. 101. 104.

Bade, Peter, Eine neue Methode der Röntgenphotographie des Magens. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 38.

Bain, Wm., The relative excretion of the nitrogenous waste products in a case of liver abscess. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 4. p. 334. Oct.

Basch, Seymour, Welche klin. Bedeutung besitzt d. *Schmidt*'sche Gährungsprobe d. Faeces. Ztschr. f. klin. Med. XXXVII. 5 u. 6. p. 489.

Berend, M., Ein spontan geheilter Fall von Darminvagination. Ungar. med. Presse IV. 26 u. 27.

Berg, Henry W., Study of a case of echinococcus cyst of the liver with discharge of daughter cysts through the common bile duct. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 90.

Bernard, Henry, Un cas de cancer de l'estomac avec abscès préstomacal. Gaz. hebd. XLVI. 64.

Biedert, Ueber diätet. Behandl. d. Verdauungsstörungen der Kinder. [Arch. f. Kinderhkde. XXVII. 3 u. 4. p. 161.] Stuttgart. Ferd. Enke. Gr. 8. 82 S.

Boas, I., Diagnostik u. Therapie der Darmkrankheiten. II. Leipzig. Georg Thieme. Gr. 8. XI S. u. S. 211—607 mit 24 Abbild. 10 Mk.

Böhm, Henry, Ueber d. sogen. Landkartenzunge im Kindesalter. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. 249, Innere Med. 75.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. Lex.-8. 32 S. 75 Pf.

Boix, E., Maladies du foie. Arch. gén. N. S. II. 2. p. 185. Août.

Borchgrevink, O., De dybtsiddende ästningsstrikturer af ösofagus og deres behandling; retrograd dilatation. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 9. S. 1178.

Brill, N. E., A case of abscess of the liver which ruptured into the lung. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 52.

Brown, W. H., A case of acute paralytic dilatation of the stomach. Lancet Oct. 14. p. 1017.

Brunton, T. Lauder, Jaundice in some of its aspects. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 4. p. 309. Oct.

Cavazzani, A., Ematemesi essenziale. Settimana med. LIII. 28.

Collier, H. Stansfield, On some details in the treatment of acute intussusception in infants. Lancet Aug. 26.

Cooke, A. B., Constipation considered from the standpoint of the proctologist. Med. News LXXV. 5. p. 129. July.

Cumston, Charles Greene, and Robert W. Hastings, A case of fibrinous peritonitis in a child $2^1/_2$ years old. Medicine V. 9. p. 728. Sept.

Curtin, R. G., Cardio-esophageal gush and click. Med. News LXXV. 11. p. 330. Sept.

Cushing, Harvey, Observations upon the origin of gall-bladder infections and upon the experimental formation of gall-stones. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 101. 102. p. 166. Aug.—Sept.

Dapper, Carl, Ueber d. Indikationen d. schwachen Kochsalzquellen (Kissingen, Homburg) bei Magenkrankheiten. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 39.

De Renzi, E., Sulla colica biliare cistica. Gazz. degli Osped. XX. 112.

Descos, André, et Louis Bériel, Sur un cas de cancer du duodénum à forme périvatérienne, propagé aux voies biliaires et à la tête du pancréas sous ictère progressif. Revue de Méd. XIX. 8. p. 633.

Discussion on psilosis or sprue, its relations (etiological and pathological) to other forms of tropical diarrhoea and its treatment. Brit. med. Journ. Sept. 9.

Dominici, H., Cancer de la région vatérienne. Presse méd. VII. 59.

Donat, Ueber Enteroptose. Münchn. med. Wochenschr. XLVI. 34. p. 1131.

Dougall, John, An unusual case of ascites. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 4. p. 350. Oct.

Einhorn, Max, Floating liver and its clinical significance. New York med. Record LVI. 12. p. 397. Sept.

Einhorn, Max, Ein Pulverbläser für den Magen. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 39.

Einhorn, Max, Further remarks on erosions of the stomach. Journ. of the Amer. med. Assoc. May 20.

Einhorn, Max, The early recognition and management of malignant disease of the digestive system. New York med. Journ. July 29.

von Eiselsberg, Zur Casuistik d. Sanduhrmagens. Arch. f. klin. Chir. LIX. 4. p. 825.

Ewald, C. A., Ueber Appendicitis larvata. Arch. f. klin. Chir. LX. 1. p. 80. — Verhandl. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 413.

Fischer, Oskar, Ueber einen Fall von primärem Carcinoma myxomatodes des Oesophagus. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 30. 31.

Fletcher, Herbert Morley, Tuberculous cavities in the liver. Journ. of Pathol. and Bacteriol. VI. 2. p. 146. Aug.

Fraenkel, Alexander, Ueber die nach Verdauungsgeschwüren in der Speiseröhre entstehenden narbigen Verengerungen. Wien. klin. Wchnschr. XII. 42.

Freudenthal, G., Ueber eine anfallsweise auftretende Schwellung der Parotis u. ihr Fortbleiben während der Schwangerschaft. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 40.

Fürbringer, P., Zur Technik d. Magenaufblähung. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 40.

Gabel, W., Bauchfelltuberkulose unter dem Bilde von Perforationsperitonitis. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 39.

Gandy et Bufnoir, Perforation diastatique du côlon ascendant. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 530. Juin.

Gans, Edgar, Ueber d. Zusammenhang zwischen Darmfäulnissvorgängen u. d. in d. Darm gebrachten Bakterien. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 449.

Gayet, Actinomycose appendiculo-caecale. Lyon méd. XCI. p. 523. Août.

Gazzotti, Arturo, Sulle difficoltà diagnostiche di alcune affezioni epatiche, specialemente nel loro periodo iniziale. Gazz. degli Osped. XX. 94.

Gillespie, A. Lockhart, A manual of modern gastric methods, chemical, physical and therapeutical. With a chapter on the mechanical method used in young children; by *John Thompson*. Edinburgh. Oliver and Boyd. 8. XIII and 175 pp. with figg.

Greenough, Robert B., and Elliott P. Joslin, Gastric ulcer at the Massachusetts general hospital 1888—1898. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 2. p. 167. Aug.

Griffith, J. P. Crozer, Congenital idiopathic dilatation of the colon. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 3. p. 283. Sept.

Griffon, V., Ulcérations hémorrhagiques de l'estomac et double ulcération térébrante du duodénum au cours d'une pneumonie suppurée. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 641. Juin.

Grimm, Andrew von, Gastric diseases in childhood. Post-Graduate XIV. 9. p. 700. Sept.

Grön, Fredrik, Coma ved cancer ventriculi. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 9. S. 1168.

Guillemot, L'estomac biloculaire. Gaz. hebd. XLVI. 75.

Guye, A. A. G., Over catheteriseeren van den ductus Whartonianus. Nederl. Weekbl. II. 10.

Hayem, Georges, Troubles nerveuses secondaires portant sur les fonctions de la nutrition. Presse méd. VII. 68.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/293

Hoke, Edmund, Ein Fall von Lebercirrhose mit schwerer Anämie. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 35. 36.

Jaksch, R. von, Casuist. Beiträge zur Kenntniss der im Verlaufe d. chron. interstitiellen Leberentzündung vorkommenden Gefässgeräusche. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 42.

Joy, H. M., A case of appendicitis with an unusual course. Physic. and Surg. XXI. 8. p. 357. Aug.

Holsti, Lefverlidande. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 8. s. 992.

Hunner, Guy L., A case of acute suppurative cholecystitis with isolation of the bacillus typhosus 18 years after an attack of typhoid fever. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 101. 102. p. 163. Aug.—Sept.

Hunter, G. H., 4 cases in which the symptoms and signs suggested volvulus of the transverse colon, treated by rotating the body round the long axis while in the horizontal position. Lancet Aug. 19.

Hupp, Frank Le Moyne, The present status of appendicitis. New York med. Record LVI. 13. p. 436. Sept.

Jacobi, A., The desinfection of the alimentary canal. [Med. Soc. of the state of New York Febr. 1.] 8. 19 pp.

Jennings, C. G., Therapeutics of summer diarrhoea. Therap. Gaz. 3. S. XV. 9. p. 589. Sept.

Iterson, I. Azu., J. E. van, Over appendicitis. Nederl. Weekbl. II. 13.

Jürgensen, Chr., Hvorledes udföres Maveudskylning paa rette Maade? Hosp.-Tid. 4. R. VII. 38.

Kerckhoff, J. H. P. van, Een geval van multiple leverabscessen. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXIX. 3. blz. 352.

Kirch, R., Ein Fall von akuter Magendilatation mit tödtl. Ausgang. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 33.

von Klein, Pankreascyste. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XLI. 2. p. 341.

Köllner, K., Cirrhosis hepatis u. Carcinoma ventriculi. Ungar. med. Presse IV. 36 u. 37.

Koeppelin, Rétrécissement cicatriciel de l'oesophage; gangrène pulmonaire; mort. Lyon méd. XCII. p. 91. Sept.

Körte, Pankreaseiterung u. Nekrose in Folge von Cholecystitis purulenta. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 42. Beil.

Krokiewicz, Anton, Multiples Adenocarcinom des Magens im Verlaufe von progressiver perniciöser Anämie. Wien. klin. Wchnschr. XII. 37.

Lamberg, Max, Beitrag zur Diagnose u. Pathologie d. Gallenblasencarcinoms u. d. Rückenmarksläsionen. Wien. med. Presse XL. 42.

Lefas, E., Cirrhose hypertrophique sans ictère d'origine biliaire; rétention biliaire en foyers limités. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 552. Juin.

Lefas et Audard, Transformation kystique de l'appendice. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 644. Juin.

Lereboullet, P., Epithélioma de l'oesophage propagé au foie et aux ganglions. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 546. Juin.

Letulle, Maurice, Kyste chyleux du mésentère. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 521. Juin.

Letulle, Maurice, Lésions de l'épiploon dans l'appendicite chronique. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 738. Juillet.

Ljunggren, C. J., Om Inflammation of *Meckel's* Divertikel. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 37. S. 896.

Lohéac, La tuberculose du pancréas. Gaz. hebd. XLVI. 69.

Mc Cullagh, Arnold Rochfort, Case of perforated gastric ulcer. Brit. med. Journ. Sept. 30. p. 851.

Malbot, H., Les abcès du foie en Algérie. Arch. gén. N. S. II. 3. 4. p. 302. 425. Sept., Oct.

Martin, C. S., Case of obstruction and perforation of the bowel from a gall-stone. Univers. med. Mag. XI. 11. p. 665. Aug.

Mayer, Jacques, Beitrag zur Pathologie d. Gallensteinkrankheit. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 509.

Mayet, Lucien, Estomac biloculaire. Lyon méd. XCII. p. 109. Sept.

Meier, G. C. H., The use of adstringents in intestinal catarrh. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 12. p. 286. Sept.

Mesnil, Cancer de l'estomac à forme ulcéreuse. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 760. Juillet.

Milian, G., Purpura iodique de la muqueuse buccale. Presse méd. VII. 78.

Milian, G., et du Pasquier, Foie ficelé non syphilitique. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 605. Juin.

Minervini, Raffaele, Cisti siero-ematica della milza. Gazz. degli Osped. XX. 94.

Monari, Alfredo, Brevi considerazioni cliniche sopra un caso di echinococco suppurato del fegato. Gazz. degli Osped. XX. 127.

Moncorvo, Sur un cas d'abcès du foie chez un enfant de 2 ans. Bull. de l'Acad. 3. S. XLIII. 31. p. 238. Sept. 19.

Mondy, S. L. Craigie, Note on a case of perforated gastric ulcer in a man. Lancet Aug. 19. p. 489.

Morse, John Lovett, The treatment of the acute diarrhoeas of infancy. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 5. p. 101. Aug.

Munro, John C., Intussusception. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 11. p. 253. Sept.

Musser, John H., Cancer of the common bile duct. Univers. med. Mag. XI. 12. p. 720. Sept.

Neumann, H., Bemerkungen über d. gewöhnliche Gelbsucht u. ihr Vorkommen in Berlin. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 35.

Neurath, Rudolf, Die angeb. hypertrophische Pylorusstenose. Centr.-Bl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. II. 17 u. 18. 19.

Nicholls, F. L., Suprahepatic abscess. Brit. med. Journ. Sept. 16. p. 752.

Pestemazoglu, C., Lithiase appendiculaire chronique. Presse méd. VII. 69.

Petruschky, J., Zur Diagnose u. Therapie d. primären Ulcus ventriculi tuberculosum. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 366.

Pirone, Raffaele, Ueber Lebercirrhose. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 37.

Plicque, A. F., La colite mucomembraneuse et son traitement. Presse méd. VII. 77.

Posselt, Adolf, Zur Pathologie d. Echinococcus alveolaris (multilocularis) d. Leber. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIII. 5 u. 6. p. 457.

Potier, Epithéliome primitive du foie et thyroïdite chronique avec adénome thyroidien. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 711. Juillet.

Přibram, Alfred, Ueber Steatorrhöe. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 36. 37.

Ramoino, G. B., Rapporto morboso fra milza e fegato. Gazz. degli Osped. XX. 94.

Ribierre, Paul, Cirrhose du foie, avec ictère, à type histologique monocellulaire, chez un tuberculeux. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 525. Juin.

Richter, August, Pylorusstenose mit eingekeilten oder eingenarbten Kirschen- u. Mispelsteinen. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIII. 5 u. 6. p. 633.

Riegel, Franz, Ueber medikamentöse Beeinflussung der Magensäuresekretion. Ztschr. f. klin. Med. XXXVII. 5 u. 6. p. 381. — Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 325.

Riese, H., Ueber Pyelitis b. Appendicitis chronica. Arch. f. klin. Chir. LX. 1. p. 88.

Rischawy, Benjamin, Der Mechanismus der Erstickung b. Schlucken grosser Bissen. Wien. klin. Wchnschr. XII. 35.

Roberts, H. H., The stomach-tube. Amer. Pract. and News XXVIII. 2. p. 61. July.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/294

Robson, A. W. Mayo, The relation of typhoid fever to diseases of the gall bladder, with a reference to the bacterial origin of gall stones. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 3. p. 218. Sept.

Romme, R., Entérites et infections intestinales. Gaz. hebd. XLVI. 73.

Rosenbach, O., Ueber Dyspepsie b. motor. Insufficienz d. Harnapparates (urokinet. Dyspepsie). Deutsche med. Wchnschr. XXV. 33. 34. 35.

Rosenfeld, G., Zur Magen- u. Leberdiagnostik. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 350.

Rosenheim, Th., Ueber stenosirende Pylorushypertrophie bei einem Kinde. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 32.

Rotch, T. M., Perforation of the stomach in an infant 7 weeks old. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 4. p. 442. Oct.

Sandberg, Otto, Om idiopatisk spulformig utvidgning af matstrupen. Hygiea LXI. 9. s. 315.

Sansoni, Luigi, Sulla gastrite ulcerosa cronica anacloridrica. Rif. med. XV. 219—222.

Schmidt, Adolf, Fortgesetzte Mittheilungen über Funktionsprüfung des Darmes. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 438.

Schütz, R., Zur Differentialdiagnose d. Ulcus ventriculi. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 417.

Scott, J. A., A case of acute gangrenous pancreatitis with fat necrosis. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 4. p. 414. Oct.

Siegel, Ernst, Ueber d. primäre Sarkom d. Dünndarms. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 35.

Sigaud, Etude clinique et pathogénique sur les variations de forme et de volume de l'abdomen. Revue de Méd. XIX. 9. p. 734.

Simbriger, Friedr., Ein Fall von Magentetanie. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 38. 40.

Soborow, J., Das Verhalten eines gesunden Magenabschnittes b. Erkrankung d. übrigen Theils des Magens. Boln. gas. Botk. 23. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Speidel, Edward, 132 gall-stones, removed without operation. Amer. Pract. and News XXXVIII. 1. p. 7. July.

Stern, R., Ueber traumat. Erkrankungen d. Magenschleimhaut. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 38.

Stiller, B., Die Lehre von d. Enteroptose u. nervösen Dyspepsie auf Grund d. Costalstigmas. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 34. 35. 36.

Strauss, H., Ueber Eiter im Magen. Nebst Bemerkungen über d. Bedeutung d. Befundes von Eiter u. Blut im Magen, sowie gewisser wenig beachteter Krebsmetastasen für die Diagnose des Magencarcinoms. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 40.

Teissier, J., Sur l'albuminurie hépatogène. Semaine méd. XIX. 36.

Tomaselli, Ascesso del fegato apertosi per la via intestinale. Rif. med. XV. 200.

Towne, H. R. Forster, A case of acute appendicitis with unusual complications. Lancet Aug. 26. p. 565.

Tricomi, E., Adeno-carcinoma peduncolato della grande curvature dello stomaco. Rif. med. XV. 235. 236.

Troller, J., Ueber Methoden zur Gewinnung des Magensekrets. Ztschr. f. klin. Med. XXXVIII. 1—3. p. 183.

Vetlesen, Infarkter i milten. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 8. Forh. S. 84.

Vouzelle, Louis, Etude étiologique et clinique de la colite muco-membraneuse. Gaz. hebd. XLVI. 65. — Gaz. hebd. XLVI. 69.

Watkins, I. L., Some of the commoner reflex symptoms from disease of the rectum. Medicine V. 9. p. 737. Sept.

Weber, F. Parkes, Diffuse syphilitic change in the liver. Journ. of Pathol. and Bacteriol. VI. 2. p. 151. Aug.

Weiss, Siegfr., Intussusceptio intestini. Centr.-Bl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. II. 17 u. 18. 19. 20.

Winckler, Ferd., u. Conrad Stein, Die Verwendung d. Jodipins zur Funktionsbestimmung d. Magens. Centr.-Bl. f. innere Med. XX. 33.

Winiwarter, Felix von, Ueber Perforationsperitonitis, von d. Gallenwegen ausgehend. Wien. klin. Wchnschr. XII. 42.

Winternitz, Ludwig, Entfernung eines oberhalb d. Kardia feststeckenden Reineclaudenkerns durch Einführung d. weichen (*Oser'*schen) Magenschlauches u. Wasserirrigation. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 31.

Wood, R. Lucius, Syphilis of the stomach. Lancet Sept. 23. p. 857.

Zoja, Luigi, Su alcuni criteri clinici per la diagnosi di tumore della testa del pancreas. Policlin. VI. 15. p. 354.

S. a. I. Baer, Charles, Jacoby. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Ascoli, Buchanan, Campbell, Deguy, Escherich, Grawitz, Kober, Krogius, Lépine, Mc Weeney, Marfan, Pförringer, Silberstein, Steiner, Stuparich, Thorel, Tricomi. IV. 2. Da Costa, Deguy, Escherich, Holsti, Hoppe, Jackson, Maurange, Mazzotti, Plicque; 3. James; 4. Boas, Pick; 7. Bannatyne; 8. Basch, Wiersma; 9. Albu, Schwarz, Sippy, Wille; 10. Dunning, Lissauer, Robin; 11. Daligliesh, Muscatello, Ritter; 12. Abée, Kompanzew, Mac Rae, Steiner, Wiesmer. V. 2. a. Eitel; 2. c. *Chirurgie d. Baucheingeweide.* VI. Fürst, Martin. VII. Brocchi, Dirmoser, Drejer, Kuehne. VIII. Ausset, Bovaird, Callomon, Graham, Griffith, Gutmann, Holt, Jacobi, Little, Marfan, Netter, Pfaundler. XIII. 2. Cipriani, Ewald, Gastinel, Gintl, Moyer, Nencki, Oppenheim, Rosenbach, Wallace; 3. Deléarde, Hall. XVI. Stern. XVIII. Bärner.

6) *Krankheiten des Harnapparates, der Nebennieren und der männlichen Genitalien, ausschliesslich der Syphilis.*

Alessandri, Roberto, Sur la structure et la fonction du rein à la suite de l'occlusion de l'artère et de la veine émulgentes. Revue de Chir. XIX. 8. p. 150.

Busse, Otto, Ueber Bau, Entwicklung u. Eintheilung d. Nierengeschwülste. Virchow's Arch. CLVII. 2. 3. p. 346. 377.

Cabot, Richard C., and Franklin W. White, Preliminary note on the prognosis of nephritis. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 6. p. 134. Aug.

Christomanos, Anton A., Ueber die Zahl der rothen Blutkörperchen in 2 Fällen von Nebennierenerkrankung. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 42.

Coleman, J. B., Diseases of the suprarenal capsules. Dubl. Journ. CVIII. p. 219. Sept.

Damen, H. J., Venaesectie bij uraemie. Nederl. Weekbl. II. 15.

Elgood, Charles R., Unusual dyspnoea in the uraemic state. Brit. med. Journ. Sept. 30. p. 851.

Frank, Jacob, A case of primary renal tuberculosis of 20 years standing. New York med. Record LVI. 11. p. 373. Sept.

Halstead, A. E., Movable kidney. Medicine V. 9. p. 712. Sept.

Koranyi, A. von, Beiträge zur Theorie u. zur Therapie d. Niereninsufficienz, unter besond. Berücksicht. d. Wirkung d. Curare b. derselben. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 36.

Kühnau, W., Ueber leukäm. Nierenveränderungen. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 188. 615.

Lindemann, Ludwig, Die Concentration des Harnes u. Blutes b. Nierenkrankheiten, mit einem Beitrag zur Lehre von d. Urämie. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXV. 1 u. 2. p. 1.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/295

Mills, Walter Sands, Bright's disease or nephritis. New York med. Record LVI. 9. p. 291. Aug.

Newman, David, Haematuria, an early symptom in tuberculosis of the kidney, and renal phthisis ab haemoptoë. Lancet Aug. 26.

Noorden, Carl von, Zur Behandlung d. chron. Nierenkrankheiten. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 388.

O'Donovan, Charles, The occurrence of *Cheyne-Stokes* respiration during sleep a diagnostic symptom in the early stages of interstitial nephritis. Med. News LXXV. 12. p. 366. Sept.

Parker, G., A case of cystic degeneration of the kidneys with general dermatitis exfoliativa. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 3. p. 272. Sept.

Pel, P. K., Die Erblichkeit der chron. Nephritis. Ztschr. f. klin. Med. XXXVIII. 1—3. p. 127.

Richter, Paul Friedrich, u. Wilhelm Róth, Experim. Beiträge zur Frage d. Niereninsufficienz. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 31.

Romme, R., Les liquides abondants et les viandes blanches dans le régime de la néphrite interstitielle. Presse méd. VII. 81.

Róna, S., Beiträge zur Frage d. syphilit. u. tuberkulösen Degeneration der Nebennieren. Ungar. med. Presse IV. 32 u. 33.

Russell, W. B., 2 cases of acute nephritis due to influenza. Brit. med. Journ. July 29. p. 274.

Schupfer, Ferruccio, L'azione dei reni nell' emoglobinuria. Policlin. VI. 17. p. 401.

Stengel, Alfred, The medical treatment of movable kidney. Univers. med. Mag. XI. 12. p. 728. Sept.

Tarchetti, C., Sopra un caso di degenerazione amiloide circoscritta del rene. Gazz. degli Osped. XX. 124.

Thoret, Chr., Einige Bemerkungen zu *Ribbert* „Beiträge zur Kenntniss d. Niereninfarkte". Virchow's Arch. CLVII. 1. p. 189.

Treyer, A., Carcinome du rein à métastases ganglionnaires multiples. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 20.

Walker, J. B., Climate and renal diseases. Med. News LXXV. 12. p. 358. Sept.

Wlaeff, Un cas de pyélite avec kyste hydatique du rein. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 751. Juillet.

S. a. I. *Harnuntersuchung.* II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Distefano, Engelken, Steiner, Venanzi. IV. 2. Larned; 4. Audry, Henry; 5. Riese, Rosenbach, Teissier; 9. Ascoli, Herzog. V. 2. d. *Chirurgie d. Harn- u. Geschlechtsorgane.* VII. Jarrett. X. West. XIII. 2. Galeazzi, Hare, Hermann, Mesnard.

7) *Krankheiten der Bewegungsorgane.*

Bannatyne, Rheumatoid arthritis, followed by colitis, pericarditis, pleurisy, bronchopneumonia; death. Brit. med. Journ. Oct. 14. p. 1009.

Bayliss, R. A., Acute rheumatoid arthritis. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 2. p. 160. Aug.

Bregmann, L. E., Zur chron. ankylosirenden Entzündung d. Wirbelsäule. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XV. 3 u. 4. p. 250.

Dauchez et Marfan, Rhumatisme articulaire aigu; enfants de 5 à 10 ans. Gaz. des Hôp. 95.

Gauthier, G., Nouvelle interprétation pathogénique des amyotrophies arthropathiques. Lyon méd. XCI. p. 539. Août.

Kirchgaesser, Gisbert, Ueber chron. ankylosirende Entzündung der Wirbelsäule. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 41. 42.

Léri, André, La spondylose rhizomélique. Revue de Méd. XIX. 8. 9. 10. p. 597. 691. 801.

Liotta, Pietro, Poliartrite acuta. Gazz. degli Osped. XX. 121.

Müller, Carl, Ueber d. Auftreten anscheinend rheumat. Gelenkerkrankungen nach einem Trauma. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. VI. 8. p. 249.

Müller, L. R., Beitrag zur Lehre von d. ankylosirenden Entzündung der Wirbelsäule. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 41.

Pic, Rhumatisme général; microbe d'*Achalme* et *Thiroloix* dans le sang. Lyon méd. XCII. p. 168. Oct.

Steiner, Max, Ein Fall von Arthritis rheumatica d. Wirbelsäule. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 36.

Valentini, Beitrag zur chron. ankylosirenden Entzündung d. Wirbelsäule u. d. Hüftgelenks. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XV. 3 u. 4. p. 239.

Weizs, Eduard, Gebührt d. Arthritis deformans eine klin. Sonderstellung? Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 579.

Weicz, Eduard, Zur Behandlung der subakuten Gelenkrheumatismus. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 31. Beil.

S. a. II. Braus, Enderlein. III. Densusiana, Savtschenko, Walbaum. IV. 4. Bernoud, Milian; 8. Chametina, Levaditi, Oppenheim, Petersson, Petřina, Pipping, Placzek, Sainton, Scherb; 9. Billings; 11. Eichhorst. V. 2. e. Duplay, Féré, Forssel, Keiler, Nichols, Tubby. IX. Jastrowitz. XIII. 2. Hirschkron.

8) *Krankheiten des Nervensystems.*

Adelung, Edward von, A case of traumatic neurosis with hemorrhages from the pharynx. New York med. Record LVI. 6. p. 191. Aug.

Aldrich, C. J., Epiphora in tabes. New York med. Record LVI. 11. p. 393. Sept.

Allan, C. M., A suggestion as to the treatment of Graves's disease by the administration of bile by the mouth, hypodermically and intrathyroideal. Lancet Aug. 26.

Allen, Charles Lewis, Edema of the paralyzed limbs in hemiplegia. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 8. p. 471. Aug.

Auerbach, Siegmund, Ueber gehäuftes Auftreten u. über d. Aetiologie d. Poliomyelitis anterior acuta infantum. Jahrb. f. Kinderhkde. L. 1 u. 2. p. 41.

Ausset, F., Les convulsions chez les enfants. Echo méd. du Nord III. 34.

Baccarani, Umberto, Sulla geofagia. Gazz. degli Osped. XX. 118.

Bach, L., Erwiderung auf d. Bemerkungen zu *L. Bach's* Arbeit „zur Lehre von d. Augenmuskellähmungen" d. Herrn *St. Bernheimer.* Arch. f. Ophthalmol. XLIX. 1. p. 233. Vgl. XLVIII. 2. p. 463.

Baier, Florence J., Uric acid in the etiology of angioneurotic oedema. New York med. Record LVI. 11. p. 393. Sept.

Baruch, Herman B., Angioneurotic oedema. New York med. Record LVI. 8. p. 257. Aug.

Basch, Seymour, A contribution to the study of the gastric crises of tabes. New York med. Record LVI. 16. p. 541. Oct.

Bassompierre et G. Schneider, Hystérotraumatisme consécutif à une chute de cheval; mutisme, astasie-abasie à forme paralytique. Revue de Méd. XIX. 10. p. 842.

Batigne, Note sur un cas de plaie de la région parotidienne avec troubles dans le territoire de la branche externe du spinal. Revue neurol. VII. 19. p. 678.

Baumgarten, Egmont, Die hyster. Aphonien u. ihre neueren Behandlungsweisen. Wien. med. Wochenschr. XLIX. 42.

Bechterew, W. von, Ueber Affektionen d. Cauda equina. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XV. 3 u. 4. p. 222.

Belfàdel, Arturo Aly, A proposito della ginnastica nel trattamento della tabe dorsale. Gazz. degli Osped. XX. 109.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/296

Bernard, R., Arrêt de développement de l'humérus gauche dans un cas d'hémiplégie cérébrale infantile. Arch. de Neurol. 2. S. VIII. p. 111. Août.

Bernhardt, M., Weiterer Beitrag zur Lehre von d. sogen. angeb. u. d. in früher Kindheit erworbenen Facialislähmungen. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 31.

Bernhardt, M., Idiopath. Tetanie. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 42.

Bikeles, G., Eine ungewöhnl. Form von Schussverletzung d. Gehirns u. d. dabei constatirte Hinterstrangdegeneration. Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 19.

Bischoff, Ernst, Ueber d. motor. Leitungsbahnen u. d. Entstehungsweise epilept. Anfälle. Wien. klin. Wchnschr. XII. 39.

Boinet, E., Maladie de Basedow avec troubles psychiques provoqués par l'ingestion de corps thyroïdes en excès. Revue neurol. VII. 15. p. 564.

Bormans, Alfonso, Sopra 2 casi di meningite otitica con esito di guarigione. Gazz. degli Osped. XX. 91.

Borst, J., Een geval van somnambulisme. Psychiatr. en neurol. Bladen 5. blz. 492.

Bosc et Vedel, De l'apoplexie progressive, de sa valeur en tant que syndrome anatomo-clinique spécial. Ann. de Neurol. 2. S. VIII. p. 199. Sept.

Boston, L. Napoleon, Cerebro-spinal meningitis with ulcerative endocarditis and abscess of the myocardium, due to the diplococcus intracellularis of *Weichselbaum*. New York med. Record LVI. 10. p. 339. Sept.

Bourneville, Idiotie symptomatique de sclérose tubéreuse ou hypertrophique. Progrès méd. 3. S. X. 41.

Brassert, H., Ueber Erröthungsangst. Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 19.

Briscoe, J. F., The asphyxial problem in convulsive seizures. Brit. med. Journ. Sept. 23.

Brower, Daniel R., A newer pathology of epilepsy. Medicine V. 9. p. 734. Sept.

Brown, Sanger, Report of a case of trigeminal paralysis; and ocular condition by *Henry Gradle*. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 9. p. 554. Sept.

Browning, William, Isolated finger paralysis. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 9. p. 527. Sept.

Brunet, Laurent, Etat mental des acromégaliques. Thèse. Paris. Georges Carré et C. Naud. 8. 89 pp. 1 Mk. 60 Pf.

Brush, Arthur Conklin, A case of tumor of the brain with unusual symptoms. New York med. Record LVI. 6. p. 204. Aug.

Buchholz, Ueber einen Fall syphilit. Erkrankung d. Centralnervensystems. Arch. f. Psych. XXXII. 2. p. 470.

Bull, George J., The stereoscope as a teste for inefficiency of the ocular muscles. Brit. med. Journ. Sept. 23.

Bundy, Elizabeth R., A case of tetany. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 8. p. 507. Aug.

Burger, H., Recurrensverlaming en recurrensdoorsnijding. Nederl. Weekbl. II. 15.

Burr, Charles W., A case of hysterical tremor. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 8. p. 507. Aug.

Cappelen, A., Seneoverförelse og seneplastik ved radialisparalyse. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 8. S. 1043.

Carrière, G., Traitement de l'épilepsie essentielle. Echo méd. du Nord III. 38. 41.

Carrière, G., et Huyghes, L'hémichorée arythmique hystérique. Presse méd. VII. 79.

Carter, Godfrey, The etiology of Graves's disease. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 4. p. 343. Oct.

Cautley, Edmund, Convulsions in infancy. Brit. med. Journ. Aug. 19.

Cestan, R., Des liens cliniques qui rattachent le syndrome de Little aux diplégies cérébrales infantiles. Revue des Mal. de l'Enf. XVII. p. 442. Oct.

Chametina, M., Ein Fall von progress. Muskelatrophie. (Boln. gas. Botk. 20—22.) Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Christian, R. B., Report of a case of cerebral meningitis, manifesting extraordinary high temperature. New York med. Record LVI. 10. p. 337. Sept.

Christiansen, Viggo, Et atypisk Tilfälde af Tabes dorsalis. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 40.

Cipollina, Angelo, e Dario Maragliano, Del valore diagnostico del segno de *Kernig*. Gazz. degli Osped. XX. 97.

Coester, Ein Beitrag zu der Entstehung der Erkrankungen des Centralnervensystems in specie der multiplen Sklerose durch Trauma. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 43.

Courmont, Troubles trophiques chez une malade atteinte de goître exophthalmique. Lyon méd. XCII. p. 93. Sept.

Craik, Robert, Right-sided paralysis of gradual onset during pregnancy. Lancet Sept. 30. p. 888.

Cree, James Arthur, Etude des arthropathies tabétiques et de l'influence des nerfs trophiques sur la nutrition. Thèse de Paris. Paris. Vigot frères. 8. 102 pp. 1 Mk. 80 Pf.

Czyhlarz, Ernst von, Ein Fall von Cysticercus im 4. Gehirnventrikel. Wien. klin. Rundschau XIII. 38.

Daddi, G., e R. Silvestrini, Un caso mortale di corea del Sydenham, con ricerche bacterioscopiche ed istologiche. Settimana med. LIII. 29.

Dalén, A., Neuritis optica u. Myelitis acuta. Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 3. p. 672.

Dauchez, H., Méningitisme et méningite abortive, diagnostic différential. Revue des Mal. de l'Enf. XVII. p. 357. Août.

De Buck, D., Notes sur un cas de spasme rythmique. Belg. méd. VI. 33. 34. p. 193. 225.

De Buck, Les parakinésies. Belg. méd. VI. 40. 41. p. 417. 449.

De Buck, D., et L. De Moor, Un cas de sclérose combinée de la moelle type ataxo-spasmodique. Belg. méd. VI. 32. p. 161.

Dench, Edward Bradford, The diagnosis and treatment of epidural abscess. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Dercum, F. X., Tumor of the oblongata presenting ataxia and astereognosis as the most prominent early symptoms. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 8. p. 477. Aug.

De Renzi, E., Emiplegia cerebrale con contrattura. — Paralisi periferica del facciale. Gazz. degli Osped. XX. 94.

Dieckhoff, Die Neurasthenia sexualis. Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 20. p. 681.

Discussion on the mental conditions involved in posthypnotic appreciation of time. Brit. med. Journ. Sept. 16.

Donath, Julius, Beiträge zur Pathologie u. Therapie d. Basedow'schen Krankheit. Ztschr. f. klin. Med. XXXVIII. Z—3. p. 169.

Drew, C. A., Reflex irritation with special reference to eye strain. New York med. Record LVI. 11. p. 361. Sept.

Durante, G., Hydrocéphalie externe; survie pendant 20 jours, malgré une destruction presque totale du cerveau. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 731. Juillet.

Edgeworth, F. H., A case of locomotor ataxy and hemiplegia. Brit. med. Journ. Sept. 30. p. 853.

Eulenburg, A., Zur Therapie d. Ischias. Therapie d. Gegenw. N. F. I. 10. p. 433.

Faulkner, Alex. S., Malarial or climatic neuralgia and its treatment. Brit. med. Journ. Sept. 9.

Faure, Maurice, Une observation de maladie de Basedow mortelle avec coexistence de myxoedème. Presse méd. VII. 76.

Finkelnburg, Ueber Peroneuslähmung b. Tabes. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. VI. 4. p. 286.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/297

Fisher, E. D., Case of multiple tumors of the brain. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 7. p. 444.

Fisher, E. D., Sensory disturbances in epilepsy and hysteria. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 7. p. 446. July.

Flatau, Georg, Ueber einige neuere Ergebnisse d. Hysterieforschung. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 66. 67.

Folet, Arthropathie syringomyélique. Echo méd. du Nord III. 40.

Fraenkel, Joseph, Contribution to the symptomatology of intracranial disease. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 7. p. 427. July.

Fränkel, Joseph, u. B. Onuf (Onufrowicz), Corticale u. subcorticale motor. Aphasie u. deren Verhältniss zur Dysarthrie. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XV. 3 u. 4. p. 312.

Frétin, Traitement mécanique de la névralgie sciatique. Bull. de Thér. CXXXVIII. 8. p. 273. Août 30.

Freud, Sigm., Ueber Deckerinnerungen. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. VI. 3. p. 215.

Freund, Heinrich, 2 seltene Fälle von Tetanie. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 39.

Fromaget, C., Larmoiement paroxystique hystérique. Ann. d'Oculist. CXXII. 1. p. 61. Juillet.

Fry, Frank R., Interesting hysterical phenomena; a transfer of tactile to visual sensations. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 8. p. 495. Aug.

Gagnoni, Enrico, Edema isterico alternante con accessi convulsivi isterici. Policlin. VI. 19. p. 458.

Germani, Aurelio, Contributo clinico allo studio del morbo di Parkinson. Gazz. degli Osped. XX. 94.

Goldscheider, Fall von geheilter Compressionsmyelitis. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 34. Beil.

Gossage, A. M., and J. A. Coutts, The etiology of convulsions in infancy. Brit. med. Journ. Aug. 19.

Gratschoff, L., Ett fall af hemiatrophia facialis progressiva. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 7. s. 901.

Green, James, Convulsions in infancy. Brit. med. Journ. Aug. 19.

Grillot, Surdité verbale post-traumatique; aphasie partielle; attaques d'épilepsie subintrantes. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 758. Juillet.

Grohmann, A., Entwurf zu einer genossenschaftl. Musteranstalt f. Unterbringung u. Beschäftigung von Nervenkranken. Commentar zur Broschüre „über die Behandl. von Nervenkranken u. d. Errichtung von Nervenheilstätten" von *P. J. Möbius*. Stuttgart. Ferd. Enke. Gr. 8. 59 S.

Grósz, Julius, Beitrag zur Pathologie u. Therapie d. erworbenen Hydrocephalus. Arch. f. Kinderhkde. XXVII. 3 u. 4. p. 285.

Günzburg, J. J., Zur Casuistik d. Ptosis congenita. Westn. oftalm. März—Juni. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Günzburg, J. J., Zur Symptomatologie u. Diagnostik d. Verletzungen d. Sehnerven. Westn. oftalm. März—Juni. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Guibal, Paul, Sur un cas de méningite cérébrospinale à streptocoques et à staphylocoques chez un sujet atteint de mal de Pott fistuleux. Presse méd. VIII. 74.

Guttmann, Alfred, Tabes dorsalis u. Syphilis. Inaug.-Diss. Berlin 1898. Druck v. L. Schumacher. Gr. 8. 33 S.

Halban, H. von, Zur Kenntniss der infantilen Pseudobulbärparalyse. Wien. klin. Wchnschr. XII. 40.

Haskovec, Lad., Un cas de paralysie faciale d'origine périphérique combinée avec une paralysie du nerf oculo-moteur externe du même côté. Revue neurol. VII. 19. p. 682.

Hawthorne, C. O., On the state of the knee-jerk in cases of cerebellar tumour. Glasgow med. Journ. LII. 3. p. 161. Sept.

Haynes, W. H., Ein Apparat zur Messung des Patellarsehnenreflexes. Aerztl. Polytechn. 9.

Henneberg, R., Beitrag zur Kenntniss d. combinirten Strangdegenerationen, sowie d. Höhlenbildungen im Rückenmark. Arch. f. Psych. XXXII. 2. p. 550.

Herdtmann, Ein Fall von combinirter Schulterarmlähmung (Erb'scher Lähmung). Mon.-Schr. f. Unfallhkde. VI. 8. p. 254.

Heubner, In Abheilung begriffene Polyneuritis. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 31. p. 692.

Higier, H., Ueber einen eigenart. im posthypnot. Stadium zu beobachtenden Dämmerzustand. Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 18.

Hinsdale, Guy, Purulent encephalitis and cerebral abscess in the new-born due to infection through the umbilicus. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 3. p. 280. Sept.

Hirschlaff, L., Krit. Bemerkungen über d. gegenwärt. Stand d. Lehre vom Hypnotismus. Nebst Bemerkungen von *O. Vogt*. Ztschr. f. Hypnot. IX. 4. p. 202. 229.

Hoffmann, Aug., Ueber Nothwendigkeit u. Einrichtung von Volksheilstätten f. Nervenkranke. Allg. Ztschr. f. Psych. LVI. 4. p. 577.

Holsti, Venstersidig hemiplegi och diabetes mellitus. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 8. s. 1002.

Homén, E. A., Encephalomalaci i samband med en tromb i venstra carotis interna. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 7. s. 912.

Horvath, Kornelius, Ueber Parästhesie des Nervus cut. fem. lat. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 40.

Huismans, L., Meningitis basilaris traumatica. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 34.

Jaboulay, Le traitement de quelques troubles trophiques du pied et de la jambe. Lyon méd. XCI. p. 467. Août.

Jelgersma, G., Over de differentieele diagnose tusschen hysterie en epilepsie. Nederl. Weekbl. II. 5.

Jones, Hugh R., Convulsions in infancy; public health aspect. Brit. med. Journ. Aug. 19.

Jones, R. Llewellyn, and T. Aldous Clinch, Epilepsy of cardio-vascular origin. Lancet Sept. 16.

Ito, H., Experiment. Beiträge zur Aetiologie u. Therapie d. Epilepsie. Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 5 u. 6. p. 417.

Kaposi, M., Hyperidrosis spinalis superior. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLIX. 2 u. 3. p. 321.

Klippel, M., et P. Fernique, Sur quelques particularités des dégénérescences spinales descendantes. Gaz. hebd. XLVI. 82.

Köhl, Pachymeningitis haemorrhagica interna traumatica. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 20.

Königshöfer, Die retrobulbäre Neuritis u. die Neuritis des Fasciculus maculo-papillaris. Württemb. Corr.-Bl. LXIX. 28.

Köster, Georg, Ueber d. Maladie d. Tics impulsifs (mimische Krampfneurose). Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XV. 3 u. 4. p. 147.

Kolle, Frederick Strange, An interesting case of hydrocephalus with pseudo-spastic spinal paralysis. New York med. Record LVI. 16. p. 552. Oct.

Kraus, Hugo, Ein Fall von postdiphther. Lähmung mit eigenartigen Oedemen. Jahrb. f. Kinderhkde. L. 3. p. 258.

Labbé, Léon, Porencéphalie acquise traumatique. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 607. Juin.

Landouzy, et Marcel Labbé, Les porencéphalies traumatiques. Presse méd. VII. 66.

Lannois, Tumeur du lobe frontal. Lyon méd. XCI. p. 575. Août.

Lannois, et J. Pariot, Sclérose en plaques médullaire, consécutive à une arthrite tuberculeuse de l'épaule. Revue de Méd. XIX. 8. p. 625.

Lapersonne, F. de, Des névrites optiques liées aux sinusites sphénoïdales et aux maladies de l'arrière-cavité des fosses nasales. Echo méd. du Nord III. 38.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/298

Lapinsky, Michael, 2 weitere Fälle von sogen. troph. Gefässerkrankung im Laufe d. Neuritis. Ztschr. f. klin. Med. XXXVIII. 1—3. p. 223.

Lehr, Georg, Beiträge zur Kenntniss d. otit. Erkrankungen d. Hirns, d. Hirnhäute u. d. Blutleiter. Zeitschr. f. Ohrenhkde. XXXV. 1 u. 2. p. 12.

Lereboullet, L'acroparesthésie. Gaz. hebd. XLVI. 76.

Levaditi, C., Un cas de tubercule de la protubérance. Revue neurol. VII. 16. p. 586.

Levaditi, C., Contribution à l'étude des atrophies musculaires expérimentales. Presse méd. VII. 81.

Lloyd, James Hendrie, A case of unilateral ophthalmoplegia. Univers. med. Mag. XII. 1. p. 1. Oct.

Lucae, A., 5 Wochen anhaltender profuser Ausfluss von Liquor cerebro-spinalis ohne Hirnerscheinungen. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 40.

Lüth, Die Spätepilepsie. Allg. Ztschr. f. Psych. LVI. 4. p. 512.

Mc Caskey, G. W., The toxic origin of certain neuroses and psychoses. New York med. Record LVI. 14. p. 476. Sept.

Mac Cormac, John Mc Gee, A case of narcolepsy. Lancet Aug. 29. p. 565.

Macgregor, G. Scott, Cases illustratives of syphilitic meningo-myelitis. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 3. p. 242. Sept.

Magnus, Vilhelm, Et tilfälde af Poliencephalitis superior acuta. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 8. S. 1006.

Mally, F., Etude sur les paralysies traumatiques de l'épaule et du bras. Essai de détermination clinique d'un nouveau groupe de paralysies, paralysies myélopathiques par traumatisme direct. Revue de Chir. XIX. 10. p. 436.

Mann, Ludwig, Zur Physiologie d. Rumpfbewegungen u. zur Theorie d. Scoliosis ischiadica. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. X. p. 518. Sept.

Maréchal, Du traitement de l'ataxie locomotrice par l'extension et la méthode de *Fraenkel* combinées. Presse méd. belge LI. 32.

Mayet, Lucien, L'indice céphalique des épileptiques. Lyon méd. XCII. p. 145. 188. Oct.

Mesnard, L., Leçon clinique sur quelques manifestations d'hystérie simulant des lésions des nerfs périphériques. Ann. de Policlin. de Bord. XI. p. 97. Juillet.

Mettler, L. Harrison, The treatment of apoplexy. Therap. Gaz. 3. S. XV. 9. p. 577. Sept.

Möbius, P. J., Ueber Morbus Basedowii. Schmidt's Jahrbb. CCLXIV. p. 20.

Moltschanoff, Contribution à l'étude des affections blennorrhagiques du système nerveux. Arch. russes dé Pathol. etc. VIII. 2. p. 158.

Mongour et Gentès, Observations d'hémiplégie et hémianesthésie. Arch. de Neurol. 2. S. VIII. p. 277. Oct.

Monkemöller, O., u. L. Kaplan, Symptomat. Korsakoff u. Rückenmarkserkrankung bei Hirntumor. Allg. Ztschr. f. Psych. LVI. 5. p. 706.

Munk, Beiträge zur Kenntniss d. otit. Erkrankungen d. Hirns, d. Hirnhäute u. d. Blutleiter. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXXV. 3. p. 218.

Muskens, L. J. J., Retardation of pain sense in locomotor ataxia. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 7. p. 424. July.

Neuschüler, A., Su di un riflesso persistente dopo la sezione completa del trigemino. Suppl. al Policlin. V. 41. p. 1281.

Nicoll, J. H., Case of exophthalmic goître in which the thyroid was excised unter cocaine. Glasgow med. Journ. LII. 3. p. 203. Sept.

Oddo, C., Le diagnostic différentiel de la maladie des tics et de la chorée de Sydenham. Presse méd. VII. 78.

Oestreich, R., u. Slawyk, Riesenwuchs u. Zirbeldrüsengeschwulst. Virchow's Arch. CLVII. 3. p. 475.

Oettinger, Bernard, The disease of convulsive tic (Gilles de la Tourette's disease). Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 3. p. 303. Sept.

Ohlmacher, A. P., Cavernous angioma, fibro-endothelioma, osteoma and haematomyelia of the nervous system in a case of secondary epilepsy. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 7. p. 395. July.

Ohlmacher, A. P., Studies in the pathology of epilepsy. Bull. of the Ohio Hosp. for Epilept. I. 2 a 3. p. 9.

Onuf (Onufrowicz), H., Angioneurotic oedema and allied conditions. New York med. Record LVI. 6. p. 186. Aug.

Oppenheim, H., Nervenleiden u. Erziehung. Berlin. S. Karger. Gr. 8. 56 S. 1 Mk. 20 Pf.

Oppenheim, H., Zur Dermatomyositis. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 37.

Pader, A., Etude sur les rapports du goître exophthalmique et de l'hystérie. Thèse de Paris. Paris. Jouve et Boyer. 8. 56 pp. 1 Mk. 20 Pf.

Palmieri S. Arnaud, M. A., Disturbi della sensibilità nella malattia di Parkinson. Clin. med. ital. XXXVIII. 6. p. 378. Giugno.

Parhon, C., et M. Goldstein, Sur quelques troubles vaso-moteurs dans l'hémiplégie. Roumanie méd. VII. 3. p. 99.

Peck, Elizabeth L., A case of Friedreich's ataxia. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 8. p. 505. Aug.

Peretti, J., Ueber d. Stand d. Frage d. Errichtung von Nervenheilstätten u. d. Wege zu ihrer Lösung. Allg. Ztschr. f. Psych. LVI. 4. p. 567.

Personali, Stefano, Nuovo contributo allo studio dell'eritromelalgia. Rif. med. XV. 223.

Peterson, Frederick, A case of Charcot-Marie-Tooth amyotrophy. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 7. p. 444. July.

Petrén, Karl, Några ord om *Frenkel's* behandlingsmetod af ataxien vid tabes samt om ataxiens orsak vid denns sjukdom. Hygiea LXI. 7. s. 114.

Petřina, Th., Ueber cerebrale Muskelatrophie. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 40. 41. 42.

Pick, A., Ueber d. sogen. aphat. Stottern als Symptom verschiedenörtl. lokalisirter cerebraler Herdaffektionen. Arch. f. Psych. XXXII. 2. p. 447.

Pipping, Fall af myokloni. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 8. s. 1000.

Placzek, Das pulsator. Fussphänomen. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 31.

Placzek, S., Klin.-mikroskop. Beiträge zur Lehre von d. progress. Muskelatrophie. Virchow's Arch. CLVIII. 1. p. 105.

Pollard, J., and R. Lake, Notes of a case of exophthalmic goitre; operation; cure. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Potts, Chas. S., A case of myelitis following influenza. Univers. med. Mag. XII. 1. p. 14. Oct.

Powell, Arthur, Obstinate hiccough after operation. Brit. med. Journ. Sept. 30. p. 851.

Preysing, Hermann, Otitischer Schläfenlappenabscess. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXXV. 1 u. 2. p. 108.

Priestley, James, A case of acute infantile hemiplegia with recovery. Brit. med. Journ. Aug. 19.

Punton, John, Asthenic bulbar palsy. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 9. p. 545. Sept.

Raecke, Paralyse u. Tabes b. Eheleuten. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. VI. 4. p. 266.

Raymond, Sclérose en plaques chez un enfant. Presse méd. VII. 62.

Raymond, Paralysie hystérique du plexus brachial; monoplégie crurale hystérique. Presse méd. VII. 82.

Reeling Brouwer, S., Eene experimenteele studie over de psychologie van den suggestieven slaap. Psychiatr. en neurol. Bladen 5. blz. 568.

Riche, A., et de Gothard, Etude sur les troubles objectifs des sensibilités superficielles dans le tabes. Nouv. Iconogr. de la Salp. XII. 4. p. 327. Juillet—Août.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/299

Ritter, H. C., An analysis of the statistics of the hospital since opening, Nov. 30. 1893. Bull. of the Ohio Hosp. f. Epilept. I. 2 a. 3. p. 1.

Robinson, Léonard N., Etude sur le syndrome de Graves-Basedow considéré comme manifestation de l'hystèrie. Thèse. Paris. Jouve et Boyer. 8. 95 pp. 1 Mk. 60 Pf.

Rolleston, H. D., A case of Recklinghausen's disease complicated with a sarcomatous growth involving the brachial plexus. Lancet July 29.

Rossolimo, G., Sur une forme récurrente de la polynévrite interstitielle hypertrophique progressive de l'enfance (Dejerine) avec participation du nerf oculomoteur commun. Revue neurol. VII. 15. p. 558.

Sachs, B., On erythromelalgia. Mt. Smai Hosp. Rep. I. p. 114.

Sachs, Heinrich, u. C. S. Freund, Die Erkrankungen d. Nervensystems nach Unfällen, mit besonderer Berücksicht. d. Untersuchung u. Begutachtung. Berlin. Fischer's med. Buchh. (H. Kornfeld). Gr. 8. X u. 581 S. mit 20 Abbild. im Text. 15 Mk.

Sachs, B., u. Alfred Wiener, Die Erythromelalgie, eine klin.-anatom. Besprechung. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XV. 3 u. 4. p. 286.

Sailer, Joseph, A critical summary of recent literature concerning some recently described reflexes. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 4. p. 446. Oct.

Sainton, P., Contribution à l'étude anatomo-pathologique et clinique de l'amyotrophie Charcot-Marie. [Nouv. Iconogr. de la Salp. XII. 4. p. 317. Juillet—Août.] Paris. G. Steinheil. 8. 221 pp. et 5 pl.

Salomon, Max, Ueb. Behandlung schwerer Neurasthenien mit Sperminum *Poehl*. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 34.

Sandelin och Homén, Om ett fall af abscess i temporalloben. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 7. s. 910.

Sander, A., Bericht über d. Sitzungen d. Abtheilung f. Neurologie u. Psychiatrie auf d. 71. Versamml. deutscher Naturforscher u. Aerzte zu München vom 17. bis 23. Sept. 1899. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. VI. 4. p. 301.

Sarbó, Arthur von, Die Therapie d. Tabes vom ätiolog. Standpunkte. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. VI. 4. p. 257.

Savariaud, Suppléance du nerf radial par le musculo-cutané à la main. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 575. Juin.

Schaffer, Karl, Bemerkungen zu *Petrén's* Aufsatze: Mittheilung über eine besondere Veränderung der Nervenfasern des Rückenmarks, welche einer klin. Bedeutung entbehrt, näml. die von *Minnich* sogen. hydrop. Veränderung. Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 15.

Scherb, Syndrome de *Brown-Séquard* avec début d'amyotrophie *Aran-Duchenne* et troubles pupillaires au cours d'une méningo-myélite syphilitique. Revue neurol. VII. 18. p. 646.

Schlesinger, Herm., Hydrops hypostrophos. Ein Beitrag zur Lehre d. akuten angioneurot. Oedeme. Münchn. med. Wchnschr. XLII. 35.

Schnabel, Kleine Beiträge zur Lehre von der Augenmuskellähmung u. zur Lehre vom Schielen. Wien. klin. Wchnschr. XII. 31.

Schoenborn, S., Ein casuist. Beitrag zur Lehre von d. Thomsen'schen Krankheit. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XV. 3 u. 4. p. 274.

Schuster, Paul, Zur neurolog. Untersuchung Unfallkranker. [Berl. Klin. Heft 135.] Berlin. Fischer's med. Buchh. 8. 32 S. 1 Mk. 20 Pf.

Seeligmüller, Casuist. Beiträge zur Lehre von d. Hyperhidrosis unilateralis faciei b. Erkrankungen d. Centralnervensystems. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XV. 3 u. 4. p. 159.

Sibelius, Chr., Bidrag till de ryggmärgen intresserande tumörernas diagnostik och patologiska anatomi. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 9. s. 1021.

Siebert, W., Ein Fall von Hirntumor mit Geruchstäuschungen. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. VI. 2. p. 81.

Singer, Gustav, Bemerkungen zu d. Artikel *Wassermann's* u. *Malkoff's* „über d. infektiösen Charakter u. d. Zusammenhang von akutem Gelenkrheumatismus u. Chorea". Nebst Bemerkungen von *A. Wassermann*. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 33.

Sinkler, Wharton, Asthenic bulbar paralysis. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 9. p. 536. Sept.

Smith, Eugene, The diagnosis of septic diseases of the brain and its membranes from the standpoint of oculist and aurist. Physic. and Surgeon XXI. 8. p. 349. Aug.

Somerville, W. F., The treatment of neurasthenia. Glasgow med. Journ. LII. 4. p. 273. Oct.

Soucques, Un cas de névralgie paresthésique traité par la résection du nerf fémoro-cutané. Revue neurol. VII. 14. p. 530.

Spiller, William G., A critical summary of recent literature on concussion of the spinal cord. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 2. p. 190. Aug.

Straaten, Theodor van, Zur Kritik d. hypnot. Technik. Ztschr. f. Hypnot. IX. 4. p. 193.

Strauss, H., Tabes u. Glykosurie. Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 20.

Strümpell, Adolf, Zur Kenntniss d. Haut- u. Sehnenreflexe b. Nervenkrankheiten. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XV. 3 u. 4. p. 254.

Sutherland, G. A., On birth palsy with disseminated tremors. Brit. med. Journ. Aug. 19.

Teillais, De quelques paralysies combinées des muscles de l'oeil. Paralysie des mouvements d'élévation et d'abaissement des 2 cotés avec intégrité des mouvements de lateralité. Paralysie de la convergence. Ann. d'Oculist. CXXII. 1. p. 19. Juillet.

Thomas, John Jenks, 2 cases of injury of the cord resulting from fracture of the spine. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 10. p. 233. Sept.

Touche, Les crises laryngées tabétiques dans leurs rapports avec les autres crises viscérales du tabes. Presse méd. VII. 69.

Urriola, Ciro L., Astasie-abasie. Progrès méd. 3. S. X. 30.

Vetlesen, H. J., Der Morbus Basedowii mit besond. Rücksicht auf Pathogenese u. Behandlung. Ztschr. f. klin. Med. XXXVII. 5 u. 6. p. 512.

Vogt, Oskar, Ueber Beschäftigungstherapie bei funktionellen Nervenkranken. Psychiatr. Wchnschr. I. 27. 28.

Voss, G. von, Ueber d. autochthone Hirnsinusthrombose. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XV. 3 u. 4. p. 297.

Wagner, Beitrag zur Casuistik d. akuten angioneurot. Oedems. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXVIII. 8 u. 9. p. 471.

Walton, G. L., and Cheney, Tumor of pituitary body. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 8. p. 491. Aug.

Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen u. Irrenärzte zu Baden-Baden am 3. u. 4. Juni 1899. Arch. f. Psych. XXXII. 2. p. 639. — Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 33. 34.

Weber, Eugen, Zur Aetiologie peripher. Ulnaris- u. Medianuslähmungen. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. XV. 3 u. 4. p. 181.

Werner, S., Casuist. Mittheilungen aus d. Gebiete d. Neurologie. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 35. 36.

Wetzel, Ueber Syringomyelie. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 35.

Wiener, Alfred, The exercise treatment in tabes dorsalis. New York med. Record LVI. 4. p. 116. July.

Wiersma, E., Fälle von Hemiatrophia linguae. Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 18.

Wille, Val., Neuralgia epidemica (localis). Münchener med. Wchnschr. XLVI. 33. 34. 35.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/300

Winternitz, Wilhelm, Zur Hydrotherapie d. Tabes dorsalis. Bl. f. klin. Hydrother. IX. 9.

Witmer, A. Ferree, A case of paralysis limited to the upper extremities. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 8. p. 509. Aug.

Woolacott, F. J., Diphtheritic paralysis in cases treated with antitoxin. Lancet Aug. 26.

Zappinger, Wie eine Meningitis purulenta Perforationsperitonitis nach Bougirung einer Oesophagusstriktur vortäuschen kann. Wien. klin. Wchnschr. XII. 34.

S. a. I. Comba, Panzer. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Biotti, Cesaris, Dexler, Freudweiler, Hering, Katschkowski, Kazowsky, Moltschanoff, Olmer, Reusz, Rosin, Storch. IV. 2. *Infektiöse Meningitis, Tetanus,* Friedlaender; 4. Bull, Trénel; 5. Albu, Brown, Grön, Hayem, Lamberg, Simbriger, Stiller; 7. Gautier; 9. *Myxödem,* Hawthorne, Oliver, Sternberg; 11. Heiberg. V. 1. Sander, Seldowitsch, Shrady, Stransky; 2. a. *Chirurgie des Nervensystems;* 2. b. Moynihan, Putnam, Thomas, Wieting; 2. d. Albertin, Clark, Vetlesen; 2. e. Bauer, Hogarth, Keiler, Ollier, Riethus. VI. Cavazzani, Coulonjou, Küstner. VII. Brocchi, Dirmoser, Drejer, Gilles, Griffith, Hill, Hillmann, Jörgensen, Kuehne, Reed, Savory, Voorhees. IX. Anglade, Bregman, Deiters, Deventer, Findlay, Jastrowitz, Klein, Pick, Weber. X. Koster, Lapersonne. XI. Brocard, Cobb, Gaglio, Mettler, Obrastzoff. XIII. 2. Cullman, Ewald, Hirschkron, Rendle, Roche, Rosenbach, Sobel, Vallen; 3. Deléarde. XIV. 2. Grabner; 3. Débedat, Jaboulay; 4. Diehl, Hofmann, Seelye. XVI. Gundorow. XVIII. Dexler.

9) *Constitutionskrankheiten und Krankheiten des Blutes.*

Albu, Albert, Wesen u. Behandl. d. Verdauungsstörungen Chlorotischer. Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 16. p. 529.

Anderson, M'Call, Case of pernicious anaemia treated by arsenic and bone-marrow. Glasgow med. Journ. LII. 3. p. 195. Sept.

Aporti, Ferrante, L'istotonia del sangue nella clorosi prima e dopo la cura ferruginosa, comparativamente ad altre forme di anemia ed in rapporto alla teoria emolitica. Settimana med. LIII. 35. 36. 37.

Ascoli, Giulio, Sulla diuresi nel diabete insipido. Clin. med. ital. XXXVIII. 7. p. 385.

Badt, Leopold, Ueber Harnsäureausscheidung im Urin während d. akuten Gichtanfalls. Ztschr. f. klin. Med. XXXVII. 5 u. 6. p. 546.

Bate, R. Alexander, Suprarenal extract in the treatment of Addison's disease. Amer. Pract. and News XXVIII. 3. p. 90. Aug.

Benedict, A. L., Albumosuria. Medicine V. 9. p. 705. Sept.

Bezançon et Clerc, Leucémie aiguë. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 706. Juillet.

Bezançon et V. Griffon, Lymphadénie ganglionnaire métatypique. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 633. Juin.

Billings jr., John S., A case of hereditary arthritis deformans, terminating in fatal pernicious anemia. New York med. Record LVI. 14. p. 479. Sept.

Bogoras, S., Zur Kenntniss d. Zuckerkrankheit im Kindesalter. Arch. f. Kinderhkde. XXVII. 3 u. 4. p. 243.

Bugge, Jens, Syreproduktion ved diabetes. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 8. Forh. S. 87.

Chapman, Charles W., The early diagnosis of myxoedema. Lancet Sept. 30.

De Buck, D., A propos de la leucémie. Belg. méd. VI. 38. p. 353.

Dénys, J., et Sabrazès, Leucémie et adénie. Gaz. des Hôp. 89. — Presse méd. belge LI. 31.

Dominici, Considérations sur la migration des hématies nucléées au cours de la leucémie myélogène. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 764. Juillet.

Ebstein, Wilhelm, Zur Lehre vom traumat. Diabetes mellitus. Die ärztl. Praxis XII. 15.

Elgood, Charles, A note on the etiology of rickets. Lancet Aug. 19.

Felix, C. H., Infantiel myxoedeem. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXIX. 3. blz. 294.

Hahn, Friedrich, Ueber Osteomalacie b. Manne. Centr.-Bl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. II. 15.

Hawthorne, C. O., On peripheral neuritis and retinal changes in diabetes mellitus. Lancet Sept. 30.

Hayem, Georges, Sur un cas d'anémie grave symptomatique. Presse méd. VII. 80.

Hertoghe, E., De l'hypothyroïdie bénigne chronique ou myxoedème fruste. Paris. Masson et Co. 8. 51 pp. avec figg. dans le texte. — Nouv. Iconogr. de la Salp. XII. 4. p. 261. Juillet—Août.

Herzog, Ludwig, Zur Diagnose d. Urämie u. über Albuminurie b. Diabetes mellitus. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 31. 32.

Heymann, Rudolf, Ueber einen Fall von Haemophilie mit erfolgreicher Anwendung d. Gelatineinjektion. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 34.

Hirschfeld, Felix, Zur Lehre von d. Plethora. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 280.

His d. J., W., Die Ausscheidung von Harnsäure im Urin d. Gichtkranken, mit besond. Berücksicht. d. Anfallzeiten u. bestimmter Behandlungsmethoden (in Verbindung mit *Cohnheim, Freudweiler, Respinger* u. *H. His*) untersucht. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXV. 1 u. 2. p. 156.

Hoesslin, Rudolf von, Ueber Behandl. d. Fettleibigkeit. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 38.

Jaksch, R. von, Ueber d. alimentäre Pentosurie d. Diabetiker. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIII. 5 u. 6. p. 612.

Klemperer, G., Zur Behandl. d. Phosphaturie. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 8. p. 347.

Koppel, H., Ueber einen Fall von akuter Leukämie. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XVI. 33.

Kraus, Emil, Ueber eigenthüml. Blutbefunde b. 2 Fällen von medullärer lienaler Leukämie. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 185.

Kraus, Emil, Ein durch intercurrente Infektionskrankheit als abgeheilt zu betrachtender Fall von medullärer lienaler Leukämie. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 41. 42.

Kuh, Sydney, Unusual case of myxoedema. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 9. p. 569. Sept.

Labbé, Marcel, Lymphadénie typique généralisée à debut ganglionnaire. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 626. Juin.

Lépine, Sur une variété d'anémie pernicieuse. Lyon méd. XCI. p. 517. Août.

Löwit, M., Ueber Leukämie u. Leukocytose. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 135.

Londe, P., Sur quelques cas d'albuminurie familiale. Arch. gén. N. S. II. 3. p. 257. Sept. — Gaz. hebd. XLVI. 68.

Lüthje, Hugo, 2 Beiträge zur Lehre von der Acetonurie. Centr.-Bl. f. innere Med. XX. 38.

Maisch, Charles O., 3 cases presenting indications of Addison's disease, during infancy and childhood, with post-mortem and histological reports on 2. Post-Graduate XIV. 9. p. 725. Sept.

Malherbe, A., et F. Legueu, Des hématuries essentielles. Gaz. des Hôp. 119.

Minkowski, O., Ueber Leukämie u. Leukocytose. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 158.

Moore, Frederich Craven, Scrofulous lymphadenitis. Journ. of Pathol. and Bacteriol. VI. 2. p. 129. Aug.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/301

Muck, Ein neuer Fall von Mastoideitis b. einem Diabetiker. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXXV. 3. p. 215.

Neeb, H. M., Rhachitis, gepaard med dwerggroei op het eiland Lombok. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXIX. 3. blz. 299.

Oliver, Thomas, Sequel to a case of diabetic coma successfully treated by saline transfusion; death 243 days afterwards from coma. Lancet Aug. 26.

Payne, Joseph Frank, On the increase of cancer. Lancet Sept. 16.

Ponfick, E., Myxödem u. Hypophysis. Ztschr. f. klin. Med. XXXVIII. 1—3. p. 1.

Poulain, A., Tuberculose caséeuse localisée aux capsules surrénales. — Syndrôme de la maladie d'Addison; Erythème scarlatiniforme desquamatif. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. 1. p. 537. Juin.

Přibram, Alfred, Neue Beiträge zur Charakteristik d. intermittirenden Albuminurie d. Adolescenten. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 544.

Reimann, Heinrich, Ein Fall von akuter Leukämie mit Thymustumor b. einem 9jähr. Mädchen. Wien. klin. Wchnschr. XII. 39.

Reineboth u. Kohlhardt, Blutveränderungen in Folge von Abkühlung. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXV. 1 u. 2. p. 192.

Remlinger, Un cas de myxoedème spontané de l'adulte; guérison par le traitement thyroïdien. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIV. 8. p. 144. Août.

Sabrazès, Leucémie et adénie. Gaz. hebd. XLVI. 61.

Schirckauer, Hans, Ein Fall von intermittirender Albuminurie. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 39.

Schwarz, Emil, Ueber d. Beziehungen zwischen Leberveränderungen u. Diabetes mellitus. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 33—39.

Sippy, Bertram W., Splenic pseudoleukaemia (anaemia splenica; splenomegalia primitive). Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 4. p. 428. Oct.

Southworth, Thomas S., The present status of our knowledge of chlorosis. Med. News LXXV. 16. p. 485. Oct.

Sternberg, Carl, Universelle Primärerkrankungen d. lymphat. Apparates. Centr.-Bl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. II. 16—20.

Sternberg, Wilhelm, Chem. u. Experiment. zur Lehre vom Coma diabeticum. Ztschr. f. klin. Med. XXXVIII. 1—3. p. 65.

Stoeltzner, Wilhelm, Die Stellung d. Kalks in d. Pathologie d. Rhachitis. Jahrb. f. Kinderhkde. L. 3. p. 268.

Stoeltzner, Wilhelm, Ueber Behandlung der Rhachitis mit Nebennierensubstanz. Deutsche med. Wochenschr. XXV. 37.

Sympson, E. Mansell, Notes on the treatment of rickets in an out patient department. Brit. med. Journ. Aug. 19.

Tambroni, R., e R. Lambranzi, Intorno ad una varietà di mixedema frusto. Rif. med. XV. 173.

Tuckett, Ivor Ll., Auto-intoxication as the cause of pancreatic diabetes (Preliminary communication). Journ. of Physiol. XXV. 1. p. 63.

Türk, Wilhelm, Pseudoleukämie u. Lymphosarkomatose. Wien. klin. Wchnschr. XII. 40.

Wetzel, Ueber Osteomalacie. Münchn. med. Wochenschr. XLVI. 32.

Wille, Erich, Die alimentäre Glykosurie u. ihre Beziehungen zu Pankreasaffektionen. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXIII. 5 u. 6. p. 546.

Williamson, T. M., Purpura hemorrhagica. Physic. and Surg. XXI. 8. p. 371. Aug.

Wilson, Cunningham, Report of a case of Hodgkins disease, showing long periods of fever. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 4. p. 411. Oct.

Zachrisson, F., Experimentelle Studier over den intravenöse Kogsaltsinfusions Virkning ved akut Anämi. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 36. S. 872.

S. a. I. Cohn, Hewes, Jellinek, Mackie, Pflüger, Yarrow. II. Colombo, Gaertner, Horder, Leonardi, Sachs. III. Krzystalowicz. IV. 2. Larsen, Prat, Stalkartt; 5. Hoke; 6. Damen, Ellgood, Kühnau, Schupfer; 8. *Akromegalie, Basedow'sche Krankheit*, Faure, Holsti, Strauss. V. 1. Nové. VII. Diehl, Meyer. XI. Schwabach. XIII. 2. Gioffredi, Hirschkron, Jollasse, Klein, Lenné, Melis, Stefanelli, Steggall. XIV. 1. Macalester.

10) *Hautkrankheiten.*

Adler, Richard, Die Behandl. d. Schweissfusses. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 40. Beil.

Arwine, J. T., and D. S. Lamb, A fifth case of „fungous foot" in America. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 4. p. 393. Oct.

Audry, Ch., Sur la lésion du molluscum contagiosum. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. X. 7. p. 621.

Bernard, Robert, Sarcomata idiopathica multiplicia pigmentosa cutis (*Kaposi*). Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLIX. 2 u. 3. p. 207.

Björling, E., Några ord om differential diagnostik mellan olika hudsjukdomar. Hygiea LXI. 8. s. 252.

Bonne-Klein Flottbeck, Georg, Ueber das Eczema seborrhoicum. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIX. 4. p. 153.

Bonnet, Erythèmes polymorphes provoqués par l'antipyrine. Lyon méd. XCI. p. 554. Août.

Brutzer, Carl, Ueber einen Fall von Lepra tuberosa ohne Befund von Leprabacillen u. über d. Vorkommen von Riesenzellen in leprösen Hautinfiltrationen. Dermatol. Ztschr. VI. 4. p. 491.

Bukovsky, J., Ein Beitrag zur Therapie d. Lupus erythematosus. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 31. 32.

Bukovsky, J., Beiträge zur Lehre vom Favus. Dermatol. Centr.-Bl. II. 8.

Callari, I., La sieroterapia artificiale nelle dermatosi tossiche. Rif. med. XV. 188—194.

Cantlie, James, Caterpillar rash. Brit. med. Journ. July 29. p. 315.

Carrier, Albert E., Contagious cutaneous diseases. Physic. and Surg. XXI. 7. p. 308. July.

Chapin, Henry Dwight, The treatment of chronic eczema at the babies wards. Post-Graduate XIV. 9. p. 697. Sept.

Ciauri, Sulla patogenesi del geroderma genitodistrofico o senilismo. Rif. med. XV. 173.

Das, Kedarnath, Dermatitis exfoliativa neonatorum or Ritter's disease. Lancet July 29.

Dorssen, J. M. H. van, Eenige aantekeningen naar aanleiding von Dr. *T. Broes van Dort's* studie over lepra. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXIX. 3. blz. 306.

Dunning, A. W., Subcutaneous emphysema occurring during the act of vomiting. Med. News LXXV. 9. p. 269. Aug.

Du Castel, Le psoriasis simple. Semaine méd. XIX. 42.

Durlacher, H., Ueber d. Technik d. *Finsen'*schen Lupusbehandlung. Arch. f. Lichtther. I. 1.

Freund, Leopold, Die Radiotherapie der Hautkrankheiten. Wien. klin. Wchnschr. XII. 39.

Gassmann, A., Zur Histologie d. Röntgenulcera. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. II. 6. p. 199.

Gassmann, A., Casuist. Beitrag zur Psoriasis. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLIX. 2 u. 3. p. 171.

Huber, A., Ekzem; Perifolliculitis suppurativa u. framboesiaartige Vegetationen. Ungar. med. Presse IV. 36 u. 37.

Joseph, Max, Ueber Keloide. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLIX. 2 u. 3. p. 277.

Judd, L. D., Hygienics of the skin. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 5. p. 104. Aug.

Jutassy, Josef, Radiotherapie eines Naevus

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/302

flammeus. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. II. 6. p. 213.

Kaufmann, R., Untersuchungen zur Aetiologie d. Impetigo contagiosa. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLIX. 2 u. 3. p. 297.

Kaufmann, R., Zur Kritik u. Aetiologie d. Kahlheit. Referat über die Untersuchungen *Sabouraud's*. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 83.

Kolle, W., Mittheilungen über Lepra nach Beobachtungen in Südafrika. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 39.

Koptowski, L., Contribution à l'anatomie pathologique du psoriasis. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. X. 8 et 9. p. 763.

Kraus, Oskar, Ein Fall von Xanthomatose. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 633.

Lacoronsky, L'ecthyma térébrant infantile. Gaz. hebd. XLVI. 59.

Lau, H., Zur symptomat. Behandlung der Psoriasis nebst einigen Beobachtungen über diese Krankheit. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XVI. 34.

Leredde, Etude sur le pemphigus foliacé de *Cazenave*. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. X. 7. p. 601.

Leredde, E., Pathologie générale des dermatoses toxiques. Presse méd. VII. 74.

Lie, H. P., Beretning fra Pleiestiftelsen for spedalske No. 1 i Bergen for 4-aaret 1895—1898. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 10. S. 1217.

Lipman-Wulf, L., Ueber Auftreten von universellem Exanthem nach lokaler Anwendung von Jodvasogen. Dermatol. Ztschr. VI. 4. p. 499.

Lissauer, W., Ueber d. Verhältniss von Leukoplakia oris u. Psoriasis vulgaris. Deutsche med. Wochenschr. XXV. 31.

Luck, Emil, A mucor dermatosis resembling scabies. New York med. Record LVI. 6. p. 204. Aug.

Luithlen, Friedrich, Zur Pemphigusfrage. Dermatol. Ztschr. VI. 4. p. 481.

Mac Mahon, J. Ross, A case of leprosy in England. Lancet Sept. 16.

Maiocchi, I lichen. Gazz. degli Osped. XX. 109.

Majocchi, La pellagra. Gazz. degli Osped. XX. 118.

Merken, Paul, Beitrag zur Kenntniss d. Fibroma molluscum (*Virchow*). Wien. klin. Wchnschr. XII. 32. 33. 34.

Minne, A. J., Un cas de sarcome (alvéolaire pigmenté à cellules épithélioïdes) simulant le mycosis fongoïde d'emblée. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. X. 8 et 9. p. 751.

Monro, T. K., 6 cases of rash after enemata. Glasgow med. Journ. LII. 3. p. 165. Sept.

Monthus, Albert, Corne cutanée de la région frontale. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 645. Juin.

Nékám, L. A., Ueber d. leukäm. Erkrankungen d. Haut. Hamburg u. Leipzig. Leopold Voss. 8. 46 S. mit 4 chromolithogr. u. 1 Lichtdrucktafel. 4 Mk.

Petrini, 3 cas de dermatite exfoliatrice généralisée, avec études histologiques et bactériologiques. Arch. des Sc. méd. IV. 3 et 4. p. 109. Mai—Juillet.

Plicque, A. F., Le prurit cutané et son traitement. Presse méd. VII. 72.

Purdon, H. S., Note on verruca and warts. Dubl. Journ. CVIII. p. 90. Aug.

Robin, Albert, et Leredde, Du rôle des dyspepsies dans la genèse de quelques dermatose. Bull. de l'Acad. 3. S. XLII. 29. p. 141. Juillet 18. — Bull. de Thér. CXXXVIII. 12. p. 450. Sept. 30.

Róna, S., Ueber Rhinosklerom. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLIX. 2 u. 3. p. 265.

Saalfeld, Edmund, Ein Beitrag zur Lehre von d. Alopecia praematura. Virchow's Arch. CLVII. 1. p. 77.

Sellei, Josef, Pathol. u. klin. Beiträge zur Psoriasis vulgaris. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 34. 35. 36.

Smith, A. Lionel, A case of diffused subcutaneous induration in an infant. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 103.

von Starck, Ein Fall von Urticaria pigmentosa. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 38.

Steiner, Rudolf, Ein Fall von grossknotiger Bromacne. Wien. med. Presse XL. 33.

Stern, C., Beitrag zur chirurg. Behandl. d. Elephantiasis. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 41.

Thompson, J. Ashburton, Leprosy in Madeira. Lancet Sept. 30.

Unna, P. G., Infiltration oder Akanthose? Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIX. 3. p. 114.

Urbanowicz, Das Leprakrankenheim b. Memel. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 37.

Vilcoq, Contribution à l'étude de la sclérodermie. Arch. gén. N. S. II. 3. p. 282. Sept.

Vollmer, E., Ekzembehandlung u. farad. Strom. Therap. Monatsh. XIII. 10. p. 549.

Waelsch, Ludwig, Ueber d. aus weichen Naevis entstandenen bösartigen Geschwülste. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLIX. 2 u. 3. p. 249.

Weill, De la lèpre en Cochinchine. Gaz. des Hôp. 97.

White, Charles J., The role of the staphylococcus in skin diseases. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 10. p. 235. Sept.

Winternitz, Rudolf, Knotenbildungen b. Melkerinnen. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLIX. 2 u. 3. p. 195.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Barannikow, Bosellini, Cornil, Hartzell, Hoppe, Kromayer, Löwenbach, Sabouraud, Sorrentino, Winternitz. IV. 2. Gorkom, Guizzetti, Rugeni; 6. Parker; 8. Kaposi, Oppenheim, Seeligmüller. V. 1. Hammer, Nankivell; 2. d. Elliott; 2. e. Brunner, Cipriani, Heermann. IX. Féré. X. Borthen, Ginsberg. XI. Seiler. XIII. 2. Floret, Funk, Hodara, Jordan, Kölbl, Mader, Roelig, Scholtz. XIV. 3. Leviseur; 4. Amat. XX. Bloch.

11) *Venerische Krankheiten.*

Abramow, S., Ueber die Veränderung der Blutgefässe b. d. Syphilis. Beitr. z. pathol. Anat. u. allgem. Pathol. XXVI. 2. p. 202.

Adrian, C., Zur Kenntniss d. vener. Bubo u. des Buboneneiters. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLIX. 2 u. 3. p. 339.

Almkvist, Johan, Ein durch Gonokokken verursachter Fall von Phlegmone. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XLIX. 2 u. 3. p. 163.

Blaschko, A., Internationale Conferenz f. d. Prophylaxe d. Syphilis u. d. vener. Krankheiten. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 39. Beil.

Bonelli, G. Amore, Un caso d'infezione gonococcica generale. Gazz. degli Osped. XX. 109.

Brown, Haydn, The prevention of venereal disease. Lancet July 29. p. 501.

Barthélemy, Les systèmes de réglementation ont-ils en une influence sur la fréquence et la dissémination de la syphilis et des maladies vénériennes. Gaz. des Hôp. 104.

Caro, Leo, Zur Casuistik der Tripperprophylaxis. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 63.

Charmeil, La fréquence de la syphilis d'après les travaux de la conférence internationale pour la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes. Echo méd. du Nord. III. 42.

Conférence internationale pour la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. X. 8 et 9. p. 774. — Presse méd. belge LI. 37—40. — Gaz. des Hôp. 103—106.

Csillag, J., Der heutige Stand d. Aetiologie d. Ulcus venereum. Ulcus venereum u. Prostitution. Ungar. med. Presse IV. 25.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/303

Daligliesh, J. W., Syphilitic disease of the stomach. Lancet Aug. 12.

Descos, Rétrécissement syphilitique du larynx. Lyon méd. XCI. p. 555. Août.

Downie, Walker, Syphilitic ulcerations of the trachea. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Eichhorst, Hermann, Ueber Muskelerkrankungen b. Harnröhrentripper. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 42.

Feleki, M., Die antiparasitären Behandlungsarten der Blennorrhoea urethrae. Ungar. med. Presse IV. 26 u. 27.

Fournier, Danger social de la syphilis. Gaz. des Hôp. 103.

Franceschini, Giovanni, Contributo alla cura della sifilide. Gazz. degli Osped. XX. 121.

Frank, Ernst R. W., Zur Prophylaxe d. Trippers. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 62.

Goldschmidt, Alfred, Ueber d. glatte Atrophie d. Zungenbasis b. tertiärer Syphilis, nebst Bemerkungen über Lues-Erscheinungen in d. oberen Luftwegen. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 43.

Hallopeau, H., Sur la lutte contre la propagation a masculo des maladies vénériennes. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. X. 8 et 9. p. 770.

Hartley, Frank, Some surgical aspects of syphilis. Med. News LXXV. 13. 14. p. 391. 422. Sept.

Heiberg, Povl, Et Par Ord om den forud for Tabes dorsalis gaaende Syfilis. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 39.

Holstein, Vladimir de, Les travaux de la conférence internationale de Bruxelles pour la prophylaxie des maladies vénériennes. Semaine méd. XIX. 39. 40.

Hültl, H., Ueber d. syphilit. Erkrankung d. Schilddrüse. Ungar. med. Presse IV. 36 u. 37.

Kattenbracker, H., Quecksilber u. Lichttherapie b. d. Syphilisbehandlung. Arch. f. Lichtther. I. 1.

Kiessling, Ein Fall von Lues galoppans mit schweren Knochenaffektionen. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 35.

Koeppelin, Arthrite syphilitique du genou. Lyon méd. XCII. p. 81. Sept.

Kopp, Ueber neuere Mittel u. Methoden zur Therapie u. Prophylaxe d. Gonorrhöe d. Mannes. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 31. 32.

Lassar, Quelle part révient, en dehors de la prostitution, aux autres modes de dissémination de la syphilis et des maladies vénériennes. Gaz. des Hôp. 104.

Malthus, Malgré, The prevention of venereal disease. Brit. med. Journ. Sept. 23. p. 815.

Mirabeau, Sigm., Lymphangoitis gonorrhoica. Ein Beitrag zur Impfinfektion mit Gonokokkeneiter. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 41.

Monteverdi, Imerio, Dell'influenza antagonista fra la sifilide e la tubercolosi. Gazz. degli Osped. XX. 91.

Muscatello, G., La peritonite gonococcica diffusa. Policlin. VI. 16. p. 333.

Neisser, A., Gonorrhöe u. Eheconsens. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 36.

Neisser, Danger social de la blennorrhagie. Gaz. des Hôp. 103.

Neumann, Vorlesungen über die Therapie der Syphilis. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 32—35. 37. 39. 40.

van Niessen, Ueber d. jetzigen Stand d. Syphilisätiologie. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 485.

Panichi, Rodolfo, 2 casi di gonococcemia. Settimana med. LIII. 34.

Pinard, Que doit-on comprendre par cette dénomination: syphilis héréditaire? Bull. de l'Acad. 3. S. XLII. 29. p. 123. Juillet 18.

Raymond, Paul, L'hérédité dans la syphilis. Progrès méd. 3. S. X. 33.

Ritter, P., Beitrag zur Diagnose u. Therapie syphilit. Affektionen d. Mundhöhle u. d. Kieferknochen. Wien. zahnärztl. Mon.-Schr. I. 9. p. 427.

Shaw-Mackenzie, John A., The syphilitic factor in the diseases of women. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Spencer, Ralph H., Primary syphilis. Physic. and Surg. XXI. 8. p. 358. Aug.

Taylor, E. W., Syphilis and the parasyphilitic affections. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 12. p. 286. Sept.

Thévenot, Gomme syphilitique de la fesse. Lyon méd. XCII. p. 166. Oct.

Verchère, Quelle part revient à la prostitution dans la propagation de la syphilis et des maladies vénériennes. Gaz. des Hôp. 104.

von Vogl, Ueber die Verbreitung d. ansteckenden Geschlechtskrankheiten in der Armee u. im Volk, nebst Bemerkungen über d. Therapie d. Gonorrhöe. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 31. 32.

Welch, Francis H., The prevention of syphilis. Lancet Aug. 12.

Werler, O., Ueber die ambulante Behandlung der gonorrhoischen Nebenhodenentzündung. Therap. Monatsh. XIII. 8. p. 429.

Würdinger, Die Tripperbehandl. im Münchener Garnisonslazareth 1882—1898. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 31.

Zeissl, M. von, Ueber den Blasenverschluss u. einige Bemerkungen über neuere Behandlungsarten des Harnröhrentrippers des Mannes. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 643.

S. a. III. Bettmann, Michaelis, Moltschanoff. IV. 4. Sacquépée; 5. Weber, Wood; 8. Guttmann, Mac Gregor, Moltschanoff. V. 2. a. Bugge; 2. d. *Harnröhrenstrikturen;* 2. e. Spencer. VI. Aichel, Calmann, Schiller, Taylor. VII. Fabre. IX. Discussion, Klein, Sprengeler. X. Hinshelwood. XIII. 2. Åhman, Gren, Weber. XV. *Prostitution.* XX. Oefele.

12) *Parasiten beim Menschen.*

Aall, Cate, Et tilfälde af Botryocephalus latus. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 8. S. 1052.

Abée, Conrad, Ueber multilokulären Echinococcus d. Leber u. einen Fall von Echinococcus d. Beckens u. d. Oberschenkels. Virchow's Arch. CLVII. 3. p. 519.

Bloch, Ein neues Document zur Geschichte u. Verbreitung d. Guineawurms (Filaria medinensis) im Alterthum. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 60.

Childe, C. P., A case of Bilharzia haematobia. Brit. med. Journ. Sept. 9.

Celli, A., u. O. Casagrandi, Ueber d. Vernichtung der Mosquitos. Beitrag zu Untersuchungen von mosquitotödtenden Stoffen. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 13.

Cohn, Ludwig, Zur Systematik der Vogeltänien. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 7 u. 8.

Demateis, Prospero, La casuistica elmintologica di *Davaine* in rapporto colla patogenesi moderna. Rif. med. XV. 231—234.

Giles, G. M., The life history of the free stage of ankylostoma duodenale. Brit. med. Journ. Sept. 9.

Holmsen, F., Misdannelse af en bändelorm. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 8. Forh. S. 89.

Huber, J. Ch., Bibliographie d. klin. Entomologie (Hexapoden, Acarinen). Heft 3: Diptere (Musciden u. Oestriden), Sarcophila, Sarcophaga, Calliphora, Anthomyia, Musca, Lucilia, Teichomyza, Compsomyia, Hypoderma, Dermatobia, Ochromyia. Jena. Druck d. Frommann'schen Buchdr. (Hermann Pohle). 8. 25 S.

Kime, J. W., Treatment of tape worm by use of morphine injected into the protruding part of the parasite. Medicine V. 9. p. 732. Sept.

Kompanzew, Ein Fall von Darmperforation durch Ascariden mit darauf folgender tödtl. Peritonitis. Woj.-med. Shurn. 1. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/304

Korbelius, V., Beitrag zur Frage über das Verhältniss des Pferdes zur Ankylostomiasis des Menschen. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 4 u. 5. 6.

Kurimoto, Tomei, Ueber eine neue Art Botriocephalus. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 453.

Leichtenstern, Otto, Schlusswort zu d. Artikel d. Herrn *A. Loos* „d. Ankylostomafrage". Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 4 u. 5.

Mac Rae, Donald M., A case in which lumbricoids were a cause of obstructing the small intestine; sequel to a case of alleged poisoning; necroscopy. Lancet Sept. 16. p. 786.

Manson, Patrick, On filarial periodicity. Brit. med. Journ. Sept. 9.

Paterson, John, The Dracunculus Medinensis. New York med. Record LVI. 5. p. 518. Oct.

Prowe, Ankylostomiasis in Centralamerika. Virchow's Arch. CLVII. 3. p. 458.

Rose, Ronald, The extirpation of the mosquito. Brit. med. Journ. July 29. p. 314.

Sandwith, F. M., A case of distoma heterophyses in a living patient. Lancet Sept. 30. p. 888.

Steiner, Victor, Doppelseit. Lungen-Leber-Echinococcus. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 39.

Wiesinger, Multilokulärer Echinococcus. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 32. Beil.

S. a. IV. 5. Berg, Monari, Posselt; 6. Wlaeff; 8. Czyhlarz. V. 2. c. Géraud, Karewski. VI. Hahn. X. Kendirdjy. XIII. 2. Leichtenstern. XVIII. Rátz.

V. Chirurgie.

1) *Allgemeine chirurg. Pathologie u. Therapie, Operations- u. Verbandlehre.*

Ahlström, Assar, Om sterilisering af sonder. Hygiea LXI. 9. s. 310.

Baduel, C., e G. Daddi, 3 casi di carbonchio nell' uomo curati col siero *Sclavo*. Policlin. VI. 19. p. 467.

Bardy, A., Stérilisation du catgut à l'acool. Gaz. des Hôp. 98.

Bauer, F., Nogle ord om *Schleich's* Infiltrationsanästesi, auvend ved 400 Operationer. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 36. S. 871.

Beatson, George Thomas, On the construction of operating theatres. Lancet Sept. 9.

Beck, Carl, Wie kommt man d. idealen Asepsis am nächsten? New Yorker med. Mon.-Schr. XI. 9. p. 429. Sept. — New York med. Record LVI. 15. p. 505. Oct.

Beiträge zur klin. Chirurgie, red. von *P. v. Bruns*. XXIV. 3. Tübingen. H. Laupp. 8. VI S. u. S. 535 bis 826 mit 25 Abbild. im Text u. 5 Tafeln. 16 Mk. 20 Pf. — XXV. 1. Gr. 8. 263 S. mit 11 Abbild. im Text u. 4 Tafeln. 15 Mk. 50 Pf.

Bier, August, Ueber die nach u. während der *v. Esmarch*'schen künstl. Blutleere eintretenden Gefässveränderungen u. ihre physiolog. Erklärung. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 31.

Bloch, O., Om store Operationer ved Hjälp af Aethylchlorid paa Huden og primär Kloroformanästesi. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 36. S. 870.

Braun, Wilhelm, Klin.-histol. Untersuchungen über d. Anheilung ungestielter Hautlappen. Beitr. z. klin. Chir. XXV. 1. p. 211.

Bullitt, James B., Normal salt solutions in surgery. Amer. Pract. and News XXVIII. 2. p. 50. July.

Burrage, W. L., A strong and simple needle forceps without a catch. New York med. Record LVI. 11. p. 394. Sept.

Congress d. deutschen Gesellschaft f. Chirurgie. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 32. Beil.

Congrès de l'association française de chirurgie tenu à Paris du 16. au 23. octobre 1899. Presse méd. VII. 83. — Gaz. hebd. XLVI. 84. — Gaz. des Hôp. 118. 119.

De Buck; Vanderlinden; Walton, et A. Bodaert, Rapport sur les avantages de l'intervention chirurgicale dans un certain nombre de maladies internes. Belg. méd. VI. 32. p. 166.

Dematteis, Prospero, Sopra un caso di tubercolosi chirurgica. Gazz. degli Osped. XX. 118.

Dun, Robert Craig, Ununited fracture in childhood. Brit. med. Journ. Sept. 9. p. 686.

Duplay, S., Du retard et du défant complet de consolidation des fractures. Semaine méd. XIX. 40.

Faber, Poul Kuhn, Om Ledtifälde hos Blödere. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 37.

Février, Ch., Valeur de la paille de blé ou d'avoine carbonisée comme matérial de pansement. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIV. 8. p. 117. Août.

Frakturen s. IV. 8. *Thomas*. V. 1. *Dun, Duplay, Jann, Murray, Owen, Steinlin, Van Hoestenberghe;* 2. a. *Collins, Delbet, Engdahl, Friedrich, Jardine, Malines, Montini, O'Brien;* 2. b. *Thomas;* 2. c. *Ménier;* 2. e. *Auvray, Batut, Berger, Croly, Delbet, Destot, Heldenbergh, Henry, Kronacher, Lauenstein, Manley, Monnier, Nicolaysen, Potel, Riethus, Rockey, Stinson, Trnka, Tschudy, Vallas.*

Franke, Felix, Ueber einige chirurg. wichtige Complikationen u. Nachkrankheiten d. Influenza. Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. V. 2. p. 263.

Fremdkörper s. IV. 2. *Jova;* 5. *Martin, Richter, Winternitz.* V. 2. a. *Eitel;* 2. c. *Martin, Rehn;* 2. d. *Hahn, Loumeau.* VI. *Greanellé, Kauffmann, Schaeffer.* VII. *Malcolm.* X. *Levinsohn, Sidler.* XI. *Downie, Hall, Manasseh.*

Gerster, Arpad G., Report of the Department of general surgery. Mt. Sinai Hosp. Rep. 1. p. 130.

Goldschmidt, Alfred, Ein Instrumentenständer f. prakt. Aerzte u. insbes. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenärzte. Aerztl. Polytechn. 8.

Gordon, Frederick T., Wood pulp as a material for poultices and surgical dressings. New York med. Record LVI. 15. p. 519.

Gottstein, G., u. M. Blumberg, In wieweit können wir unsere Hände sterilisiren? Berl. klin. Wochenschr. XXXVI. 34.

Grant, G. H., Report of 2 cases of acute suppurative osteomyelitis. New York med. Record LVI. 14. p. 480. Sept.

Graves, Schuyler Colfax, The employment of gloves as a recent factor in operative surgery. Physic. and Surg. XXI. 7. p. 333. July.

Hammer, Traumat. Hautemphysem durch Pulvergase. Beitr. z. klin. Chir. XXV. 1. p. 1.

Henle, A., u. H. Wagner, Klin. u. experiment. Beiträge zur Lehre von d. Transplantation ungestielter Hautlappen. Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 3. p. 615.

Heusner, L., Ein Verband- u. Extensions-Tisch. Aerztl. Polytechn. 9.

Jann, Adolf, Beitrag zu d. Knochenfrakturen b. Kindern. Zusammenstellung der im Kinderhospital in Basel in d. JJ. 1886—1898 vorgekommenen Fälle. Jahrb. f. Kinderhkde. L. 1 u. 2. p. 62.

Jones, E. L., Rat-tail absorbable sutures. New York med. Record LVI. 6. p. 203. Aug.

Iterson, J. E. van, Een nieuw model naaldvoerder. Nederl. Weekbl. II. 6.

Karchesy, Eugen, Ueber d. Behandlung veralteter Luxationen. Wien. klin. Wchnschr. XII. 38.

Kirurgkongressen i Stockholm. Eira XXIII. 15.

Knochen- u. Gelenkkrankheiten s. III. *Ascoli, Enderlen, Sellheim, Stoelzner, Tikanadsé;* 7. *Bannatyne, Bayliss, Bregmann, Dauchez, Kirchgaesser, Léri, Liotta, Müller, Steiner, Valentini, Weizs;* 8. *Barnard, Cree, Folet;* 9. *Billings, Elgood, Hahn, Muck, Wetzel;* 11. *Kiessling, Koepplin, Ritter.* V. 1. *Faber, Grant, Nové, Pollosson, Tracy, Wheeler;* 2. a. *Bugge, Cooper, Discussion, Feder, Frech, Goris, Gruening, Hallauer, Haug, Hegetschweiler, Muck, Nadoleszny, Payr, Sattler,*

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/305

Scheppegrell, Spiess; 2. b. *Bacon, Bradford, Goldthwaite, Hahn, Haudek, Heimann, Hoffa, Könitzer, Truslow, Vulpius;* 2. c. *Kermauner;* 2. e. *Borchardt, Calot, Carrel, Cavazzani, Clarke, Croly, Duplay, Gangolphe, Guibal, Joachimsthal, Isaacs, Judson, Knott, Lauenstein, Léri, Lotheissen, Mc Kenzi, Mackiewicz, Morestin, Nissen, Oschmann, Potel, Schloffer, Spencer, Sprengel, Tschudy, Walsham.* VIII. *Cautley.* X. *Baudoin.* XI. *Haug, Lembinger, Mc Auliffe.* XIII. 3. *Dearden.*

Kohlmetz, Verbandschienen. Aerztl. Polytechn. 8.

Kossmann, R., Ein vereinfachter Angiothryptor. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 37.

Longuet, L., Un nouveau modèle de pinces à griffes. Progrès méd. 3. S. X. 38.

Luxationen s. V. 1. *Karchesy;* 2. a. *Mc Graw;* 2. b. *Smith;* 2. e. *Bauer, Bennett, Courtney, Croly, Elmgren, Haycock, Kendirdjy, Lauenstein, Lorenz, Nové, Whitman, Young.*

Mc Churd, R. C., The utility of the blood-clot in the treatment of wounds. Amer. Pract. and News XXVIII. 1. p. 1. July.

Minervini, Rafael, Zur Catgutfrage. Deutsche Ztschr. f. Chir. LIII. 1 u. 2. p. 1.

Montmollin, Jacques, Ecarteur-saliveur. Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 9. p. 590. Sept.

Murray, R. W., Ununited fracture in childhood. Brit. med. Journ. Sept. 2. p. 627.

Nankivell, J. H., A case of multiple fibroma. Lancet Aug. 19. p. 492.

Noetzel, W., Ueber d. baktericide Wirkung d. Stauungshyperämie nach *Bier.* Arch. f. klin. Chir. LX. 1. p. 1.

Noetzel, W., Weitere Untersuchungen über d. Wege d. Bakterienresorption von frischen Wunden u. d. Bedeutung ders. Arch. f. klin. Chir. LX. 1. p. 25.

Nové-Josserand, Arthrites hémophiliques. Lyon méd. XCII. p. 231. Oct.

Owen, Edmund, Ununited fracture in childhood. Brit. med. Journ. Aug. 19.

Pollosson, Maurice, et Léon Bérard, Tumeurs des os. Gaz. hebd. XLVI. 83. — Gaz. des Hóp. 118.

Radestock, Gesichtspunkte f. d. Auswahl u. Prüfung von Verbandstoffen. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXVIII. 8 u. 9. p. 478.

Rossem, C. D. van, Ueber Angiothrypsie. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 37.

Sander, M., Chirurg. Eingriffe b. Hysterie. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 36.

Schaeche, Zur Verhütung des Carbolbrandes. Therap. Monatsh. XIII. 8. p. 461.

Schlutius, Celluloidzwirn nach San.-Rath Dr. *Pagenstecher.* Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 38.

Schüller, Max, Die Schalenhaut d. Hühnereis eine epithelhaltige Membran u. ihre Verwendung zur Ueberhärtung granulirender Flächen. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. VI. 9. p. 281.

Schultz, Victor, Ein neuer Nadelhalter für krumme chir. Heftnadeln. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 31.

Seldowitsch, J. B., Ueber Cocainisirung des Rückenmarks. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 41.

Shrady, George F., Shock in modern surgery. New York med. Record LVI. 4. p. 112. July.

Steinlin, Maurice, Ueber d. Einfluss d. Schilddrüsenverlustes auf d. Heilung von Knochenbrüchen. Arch. f. klin. Chir. LX. 2. p. 247.

Stapler, Desider, Neue Nahtmethoden mit ausziehbaren Fäden. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 41.

Stransky, Erwin, Sensibilitätsuntersuchungen an transplantirten Hautstücken. Wien. klin. Wchnschr. XII. 32. 33.

Surmont, Les mouchetures et les hydropiques; manuel opératoire. Echo méd. du Nord III. 32.

Tracy, Edward A., A safe and quick method of joint and bone fixation. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 9. p. 209. Aug.

Tschistowitsch, S., Feuchter Borsäureverband b. d. Wundbehandlung. Woj.-med. Shurn. 3. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Tuffier, Th., Asepsie opératoire. Presse méd. VII. 72.

Van Hoestenberghe; Royer et Deschamps, Récit et étude d'une guérison subite de fracture. Revue des Questions scientif. 2. S. XVI. p. 517.

Volpe, Mazzini, Modificazione alla tenoplastica col metodo *Czerny.* Suppl. al Policlin. V. 43. p. 1345.

Wheeler, W. J. De Courcy, Central sarcoma of bone. Dubl. Journ. CVIII. p. 284. Oct.

Whiteford, C. Hamilton, The mechanical factor in surgery. Brit. med. Journ. July 29.

Wiemuth, Die Behandlung d. Schussverletzungen. Arch. f. klin. Chir. LX. 2. p. 482.

Williams, W. Roger, Tumours of gigantic size. Lancet Sept. 23.

Wilson, Frederic N., The preparation and after-treatment of children for operation. Post-Graduate XIV. 9. p. 732. Sept.

Zweifel, P., Kniehebelklemmen zur Blutstillung durch grossen Druck. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 37.

S. a. I. Einhorn. II. Kolster. III. Densusianu; 8. *Traumat. Neurose;* 9. Ebstein; 11. Hartley. VI. Doran. IX. Fenayrou, Macphail. XIII. 2. *Anaesthetica, Antiseptica, Haemostatica, Verbandmittel,* Roelig. XVI. Briand. XVII. Westerman. XX. Clark, Odenius, Perrenon.

2) *Specielle Chirurgie.*

a) Kopf und Hals.

Abraham, Adolf, Die Durchschneidung d. Nervus mandibularis. Oest.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. XV. 3. p. 289.

Berend, M., Sollen wir in d. Praxis ausserhalb d. Spitals b. croupöser Larynxstenose intubiren oder tracheotomiren? Ungar. med. Presse IV. 30 u. 31.

Berezowsky, S., Untersuchungen über d. Bedingungen u. Methodik operativer Druckentlastung d. Gehirns. Deutsche Ztschr. f. Chir. LIII. 1 u. 2. p. 63.

Borbéty, S., Sollen wir in d. Praxis ausserhalb d. Spitals b. croupöser Larynxstenose intubiren oder tracheotomiren? Ungar. med. Presse IV. 30 u. 31.

Buchbinder, Hans, Ueber d. Lage u. d. Erkrankungen d. Wangenlymphdrüsen. Beitr. z. klin. Chir. XXV. 1. p. 11.

Bugge, Jens, Periostitis gummosa cranii. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 9. S. 1113.

Collins, W. J., A case of compound, comminuted, depressed, impacted fracture of the vault of the skull; wound of the dura mater; elevation by primary operation; recovery. Lancet Oct. 14. p. 1017.

Cooper, Bertram, Chronic suppuration of the accessory nasal sinuses. Lancet Aug. 5.

Delbet, Paul, Fracture parallèle du rocher; fracture à distance de la cavité buccale. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 720. Juillet.

Desnos, J., Tumeur tuberculeuse du lobe droit du cervelet; double trépanation. Lyon méd. XCII. p. 213. Oct.

Discussion on chronic suppuration of the frontal sinuses. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Eitel, G. G., Esophagotomy for the extraction of an impacted tooth-plate of 6 years and 4 months standing. Med. News LXXV. 12. p. 368. Sept.

Engdahl, E., Et Tilfälde af intradural Blödning uden Fraktur af Kraniet; Trepanation; Helbredelse. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 34. S. 829.

Eschweiler, Ein atyp. verlaufend. Fall von Sinusphlebitis. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXXV. 1 u. 2. p. 60.

Feder, Alfred, Die Tuberkulose der platten Schädelknochen, mit besond. Berücksicht. d. Kindesalters. Jahrb. f. Kinderhkde. L. 3. p. 342.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/306

Firth, J. Lacy, A case of primary sarcoma of the thyroid; thyroidectomy; relief of symptoms. Lancet Aug. 26. p. 567.

Frech, A., Ueber einen Fall von centraler epithelialer solider Oberkiefergeschwulst. Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 5 u. 6. p. 608.

Friedrich, L., Ein geheilter Fall von penetrirender Schussverletzung des Schädels. Ungar. med. Presse IV. 25.

Gangolphe et Piery, Contribution à l'étude des lésions du sinus latérale dans les traumatismes du crâne. Revue de Chir. XIX. 9. p. 227.

Goris, Evidement de la moitié de la face pour carcinome du maxillaire supérieur et de l'ethmoïde. Presse med. belge LI. 34.

Gruening, E., The mastoid operation in acute empyema and caries. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 281.

Haeckel, Gehirn- u. Nervenchirurgie auf d. diesjähr. Chirurgen-Congress. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. VI. 2. p. 148.

Hallauer, Otto, Mucocele d. Sinus frontalis. Ztschr. f. Augenhkde. II. p. 159.

Hansson, Anders, Cystis (dermoides) colli congen.; exstirpation; helsa. Hygiea LXI. 9. s. 308.

Haug, Beitrag zur Casuistik u. patholog. Histologie d. malignen Tumoren d. Schläfenbeins. Endothelcarcinom d. Schläfenbeins mit Recurrens- u. Hypoglossuslähmung; Durchbruch in die Schädelhöhle u. Vorwuchern an der Schädelbasis. Arch. f. Ohrenhkde. XLVII. 1 u. 2. p. 113.

Hegetschweiler, J., Ueber d. Empyem d. Stirnhöhle. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 15.

Hofmann, C., Ueber d. Sackdivertikel d. Oesophagus u. seine chirurg. Radikalbehandlung mit vorausgeschickter Gastrostomie. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 31.

Honsell, B., Ueber d. Pharyngotomia subhyoidea. Beitr. z. klin. Chir. XXV. 1. p. 121.

Hopmann, Weiterer Beitrag zur Operation der harten Schädelbasisfibrome ohne präliminare Operation; nebst Bemerkungen über gewisse Sprachstörungen. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 36.

Jardine, Robert, Fracture of the skull with injury to the brain. Glasgow med. Journ. LII. 3. p. 215. Sept.

Jessen, F., Zur Therapie u. Aetiologie d. Halslymphome. Centr.-Bl. f. innere Med. XX. 35.

Jonnesco, Thomas, The resection of the cervical sympathic in the treatment of epilepsy, of Basedow's disease, and glaucoma (Translated by *Willard Bartlett*). Medicine V. 8. p. 654. Aug.

Jourdan, Epilepsie; 2 trépanations; persistance des accès. Arch. de Neurol. 2. S. VIII. p. 122. Août.

Juvara, Technique des interventions sur les sympathiques cervicaux. Presse méd. VII. 73.

Küttner, H., Zur Technik ausgedehnter Lymphomexstirpationen am Halse. Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 3. p. 822.

Küttner, H., Ueber d. Lymphgefässe d. äusseren Nase u. d. zugehörigen Wangenlymphdrüsen in ihren Beziehungen zu d. Verbreitung d. Nasenkrebses. Beitr. z. klin. Chir. XXV. 1. p. 33.

Lindström, Erik, a) Defectus nasi; rhinoplastik. — b) Sarcoma parotidis; exstirpation med resection af ductus Stenonianus. Hygiea LXI. 9. s. 261. 263.

McGraw, Theodore A., A new method of reducing old dislocations of the lower jaw. New York med. Record LVI. 15. p. 511. Oct.

Malinas, Contusion de la région temporo-sourcilière (coup de cheval); fracture probable du sinus frontal; emphysème de la face, du cou et du thorax avec menace d'asphyxie; trachéotomie; guérison. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIV. 8. p. 150. Août.

Mangoldt, F. von, Ueber die Einpflanzung von Rippenknorpel in d. Kehlkopf zur Heilung schwerer Stenosen u. Defekte. Arch. f. klin. Chir. LIX. 4. p. 926.

Martin, C., De la rhinoplastic sur charpente métallique. Revue de Chir. XIX. 8. p. 189.

Meyjes, W. Posthumus, A case of glandula thyreoidea accessoria of the base of the tongue. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Milligan, W., The operative treatment of post-influenzal suppurative mastoiditis. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Montini, A., Sulla trapanazione del cranio nelle fratture, a frammenti depressi ed a tegumenti esterni integri. Gazz. degli Osped. XX. 127.

Morestin, H., Cancer du frein de la langue et du plancher de la bouche; extirpation par la voie sous-maxillaire. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 576. Juin.

Muck, Bezold'sche Mastoiditis b. Kindern. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXXV. 3. p. 220.

Mugnai, Angiolo, Estirpazione completa del ganglio di Gasser per la nevralgia del trigemino. Policlin. VI. 14. p. 285.

Nadoleczny, M., Ein Endotheliom d. Schläfenbeins. Arch. f. Ohrenhkde. XLVII. 1 u. 2. p. 126.

O'Brien, Henry L., A fracture of the inferior maxilla. New York med. Record LVI. 5. p. 157. July.

Payr, Erwin, Ueber chron. Ostitis (serosa) am Schädel. Wien. klin. Wchnschr. XII. 37.

Pilcz, Alexander, Die Behandlung d. Hydrocephalus. Centr.-Bl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. II. 17 u. 18. 19.

Reuling, George, Self-inflicted wounds in both eyes, both ears, tongue and larynx leading to thrombosis of the sinus transversus. New York med. Record LVI. 11. p. 371. Sept.

Ritter, Carl, Ein eigenartiges Fibrosarkom am Halse. Ein Beitrag zur Kenntniss d. retropharyngealen Tumoren. Virchow's Arch. CLVII. 2. p. 329.

Santi, P. R. W. de, A case of parathyroid tumour causing symptoms of malignant disease of the larynx and oesophagus; removal; recovery. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Sattler, Robert, The ocular and orbital symptoms of lesions of the frontal sinuses. Med. News LXXV. 6. p. 161. Aug.

Scheppegrell, W., Mucocele of the maxillary sinus. New York med. Record LVI. 9. p. 300. Aug.

Schiller, Arnold, Ueber d. Kropfoperationen an d. Heidelberger Klinik in d. JJ. 1888—1898. Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 3. p. 535.

Schoengut, Stefan, Ein operativ geheilter Fall von Hirnsinusthrombose otitischen Ursprungs. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 33.

Schreiter, F., Ueber d. operative u. prothet. Behandlung d. Defekte u. Difformitäten d. äusseren Nase. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XVII. 9. 10. p. 404. 470. Sept., Oct.

Spicer, Scanes, and H. Stansfield Collier, A case of sarcoma of the carotid sheath; removal of the growth together with portions of the carotid arteries, internal, jugular vein, and pneumogastric nerve; recovery. Lancet Aug. 5. p. 342.

Spiess, Gustav, Diagnosis and endonasal treatment of empyema of the frontal sinus. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Tixier, Angine de Ludwig. Lyon méd. XCI. p. 517. Août.

Torresi, Vincenzo, Gravissimo trauma della faccia. Gazz. degli Osped. XX. 127.

Tscherning, E. A., En ny Metode til at fjerne dybt siddende Farynxcancere med Bevarelse af Larynx. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 34. S. 828.

Tschudy, Carcinom d. Unterlippe; Excision u. nachherige Visirlappenplastik. Schweiz. Corr.-Bl. XIX. 16. p. 496.

Tubenthal, O., Gehirncyste als Urs. von epilept. Krämpfen; Heilung. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 31.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/307

Vautrin, A., De la rhinoplastie sur support métallique. Revue de Chir. XIX. 9. p. 278.

Waggett, Ernest, Cerebellar abscess secondary to suppurative otitis media; evacuation; recovery. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Whiting, Fred., Beitrag zum klin. Verlauf u. zur Operationstechnik d. Sinusthrombose. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXXV. 3. p. 185.

Young, Alexander, Remarks upon the operative treatment of infective thrombosis of the sigmoid sinus following chronic purulent otitis media. Glasgow med. Journ. LII. 4. p. 256. Oct.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Bietti. IV. 2. Holsti, Hoppe; 4. Dalla Rosa; 5. Potier; 8. *Basedow'sche Krankheit,* Bikeles; 9. Muck; 11. Hültl. X. *Verletzungen u. Operationen am Auge.* XI. Eichler, Mc Auliffe. XIII. 2. Phillips. XVI. Haag.

b) Wirbelsäule.

Albertin, Ponction de *Quincke* pour traumatisme de la région lombaire. Lyon méd. XCII. p. 196. Oct.

Bacon, E. K., The anatomy and physiology of the erector spinae muscle, and its bearings on spinal curvatures and their treatment. Physic. and Surg. XXI. 8. p. 373. Aug.

Bradford, E. H., and E. G. Brackett, Correction in lateral curvature. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 12. p. 277. Sept.

Burger, H., Ein Ersatz d. Corsettes. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 36.

Ewart, William, On the practical aspects of dorsal percussion and in particular of the percussion of the spine. Lancet July 29.

Goldthwait, Joel F., Osteo-arthritis of the spine: spondylitis deformans. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 6. p. 128. Aug.

Goldthwait, Joel E., Pott's paraplegia as affected by the correction of the spinal deformity. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 8. p. 184. Aug.

Hahn, Otto, Ueber d. akute infektiöse Osteomyelitis d. Wirbel. Beitr. z. klin. Chir. XXV. 1. p. 176.

Haudek, Max, Die moderne Behandlung d. Spondylitis. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 42. 43.

Heimann, Traumatische oder habituelle Skoliose? Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XVIII. 2. p. 285.

Hoffa, A., Die moderne Behandl. d. Spondylitis. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 31—34.

Könitzer, Ein Fall von Spondylitis typhosa. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 35.

Moynihan, B. G. A., A case of injury of the spinal cord. Lancet Sept. 23. p. 840.

Pietrzikowski, Eduard, Ein Beitrag zur Casuistik d. Halswirbelverletzungen. Prag. med. Wochenschr. XXIV. 38. 39.

Putnam, James J., and J. Collins Warren, The surgical treatment of tumors within the spinal canal. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 4. p. 377. Oct.

Smith, E. Noble, Fracture-dislocation of the spine. Lancet Aug. 19.

Thomas, John Jenks, 2 cases of injury of the cord resulting from fracture of the spine. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 11. p. 259. Sept.

Truslow, Walter, The class method of gymnastic treatment of lateral curvature of the spine. Med. News LXXV. 9. p. 262. Aug.

Vulpius, Oskar, Die moderne Behandl. d. Spondylitis. Centr.-Bl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. II. 17 u. 18.

Wieting, J., Zur Anatomie u. Pathologie d. Spina bifida u. Zweitheilung d. Rückenmarks. Beitr. z. klin. Chir. XXV. 1. p. 40.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* IV. 2. Faber; 7. Bregmann, Kirchgaesser, Müller, Steiner, Valentini; 8. Mann, Thomas. V. 1. Seldowitsch; 2. e. Bauer. VII. Lindfors.

c) Brust, Bauch und Becken.

Achalme et Dambrin, Gastro-entérostomie; mort 15 mois après l'opération; tuberculose pulmonaire. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 676. Juillet.

Åkerman, J., Om den operative Behandling af gangränöse Tarmbrok i Perioden 1890—98. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 37. S. 893.

Alessandri, Roberto, Sulla chirurgia delle vie biliari. Policlin. VI. 14. p. 313.

Alxne, J., Ueber Pfählungsverletzungen. Woj.-med. Shurn. 3. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Arcangeli, U., Perchè la laparotomia guarisce la peritoniti tubercolare? Policlin. VI. 17. p. 385.

Arcoleo, Eugenio, Un caso di occlusione intestinale consecutiva ad operazione di ernia strozzata; laparotomia; excisione di briglia. Gazz. degli Osped. XX. 103.

Audet, Du traitement par la laparotomie des perforations intestinales d'origine typhoïdique. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIV. 8. p. 131. Août.

Audion, P., et H. Bourgeois, 7 cas d'empyème de nécessité chez l'enfant. Revue des Mal. de l'Enf. XVII. p. 385. Sept.

Auvray, Note sur le traitement des fistules biliaires consécutives aux plaies du foie. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 594. Juin.

Auvray, Perforation du col de la vésicule biliaire; péritonite purulente généralisée; laparotomie; mort. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 771. Juillet.

Barbarin, P., Prolapsus du rectum avec hédrocèle. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 757. Juillet.

Bauer, F., a) Tuberkulos i coecum; totalexstirpation; helsa. — b) Tumör i ljumsken simulerande inklämdt bråk. Hygiea LXI. 8. s. 153. 167.

Beck, Carl, A new operation for inguinal hernia. Med. News LXXV. 12. p. 359. Sept.

Berger, Paul, Imperforation du rectum et du vagin; abouchement anormal du rectum à la fourchette; restauration de l'orifice anal; plus tard rétention menstruell et hématocolpos; rétablissement du conduit vaginal. Revue de Chir. XIX. 8. p. 133.

Bergh, C. A., a) Vulnus ictum abdominis lateris dextri cum prolapsu et laesione intestinorum; tarmsöm; reposition af tarmar; helsa. — b) Vulnera sclopetaria abdominis cum laesione costarum lateris dextri et cum perforatione pleurae dextrae. Hygiea LXI. 9. s. 297. 299.

Bidwell, Leonard A., Operations in gastric ulcer. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 3. p. 251. Sept.

Bloodgood, Jos. C., Operations on 459 cases of hernia in the Johns Hopkins hospital from June 1889 to January 1899. The special consideration of 268 cases operated on by the *Halsted* method, and the transplantation of the rectus muscle in certain cases of inguinal hernia in which the conjoined tendon is obliterated. Johns Hopkins Hosp. Rep. VII. 5—9. p. 223.

Boinet, Ed., et Ed. Delanglade, Résection d'un diverticule de Meckel atteint de perforation dans le cours d'une fièvre typhoïde. Arch. gén. N. S. II. 4. p. 476. Oct.

Boon, A., Een geval van ruptura lienis. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXIX. 3. blz. 349.

Borchgrevinck, C., Peritonäaltuberkulosens Helbredelighed. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 35. S. 851.

Borchgrevinck, Tarmstenose som Følge af Brok. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 37. S. 896.

Borelius, J., Leverkirurgi. Hosp.-Tid. 4. R. III. 34. S. 826.

Braatz, Egbert, Beckenstütze. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 31. p. 869.

Braun, Ludwig, Ueber Herzchirurgie. Centr.-Bl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. II. 17 u. 18. 20.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/308

Broman, J., Ett fall af hernia diaphragmatica vera. Hygiea LXI. 8. s. 257.

Büngner, O. von, Ueber d. Tuberkulose d. Symphysis ossium pubis. Arch. f. klin. Chir. LIX. 4. p. 892.

Cantlie, James, Suprahepatic abscess. Brit. med. Journ. Sept. 9.

Carle, Tuberculose mammaire. Gaz. hebd. XLVI. 77.

Carlson, Barthold, Tre fall af resektion å groftarmen för kräfta. Hygiea LXI. 8. s. 173.

Carlson, Barthold, Ytterligare bidrag till den diffusa variga peritonitens behandling. Hygiea LXI. 8. s. 180.

Castan, Imperforation anale; opération par la voie postérieure; guérison. Revue des Mal. de l'Enf. XVII. p. 401. Sept.

Coley, William B., The radical cure of hernia. Med. News LXXV. 10. p. 289. Sept.

Cornil, V., et E. Schwartz, Sur une tumeur du sein encapsulée, à caractères cliniques bénins chez une femme de 75 ans. Revue de Chir. XIX. 10. p. 451.

Courcoux, Plaie du poumon et du coeur. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 746. Juillet.

Couture, P., A propos d'une tumeur du rectum. Belg. méd. VI. 42. p. 481.

Cushing, Remarks upon a case of jejunal fistula. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 100. p. 136.

Cushing, Hayward W., The right-angle continuous intestinal sutures. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 3. p. 57. July.

Czerny, Vincenz, Znr Pathologie u. Behandlung d. Wurmfortsatzentzündung. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 35.

Czerny, Vincenz, Ueber d. Entstehung u. Behandlung der nach dem Bauchschnitte vorkommenden Narbenbrüche. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 10. p. 448.

Deganello, Umberto, Il ricambio materiale dell'azoto e la digestione gastrica nelle persone operate de gastroenterostomia. Rif. med. XV. 216. 218.

Delanglade, Hernies ombilicales du nouveau-né et de l'enfant. Revue d'Obstétr. XII. p. 257. Sept.

Demandre, Contusion de l'abdomen par coup de pied du mulet; perforation intestinale secondaire; mort le 40me jour. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXI. 9. p. 216. Sept.

Dembowski, Th. v., Zur Amputation des Mastdarmvorfalls. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 39.

Dembowski, Th. v., Zur Drainage d. Gallenwege. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 40.

Discussion on the treatment of hernia in children. Brit. med. Journ. Aug. 19.

Dodd, William S., Empyema saculated between the heart and the lung. New York med. Record LVI. 15. p. 515.

Dorf, S., Ein Fall von perforirenden Verletzungen d. Magens u. d. Duodenum nebst Einrissen d. Leber. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. VI. 9. p. 288.

Earle, Edw. R. C., A case of acute intestinal obstruction; laparotomy; recovery. Lancet July 29.

Eberle, A., Punktionsdrainage b. Pleuraempyem. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 16.

Edge, Fred, A case of fistula in ano treated by subcutaneous excision. Brit. med. Journ. Sept. 30. p. 851.

von Eiselsberg, Ueber Magen- u. Duodenalblutungen nach Operationen. Arch. f. klin. Chir. LIX. 4. p. 837.

Ekehorn, G., Nogle Erfaringer om Behandlingen af Empyema pleurae. Hosp,-Tid. 4. R. VII. 34. S. 827.

Ferguson, Frank C., The surgical treatment of gall stones. New York med. Record LVI. 15. p. 503. Oct.

Fitz, Reginald H., The relation of idiopathic dilatation of the colon to phantom tumor and the appropriate treatment of suitable cases of these affections by resection of the sigmoid flexure. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 2. p. 125. Aug.

Fürbringer, P., Zur Punktionstherapie d. serösen Pleuritis. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 8. p. 337.

Galin, Ueber Brüche in d. Leistengegend künstl. traumat. Ursprungs. Arch. f. klin. Chir. LX. 1. p. 104.

Géraud, Kyste hydatique du mésentère; marsupialisation. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIV. 9. p. 221. Sept.

Goullioud, Hypertrophie de l'intestin au-dessus d'un rétrécissement consécutif à une hernie réduite. Lyon méd. XCII. p. 170. Oct.

Hahn, Eugen, Ueber Pneumatosis cystoides intestinorum hominis u. einen durch Laparotomie behandelten Fall. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 40.

Hahn, Ueber Leberverletzungen. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 40. Beil.

Hahn, Florian, 2 Fälle von Verletzungen des Magendarmtractus. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 33.

Hansson, Anders, Ileus; 2 anfall; 2 laparotomier; helsa. Hygiea LXI. 9. s. 304.

Happel, Ein Fall von zweimaliger Perforationsperitonitis. Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 17. p. 579.

Harrington, Francis B., Hernia following operations for appendicitis. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 5. p. 105. Aug.

Heaton, George, A successful case of splenectomy for rupture. Brit. med. Journ. Aug. 19.

Heffenger, A. C., Hemostasis in intrapelvic surgery. New York med. Record LVI. p. 114. July.

Herczel, Em., Beitrag zur operativen Behandlung d. Pylorusstrikturen. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 38.

Herzfeld, Julius, Zur chirurg. Behandlung d. tuberkulösen Bauchfellentzündung. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. V. 2. p. 184.

Herzfeld, Gallensteinileus. Deutsche med. Wochenschr. XXV. 38. Beil.

Herzfeld, Geheilte Schussverletzung d. Magens; subphren. Abscess. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 39. Beil.

Hildebrand, Les causes de la guérison de la laparotomie. Gaz. hebd. XLVI. 61.

Hill, L. L., Hernia of the vermiform appendix. New York med. Record LVI. 9. p. 303. Aug.

Hippel, Richard v., Ein Fall von doppelter Invaginatio intestini. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 39.

Johnson, J. L., Hernia and its operative treatment. Amer. Pract. and News XXVIII. 4. p. 126. Aug.

Kaarsberg, J., 2 Tilfälde af Dermoidsvulster paa Peritonäum. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 38. S. 924.

Kaijser, Fritz, Fem fall af gastro-enterostomia antecolica anterior enl. *Roux*. Hygiea LXI. 9. s. 285.

Karewski, F.. Ueber primären retroperitonäalen Bauch-Echinococcus. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 33.

Kay, Thomas, A case of abdominal section for acute intestinal obstruction. Glasgow med. Journ. LII. 3. p. 198. Sept.

Kermauner, Fritz, Ein Alveolarsarkom des Kreuzbeins. Wien. klin. Wchnschr. XII. 38.

Kidd, H. Cameron, A case of strangulated inguinal hernia in an infant aged 3 months; radical cure; recovery. Lancet Oct. 14. p. 1016.

Killian, Otto, Ueber Hernien u. d. Indikationsstellung zur Operation. New Yorker med. Mon.-Schr. XI. 7. p. 315. Juli.

Kissel, A. A., Zur Behandl. d. eitrigen Pleuritiden b. Kindern nach d. Methode Prof. *Lewaschew's*. Jahrb. f. Kinderhkde. L. 1 u. 2. p. 51.

Klien, R., Die prothet. u. operative Behandlung d. Nabel- u. Bauchbrüche Erwachsener (mit Bezugnahme auf d. Bauchnaht). Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 3. p. 357.

Kocher, Theodor, Die Taxation eines Unfallbruches. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 17.

Kocher, Theodor, Totalexstirpation d. Magens mit Darmresektion combinirt. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 37.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/309

Koeppelin, Plaies par armes à feu du thorax; expectation; guérison. Lyon méd. XCI. p. 449. Juillet.

Koeppelin, Cholécystotomie. Lyon méd. XCI. p. 486. Août.

Koeppelin, Cancer du cardia; gastrostomie par un procédé spécial. Lyon méd. XCII. p. 19. Sept.

Körte, W., a) Operativ behandelte Peritonitis. — b) Magenresektion. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 39. Beil.

Kolbe. Ein seltener Fall von innerer Verletzung d. Brusthöhle. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 34.

Kozlowsky, B., Abnorme Bauchfellfalten u. ein Fall von Hernia interna retrovesicalis incarcerata. Virchow's Arch. CLVII. 1. p. 191.

Krabbel, Ueber Milzexstirpation wegen subcutaner Zerreissung des Organs. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 36.

Krogius, Ali, Ein Fall von multiplen stenosirenden Darmtumoren tuberkulöser Natur; dreifache Darmresektion mit glücklichem Ausgange. Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 5 u. 6. p. 613.

Krogius, Ali, Casuist. Beitrag zur Kenntniss d. Dermoidcysten d. Beckenbindegewebes. Arch. f. klin. Chir. LXI. 1. p. 48.

Krogius, Ali, Om den kirurgiske Behandling af de fra Processus vermiformis udgaaende diffuse purulente Peritoniter. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 37. S. 896.

Lambret, L'ablation du cancer [de l'estomac]. Echo méd. III. 35.

Le Goïc, Crises appendicitiformes survenues après l'opération. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIV. 10. p. 317. Oct.

le Maire, M., Zur Behandlung d. Papilla fissurata. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 32.

Lennander, K. G., Ueber Ausräumung d. Lymphdrüsen in d. Leiste u. längs d. Vasa iliaca u. d. Vasa obturatoria in einer Operation. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 37.

Lereboullet, P., Cancer du rectum; noyeau secondaire de la peau. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 542. Juin.

Letulle, Maurice, Rupture du côlon ascendant par diastasis; examen microscopique. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 588. Juin.

Letulle, Kyste chyleux du mésentère. Presse méd. VII. 59.

Liermann, W., Vaginale Mastdarmoperationen. Beitr. z. klin. Chir. XXV. 1. p. 89.

Lilienthal, Howard, Constricting adenoma of the hepatic flexure; recovery after extensive resection of the colon. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 227.

Lindfors, O. A., Till mamillarsvulsternas kasuistik. Eira XXIII. 18.

Lindström, Erik, a) Fall af gallstensileus. — b) Cancer pylori; gastroenterostomia. — c) Stenosis pylori cum dilatatione ventriculi (ulcus); gastroenterostomia. — d) Tre fall af tuberkulös peritonit; laparotomi. Hygiea LXI. 9. s. 266. 267. 268. 270.

Livingstone, T. Hillhouse, Strangulated inguinal Richters hernia with hydrocele of the sac. Lancet Oct. 7.

Luys, Georges, Perforations du colon ascendant au cours d'une occlusion intestinale chronique par cancer de l'S iliaque. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 585. Juin.

Maasland, H., Bijdrage tot de behandeling van in den darm doorgebroken leverabscessen. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXIX. 3. blz. 275.

Macartney, Duncan, A case of hydrocele of the sac of a femoral hernia. Lancet Sept. 9.

Mc Cormack, A. T., The closure of the abdominal section after laparotomy. Amer. Pract. and News XVIII. 3. p. 81. Aug.

Maiss, E., Zur Plastik nach Amputation einer carcinomatösen Mamma. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 40.

Malbot, Henry, Les abcès du foie en Algérie, et particulièrement leur traitement avec un nouveau mode de fixation pariétale du foie. Arch. gén. N. S. II. 2. p. 173. Août.

Mandl, Jakob, Ein Fall von Einklemmung eines plötzlich entstandenen rechtseit. Leistenbruchs. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 37.

Manges, Morris, Acute pancreatitis; disseminated fat necrosis of omentum and peritoneum; laparotomy; recovery. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 69.

Manges, Morris, Multiple carcinosis of bones secondary to carcinoma of breast. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 84.

Marcussen, E., Et tilfälde af ulcera ventriculi og sammes fölgetilstande, behandlet med gastro-jejunostomi. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 8. S. 1049.

Martin, James S., A foreign body in the rectum. Lancet July 29. p. 278.

Maunsell, Charles B., 2 vascular tumours of abdominal wall. Dubl. Journ. CVIII. p. 286. Oct.

Maydl, Ueber operative Heilung d. Magenkrebses auf Grund von 25 radikal operirten Fällen. Wien. klin. Rundschau XIII. 38.

Maylard, A. E., Case of gastrorrhaphy for dilated stomach. Glasgow med. Journ. LII. 2. p. 131. Aug.

Ménier, Fracture du petit bassin avec diastasis des symphyses sacro-iliaques. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 582. Juin.

Mériel, Recherche extemporanée des trous sacrés postérieurs au point de vue chirurgical. Revue de Chir. XIX. 8. p. 204.

Morestin, H., Adénite para-inguinale. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 742. Juillet.

Morisani, Domenico, Ueber einen neuen operativen Invaginationsprocess b. geradlinigen Darmanastomosen. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 32.

Morison, Rutherford, Pyloroplasty. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 2. p. 140. Aug.

Mühsam, Rich., Beiträge zur Differentialdiagnose d. Appendicitis. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 31.

Munro, John C., Empyema from a surgical standpoint. Med. News LXXV. 10. p. 301. Sept.

Murfree, J. B., Penetrating wounds of the chest. Medicine V. 10. p. 801. Oct.

Nash, J., Accident rupture of the smaal intestine. Dubl. Journ. CVIII. p. 135. Aug.

Neumann, Alfred, Ueber d. im Krankenhause Friedrichshain von 1880—1898 beobachteten Pfählungen. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 33.

Nicolaysen, Johan, Efterundersögelser om Virkningen af kirurgiske Indgreb ved Mavesaar. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 38. S. 921.

Niebergall, Ueber d. Begriff d. erweiterten äusseren Leistenrings. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXVIII. 8 u. 9. p. 483.

O'Connor, John, Acquired oblique inguinal hernia. Lancet Aug. 26.

O'Connor, John, Appendicitis. Glasgow med. Journ. LII. 3. p. 186. Sept.

Olshausen, R., Ueber Bauchwandtumoren, spec. über Desmoide. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XLI. 2. p. 271.

Olssen, Oskar E., a) Cholecystitis acuta; peritonitis sero-purulenta, abscessus subphrenicus et pleuritis exsudativa dextra. — b) Volvulus et gangraena coeci et coli ascendentis. — c) Hernia inguinalis dextra et volvulus mesenterii cum gangraena intestini. — d) Reduction en masse af en hernia inguinalis incarcerata. Hygiea LXI. 9. s. 273. 280—282.

Pagenstecher, Durch d. Naht geheilte Wunde des linken Ventrikels, ein Beitrag zur Herzchirurgie. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 32.

Pagenstecher, Ernst, Die chirurg. Behandl. des Duodenalgeschwürs. Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 5 u. 6. p. 541.

Parry, T. Wilson, A case of herniotomy in a

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/310

septuagenarian following immediately on an attack of hypostatic pneumonia. Lancet July 29. p. 278.

Pech, Contusions de l'abdomen par coup de pied du cheval. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIV. 9. p. 204. Sept.

Perman, E. S., Operativ Behandling af Pylorusstenosen. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 38. s. 922.

Pernitza, E., Perforirender Bauchschuss; Laparotomie; Heilung. Wien. klin. Wchnschr. XII. 36.

Petersen. Walther, Ueber d. chirurg. Behandlung gutartiger Magenkrankheiten. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 397.

Power, D'Arcy, A case of strangulated inguinal hernia in an infant aged $10^1/_2$ months; operation; recovery. Lancet Sept. 30. p. 889.

Powers, Charles A., Wound of the urinary tract during an operation for acute appendicitis; spontaneous closure of the urinary fistula. Med. News LXXV. 14. p. 427. Sept.

Prins, K., De uitzetting der long na de empyeemoperatie. Nederl. Weekbl. II. 7.

Prutz, W., Mittheilungen über Ileus. Arch. f. klin. Chir. LX. 2. p. 323.

Ramoino, G. P., Rara forma di occlusione temporanea del piloro. Gazz. degli Osped. XX. 91.

Rehn, Darmverstopfung durch eine Mullcompresse. Arch. f. klin. Chir. LX. 2. p. 296.

Rehn, Gallenstein-Ileus. Arch. f. klin. Chir. LX. 2. p. 305.

Reid, A case of volvulus of the small intestine; laparotomy; recovery. Lancet Sept. 30.

Renvers, Ueber Blinddarmerkrankung. Arch. f. klin. Chir. LX. 2. p. 290.

Revillod, L., Modes de guérison de l'appendicite. Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 8. p. 539. Août.

Riedel, Ueber d. sogen. Frühoperation b. Appendicitis purulenta, resp. gangraenosa. Berl. klin. Wochenschr. XXXVI. 33. 34.

Riemsdijk, A van, De diagnose van holten in de long met het oog op de indicatie tot pneumotomie. Nederl. Weekbl. II. 15.

Riese, H., Ueber einen durch Laparotomie geheilten Fall von Hernia ileocoecalis incarcerata. Arch. f. klin. Chir. LX. 1. p. 92.

Rol, Giuseppe, e Domenico Pomara, A proposito di una ferita del polmone. Gazz. degli Osped. XX. 121.

Rovsing, Thorkild, Et Tilfälde af medfödt timeglasformet Ventrikel, helbredet ved Gastroplastik. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 32.

Rovsing, Thorkild, Om Gastroptosen og dens operative Behandling. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 35.

Rutkowski, Max, Zur Technik d. Gastroenterostomie. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 39.

Savariaud, Coexistance sur le même sujet d'une hernie de la fosse iliaque, de 2 hernies obturatrices et d'une hernie crurale. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 573. Juin.

Scharlau, Barnim, 6 cases of chronic empyema operated after *Delorme's* method. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 105.

Scheer, W. J. van der, Perforeerende buikwond met darmprolaps. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXIX. 4. blz. 489.

Schiller, Karl, Kirurgisk kasuistik från länslassarettet i Falköping unter år 1898. [Några operationer för godartade ventrikelåkommor.] Upsala läkarefören. förhandl. N. S. IV. 8 o. 9. s. 572.

Schou, Jens, Den moderne Ventrikelkirurgi. Ugeskr. f. Läger 5. R. VI. 42.

Schrapf, Hernie inguino-vaginale étranglée avec sac propéritonéal; kélotomie; mort. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIV. 9. p. 226. Sept.

Schrötter, Hermann von, Zur Kenntniss der Gasabscesse der Bauchwand. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 30. — Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 374.

Schuchardt, Karl, Ueber d. Exstirpation d. krebs. Mastdarms u. d. Flexura sigmoidea. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 34.

Schwarz, Exstirpation eines um seine Achse mehrfach gedrehten Milztumors. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 31.

Seeligmann, Ludwig, Ueber d. Drainage nach Laparotomien mit schweren Complikationen. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 39.

Segàle, G. B., Resezione intestinale ed enteroanastomosi in estirpazione di tumore del mesenterio ed in ernia entero-epiploica gangrenata. Gazz. degli Osped. XX. 127.

Sengensse, B., Appendicite aiguë avec abcès enkysté du péritoine chez un enfant de 11 ans. Ann. de la Policlin. de Bord. XI. 8. p. 126. Août.

Sherill, George, Bullet wounds of intestine; operation; recovery. New York med. News LVI. 15. p. 518. Oct.

Sikora, Pierre, Les perforations mécaniques du gros intestin. Gaz. des Hôp. 99.

Simon, Otto, Ein Fall von rechtseit. Chylothorax u. Lymphangiektasie am linken Bein. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. V. 2. p. 224.

Skultecki, Ernesto, La distrazione sacro-iliaca. Gazz. degli Osped. XX. 94.

Smith, Henry, A case of strangulated right inguinal and scrotal hernia; laparotomy; recovery. Lancet Aug. 5. p. 341.

Smith, Stanley Kellett, Hernia and civilisation. Brit. med. Journ. Sept. 16. p. 751.

Sneguireff, V., 1001 laparotomies; autoplastie dans les opérations abdominales. Revue de Chir. XIX. 9. p. 249.

Snow, Herbert, Large intra-cystic mammary sarcoma removed by operation. Brit. gynaecol. Journ. LVIII. p. 157. Aug.

Sörensen, Ueber einige Fälle von stenosirenden Darmcarcinomen. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 42. Beil.

Sommer, H. Otto, An abdomino-sacral method for the removed of rectal carcinoma. New York med. Record LVI. 7. p. 217. Aug.

Staplu, D., Angebornes Fehlen d. Anus; plast. Operation u. Ersatz d. Sphinkters mit Hülfe d. Glutäalmuskeln. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 36.

Steele, E. A. T., A case of strangulated inguinal hernia, of coecum and vermiform appendix, in a child 6 weeks old, successfully treated by operation. Lancet July 29. p. 279.

Steinthal, Ueber einige Indikationen zum chirurg. Eingreifen b. d. Gallensteinkrankheit. Württemb. Corr.-Bl. LXIX. 33. 34.

Ström, H., Om Resultaterne af 50 Operationer for Galdesten. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 34. S. 826.

Sturrock, Charles A., An operation for the radical cure for hernia. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 4. p. 353. Oct.

Sudeck, P., Ueber d. Behandlung des nicht tuberkulösen Totalempyems mit d. *Schede'*schen Thoraxresektion. Beitr. z. klin. Chir. XXV. 1. p. 111.

Sultan, G., Ueber resorbirbare Darmknöpfe. Arch. f. klin. Chir. LIX. 4. p. 848.

Symonds, Horatio P., 6 cases of operation for appendicitis. Lancet July 29.

Terrier, Félix, et Marcel Baudouin, Des divers procédés d'occlusion du tube digestif. Revue de Chir. XIX. 10. p. 369.

Theilhaber, A., Die operative Behandl. d. tuberkulösen Peritonitis. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 3. p. 314.

Thomson, G. Ritchie, Case of intestinal ob-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/311

struction; volvulus and internal hernia, successfully operated on. Glasgow med. Journ. LII. 2. p. 123. Aug.

Thomson, Robert, Case of ruptured gastric ulcer; recovery. Lancet Aug. 19.

Trendelenburg, F., Ueb. Milzexstirpation wegen Zerreissung d. Milz durch stumpfe Gewalt u. über d. Laparotomie b. schweren Bauchcontusionen überhaupt. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 40. 41.

Trzebicki, Rudolf, Zur Radikaloperation der Leistenbrüche nach *Kocher*. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 38.

Trzebicki, Rudolf, Zur Gastroenterostomie nach *Podres*. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 39. p. 1072.

Tuffier, Calcul de l'uretère ou de l'appendice. Semaine méd. XIX. 34.

Vallas, La laparotomie dans le traitement de la péritonite aiguë. Lyon méd. XCI. p. 451. Juillet.

Vanverts, J.. De la cure radicale de la hernie inguinale sans fils perdus, en particulier par le procédé de *Villar*. Echo méd. du Nord III. 43.

Villard, Pylorectomie et gastrectomie. Lyon méd. XCII. p. 169. Oct.

Walker, Frank B., Sutural closure of visceral wounds. Physic. and Surg. XXI. 7. p. 332. July.

Wehr, Victor, Ueber eine neue Methode der Brustkorberöffnung zur Blosslegung d. Herzens. Arch. f. klin. Chir. LIX. 4. p. 948.

Wehr, Victor, Ueber Herznaht u. Herzwandresektion. Arch. f. klin. Chir. LIX. 4. p. 953.

Weiller, L., Un cas d'absence congénitale de l'anus. Presse méd. VII. 71.

Wörner, Beobachtungen aus der Abdominalchirurgie. Württemb. Corr.-Bl. LXIX. 36.

Wörner, Moderne Bruchoperationen. Württemb. Corr.-Bl. LXIX. 37—39.

Wunderlich, Otto, Ueber d. Misserfolge d. operativen Behandl. d. Bauchfelltuberkulose. Arch. f. Gynäkol. LIX. 1. p. 216.

Wyman. Hal C., Gall-stone surgery. Physic. and Surg. XXI. 7. p. 318. July.

Zondek, M., Beitrag zur Lehre von den Blasenhernien. Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 5 u. 6. p. 584.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Auvray, Deguy, Katzenstein, Krogius. IV. 2. Maurange; 4. Bluckett, Boas; 5. Bernard; 12. Abée. V. 2. a. Hofmann. VI. *Operationen an d. weibl. Genitalien,* Duehrssen. VII. *Geburtshülfl. Operationen.* XIII. 2. Batsch, Gastinel. XVI. Stern, Stucki.

d) Harnorgane und männl. Geschlechtsorgane.

Adenot, Myome de la prostate; prostatectomie. Lyon méd. XCI. p. 556. Août.

Åkerblom, W., Den operative Behandling af Ectopia testis. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 34. S. 821. V. a. 38. S. 925.

Albertin, Résection bilatérale de la branche périnéale du nerf honteux interne dans la cystite douloureuse. Lyon méd. XCII. p. 230. Oct.

Annequin, Considérations sur le varicocèle et sur sa cure chirurgicale par un nouveau procédé de simple résection bilatérale du scrotum. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIV. 8. 9. p. 89. 177. Août, Sept.

Auché et W. Binaud, Sur un cas de leucokératose du gland et d'épithélioma du prépuce. Bull. de l'Acad. 3. S. XLII. 34. p. 299. Oct. 10.

Auvray, Anurie d'origine calculeuse; destruction du rein du côté opposé à l'oblitération urétérale. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 597. Juin.

Auvray et Pascal, Epithéliome du fourreau de la verge; extirpation du fourreau; conservation du gland et des corps caverneux; guérison. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 646. Juin.

Barbiani, Guido, Il lavaggio della vescica urinaria in rapporto all'assoribimento. Rif. med. XV. 186.

Baudet, R., De l'ablation de la prostate hypertrophiée par la voie périnéale. Gaz. hebd. XLVI. 63.

Bell, Walter L., A case of abdominal nephrectomy for renal calculus. Brit. med. Journ. July 29.

Benjamin, Maxwell, Ritual circumcision. New York med. Record LVI. 11. p. 394. Sept.

Berg, J., Bidrag til Spörgsmaalet om Ureters Behandling ved Operation for Nyretuberkulose. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 38. S. 923.

Bergh, C. A., Ren mobilis et hydronephrosis intermittens; nephrorrhaphia; helsa. Hygiea LXI. 9. s. 298.

Beuttner, Oscar, Nouveaux instruments dans la domaine de l'urologie. Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 8. p. 535. Août.

Boari, Achille, La uretero-cisto-neostomia (ossia l'innesto dell'uretero sulla vescica). Policlin. VI. 14. p. 289.

Brackel, A. von, Ein Fall von solitärer Nierencyste. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. 250. Chir. 75.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. Lex.-8. 12 S. 75 Pf.

Branth, J. H., Demonstration of 2 cases of exstrophy of the bladder, with suggestion for a new operation. New York med. Record LVI. 12. p. 408. Sept.

Cabot, Follen, The neglect of sexual symptoms in the treatment of the male genito-urinary organs. New York med. Record LVI. 14. p. 471. Sept.

Castellana, Giuseppe, Tubercolosi cronica-massiva ematogena del rene destro; nefrectomia. Rif. med. XVII. 201. 202.

Castellano, Giuseppe, Uretroplastica e chiusura dell' orifizio vaginale in un caso d'ipospadia perineale con criptorchidia e vagina rudimentale bifida. Rif. med. XV. 212—215.

Cerné, A., De la fabrication des cathéters souples. Presse méd. VII. 59.

Clark, A. Campbell, and Henry E. Clark, Neurectomy a preventive of masturbation. Lancet Sept. 23.

Cropper, J., Suprapubic drainage in perineal fistula. Lancet Aug. 5. p. 341.

Deanesly, Edward, Remarks on the treatment of impermeable stricture of the urethra by excision of the strictured segment and suture of the divided ends. Brit. med. Journ. July 29.

Desnos, E., Sur un cas de résection de la prostate. Presse méd. VII. 73.

D'Urso, Gaspare, ed Achille De Fabii, Chirurgia dell'uretere. Ricerche sperimentali. Nota preventiva. Suppl. al Policlin. V. 40. p. 1249.

Elliott, W. M., A case of elephantiasis scroti complicated by a large hernia; operation; recovery. Lancet Sept. 23.

Englisch, Jos., Ueber Periurethritis. Berlin u. Wien. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. 64 S. — Wien. med. Presse XL. 20—25. 27. 29—32.

Fagan, Pathological conditions of the tunica vaginalis testis. Dubl. Journ. CVIII. p. 286. Oct.

Floderus, Björn, Njurtuberkulosens radikalbehandling. Hygiea LXI. 7. s. 1.

Fluhrer, William F., Statistics of the genito-urinary department. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 232.

Fluhrer, William F., 3 cases of prostatectomy. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 232.

Fossard, Calcul du bassinet et des calices. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 643. Juin.

Frisch, A. von, Die Krankheiten d. Prostata. [Spec. Pathol. u. Ther., herausgeg. von *Hermann Nothnagel.* XIX. Bd., II. Theil, 3. Heft.] Wien. Alfred Hölder. Gr. 8. VII u. 259 S. 5 Mk. 20 Pf.

Garrel, Alexis, Cystostomie sus-pubienne pour septicémie urinaire des plus graves, d'origine prostatique; guérison. Gaz. des Hôp. 95.

Goldberg, B., Tumor vesicae urinariae et Strictura callosa congenita (?) praeputiobalanourethralis. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 31.

Goldberg, B., Zur Technik d. örtl. Harnröhren-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/312

behandlung mit Flüssigkeiten. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 31.

Gübbenet, W., Zur Casuistik d. Nierenchirurgie. Woj.-med. Shurn. 2. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Guépin, A., Prostatites et hypertrophie sénile de la prostate. Gaz. des Hôp. 116.

Guitéras, Ramon, A report of 12 cases of prostatic hypertrophy benefited by the *Bottini* operation. New York med. Record LVI. 5. p. 115. July.

Hahn, A., Blasenstein um Fremdkörper. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 63.

Harrison, Reginald, On some structural varieties of the enlarged prostate, relative to its treatment. Lancet Aug. 5.

Herring, Herbert T., An effective treatment of vesical haemorrhage when caused by papillomatous growths. Brit. med. Journ. July 29.

Hill, L. L., Retention of the testicles. Med. News LXXV. 7. p. 202. Aug.

Kaijser, Fritz, Tumor renis; nephrectomia. Hygiea LXI. 9. s. 296.

Kalabin, J., Zur Frage d. Implantation d. Ureteren. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 35.

Kapsammer, Georg, Ueber primäre Prostatatuberkulose. Wien. klin. Wchnschr. XII. 42.

Kelynack, T. N., The pathology of renal tumours. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 3. p. 233. Sept.

Kennan, Richard H., Note on a case of obliteration of the male urethra. Brit. med. Journ. July 29.

Kornfeld, H., Zurücktreten der Hoden in die Bauchhöhle durch Verletzung. Memorabilien XLII. 6. p. 321.

Krahn, Ueber einen Fall von sekundärer Hydronephrose in Folge von Blasenpapillom. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 39.

Krogius, A., Om kronisk Prostatit og Bakteriuri. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 33. S. 809.

Loch, Heinrich, Harnröhrencapacität u. Tripperspritzen. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 31.

Longuet, L., Un cas de thrombophlébite du cordon, traité par la phlébectomie. Presse méd. VII. 75.

Lotheissen, Georg, Ueb. Uretertransplantation. Wien. klin. Wchnschr. XII. 36.

Loumeau, E., Fragment de bougie en gomme élastique resté dans la vessie; facile extraction par les voies naturelles. Ann. de la Policlin. de Bord. XI. 7. p. 109. Juillet.

Loumeau, E., Sur 2 cas de tumeurs de la vessie enlevées par la taille hypogastrique. Ann. de la Policlin. de Bord. XI. 9. p. 129. Sept.

Maclaren, Murray, Extraction of ligatures from the bladder. Brit. med. Journ. July 29.

Marcille, Un cas d'anurie calculeuse. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 600. Juin.

Martin, A., Zur Ureterenchirurgie. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 4. p. 446.

Miller, Albert, The evils of ritual practice of circumcision. New York med. Record LVI. 9. p. 302. Aug.

Newman, Robert, *Bottini's* operation and other treatment of the enlarged prostate. Med. News LXXV. 13. p. 397. Sept.

Nicoll, J. H., Vesical calculi removed by lithotomy from prostatic patients, aged 78, 80 and 85 respectively. Glasgow med. Journ. LII. 3. p. 202. Sept.

Noguès, Paul, u. Melville Wassermann, Ueber einen Fall von Infektion d. hintern Harnröhre u. d. Prostata durch eine besondere Mikroorganismenform. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 11 u. 12.

Nuesse, Die Endresultate operativer Verfahren b. Ectopia vesicae. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 31.

Pel, P. K., Anuria calculosa. Nederl. Weekbl. II. 8.

Petit, Jean, et Prosper Merklen, Gangrènes des organes génitaux externes de l'homme. Gaz. des Hôp. 91.

Platow, L'épididymo-funiculectomie; de sa valeur dans le traitement de la tuberculose testiculaire. Presse méd. VII. 71.

Reach, D., Ueber d. Aetiologie d. Cystitis. Ungar. med. Presse IV. 34 u. 35.

Reynolds, Edward, Tuberculosis of the kidney as an indication for nephrectomy. Med. News LXXV. 7. p. 199. Aug.

Rochet, Procédé nouveau pour la restauration de l'urèthre dans l'hypospadie. Lyon méd. XCII. p. 24. Sept.

Rovsing, Th., Skyggesider ved *Bottini's* Operation for Prostatahypertrofi. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 33. S. 809.

Rovsing, Th., Exstirpation af Epididymis ved Tuberkulose. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 34. S. 822.

Schön, Theodor, Ein altes Recept gegen d. Stein. Württemb. Corr.-Bl. LXIX. 41.

Smyth, R. Milner, Virility of cryptorchids. Lancet Sept. 16. p. 785.

Stinson, J. Coplin, Nephrorrhaphy and stripping of the appendix through a lumbarincision for right floating kidney and painful appendix. New York med. Record LVI. 13. p. 444. Sept.

Stratz, C. H., u. R. de Josselin de Jong, Nephrektomie wegen Nierengeschwulst. Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. V. 2. p. 175.

Summers, John H., Nephro-ureterectomy for traumatic haemato-hydro-nephro-ureterosis. New York med. Record LVI. 5. p. 156. July.

Tappey, Ernest T., Ureteral fistula. Physic. and Surg. XXI. 8. p. 368. Aug.

Tschudy, a) Nierentuberkulose; Nephrektomie. — b) Beidseitige grosse Nierenbeckensteine; Nephrotomie. Schweiz. Corr.-Bl. XIX. 16. p. 499. 500.

Tuffier, Th., Les varicocèles et leur traitement. Presse méd. VII. 75.

Twarjanowitsch, J., Ein Fall eines Urethralsteines. Woj.-med. Shurn. 2. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Vaccari, L., 2 casi di rottura traumatica dell'uretra perineo-bulbare. Gazz. degli Osped. XX. 124.

Vandenbossche, De l'hématocèle spontanée de la tunique vaginale. Gaz. des Hôp. 115. 116.

Vetlesen, H. J., Endel tilfälde af enuresis diurna med bemerkninger om aarsagsforholde og behandling. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 10. S. 1291.

Watten, Zur operativen Behandlung d. Eichelhypospadie. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 38.

Webber, H. W., and H. A. Duffett, Unilateral castration for prostatic enlargement in a man aged 87 years; atrophy of the prostate. Lancet Aug. 2.

Wolff, Richard, Die bösartigen Geschwülste d. Prostata, insbes. über d. Carcinome derselben. Deutsche Ztschr. f. Chir. LIII. 1 u. 2. p. 126.

Wuhrmann, F., Beitrag zur Pathologie u. Diagnose d. Ren mobilis. Deutsche Ztschr. f. Chir. LIII. 1 u. 2. p. 197.

S. a. I. Vertun. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Mc Weeny, Maximow, Munch, Stoerk. IV. 2. Audard; 5. Rosenbach; 10. Ciauri; 11. Werler, Zeissl. V. 2. c. Powers, Tuffier, Zondek. VI. Amann, Kauffmann, Maiss, Sacquépée, Smithson, Vallas. VIII. Ausset. IX. Faucher. XIII. 2. Bettmann, Mesnard.

e) Extremitäten.

Auvray, Fractures multiples d'une omoplate; expériences cadavériques relatives aux fractures de l'omoplate. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 699. Juillet.

Batut, Fractures compliquées de la jambe. Lyon méd. XCII. p. 96. Sept.

Bauer, F., Luxation af peroneussenorna samt dubbelsidig supramalleolarfraktur; reposition af senorna efter incision. Hygiea LXI. 8. s. 164.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/313

Bauer, F., Ischias scoliotica, behandlad med blodig tänjning af nervus ischiadicus; helsa. Hygiea LXI. 8. s. 171.

Bennet, Dislocation of the metatarsus on the tarsus. Dubl. Journ. CVIII. p. 284. Oct.

Berger, P., Fractures du corps du femur. Presse méd. VII. 60.

Biagi, Nello, e Jader Bruchi, Di un nuovo metodo di cura delle varici degli arti inferiori. Supplem. al Policlin. V. 42. p. 1313.

Bier, August, Operationstechnik f. tragfähige Amputationsstümpfe. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 35.

Borchardt, M., Sarcoma ossium pedis. Arch. f. klin. Chir. LIX. 4. p. 909.

Brooks jr., W. A., Operations in the treatment of palmar abscess. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 6. p. 133. Aug.

Bruck, Felix, Gummiluftkissen f. Krampfaderschmerzen. Aerztl. Polytechn. 9.

Brunner, Alfred, Beitrag zur Behandl. d. Unterschenkelgeschwüre. Wien. med. Presse XL. 38.

Calot, Peut-on guérir les tumeurs blanches en conservant la mobilité des articulations. Presse med. VII. 77.

Carrel-Ballard, Ostéo-sarcome de l'extrémité inférieure du fémur. Lyon méd. XCI. p. 557. Août.

Cavazzani, Tito, Ein neues Verfahren f. d. Resektion d. Ellbogengelenks. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 42.

Cipriani, A. G., Ein sehr prakt. Verfahren zur Heilung d. Unterschenkelgeschwürs. Therap. Monatsh. XIII. 8. p. 436.

Clarke, J. Jackson, An operation for hammer-toe. Brit. med. Journ. Oct. 14. p. 1009.

Courtney, J. E., A case of complete external dislocation of the patellae. New York med. Record LVI. 5. p. 160. July.

Croly, Henry Gray, Chronic (circumscribed) abscess in tibia. Dubl. Journ. CVIII. p. 140. Aug.

Croly, Henry Gray, Dislocations and fractures of the astragalus. Dubl. Journ. CVIII. p. 241. Oct.

Delbet, Paul, Fracture intra-capsulaire du col fémoral. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 719. Juillet.

Delore, Xavier, Note sur un botryomycome occupant le bord cubital de la main droite. Gaz. hebd. XLVI. 72.

Delore, Xavier, De la voûte du pied au point de vue de l'anatomie, de la race, de l'art et de son aplatissement. Lyon méd. XCII. p. 223. Oct.

Descos, Rétraction cicatricielle de l'avant-bras. Lyon méd. XCII. p. 167. Oct.

Destot, Fractures spontanées des métatarsiens. Lyon méd. XCI. p. 482. Août.

Duplay, Synovite chronique des gaînes des tendons fléchisseurs; kyste à grains riziformes du poignet et de la main. Presse méd. VII. 81.

Ebert, Zur Behandlung mit *Volkmann*'schen Extensionsverbänden. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 31. Beil.

Elmgren, Aug., Ett fall af Luxatio claviculae supra-acromialis completa behandladt med operation. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 9. s. 1057.

Féré, Ch., Note sur la rétraction de l'aponévrose plantaire. Revue de Chir. XIX. 9. p. 272.

Forssel, W., Behandling af den akute Suppuration i Haandens volare Seneskeder. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 38. S. 925.

Gangolphe, Ostéomyélite infectieuse de la diaphyse de l'humérus droit par staphylococques. Lyon méd. XCII. p. 25. Sept.

Graff, Ueber Klumpfussredressement. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 41. Beil.

Gross, Heinrich, Der erworbene Hochstand d. Scapula. Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 3. p. 810.

Guibal, Présentation de 5 rotules atteintes de tuberculose primitive. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 620. Juin.

Guibal, Déplacement des surfaces articulaires du genou dans la tumeur blanche. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 623. Juin.

Hansmann, C., Universal-Vorderarm-Extensions- u. Lagerungsschiene. Aerztl. Polytechn. 9.

Haycock, H. E., A case of complete antero-posterior dislocation of both knees. Lancet Aug. 5. p. 342.

Heermann, Ueber mechan. Behandlung von Unterschenkelgeschwüren. Deutsche med. Wchnschr. XX. 37. Beil.

Heimann, Aus d. Unfallpraxis [Verletzungen d. Fusses u. d. Oberarmes]. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 42.

Heldenbergh, C., Des conditions requises pour réaliser un bon appareil de contention des fractures de cuisse. Belg. méd. VI. 36. p. 289.

Henry, John Norman, A case of 2 distinct fractures occurring in the same patella at an interval of 8 months. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 2. p. 183. Aug.

Hilgenreiner, Heinrich, Ueber d. osteoplast. u. intercondylären Oberschenkelamputationen nach *Ssabanejeff* u. *Abrashonow*. Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 3. p. 761.

Hoffa, A., Die moderne Bekämpfung des Klumpfusses. München. Seitz u. Schauer. Gr. 8. 22 S. mit Abbild. 1 Mk. 80 Pf.

Hogarth, R. G., 2 cases of severe subcutaneous injury to the peroneal nerve; operation. Lancet July 29.

Hollis, W. Ainslie, Pedal malformation from an evolutionary standpoint. Lancet Oct. 14.

Honsell, B., Doppelseit. Hochstand d. Schulterblätter. Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 3. p. 815.

Joachimsthal, Ueber Coxa vara traumatica infantum. Arch. f. klin. Chir. LX. 1. p. 71.

Isaacs, A. E., Excision of the hip; with skiagraph taken after 5 years. New York med. Record LVI. 15. p. 517. Oct.

Judson, A. B., The management of the deformity of hip-disease. Lancet Sept. 30.

Judson, A. B., A further view of the management of the deformity of hip disease. New York med. Record LVI. 14. p. 469. Sept.

Keiler, Arnold, Ein Beitrag zur Sehnenplastik b. Lähmungen. Chir. Centr.-Bl. XXVI. 42.

Kendirdjy, Léon, 2 cas de luxation totale de l'astragale, avec plaie; astragalectomie. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 744. Juillet.

Knott, *Hey's* internal derangement of the knee-joint. Dubl. Journ. CVIII. p. 221. Sept.

Kölliker, Ueber erworbenen Hochstand d. Scapula. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 34. p. 1130.

Könitzer, Zur totalen Entfernung d. knöchernen Schultergürtels. Deutsche Ztschr. f. Chir. LII. 5 u. 6. p. 594.

Kronacher, a) Die Verletzungen d. kleinen Röhrenknochen, spec. Frakturen. — b) Zur *Wladimirow-Mikulicz*'schen Fussgelenkresektion. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. II. 6. p. 207. 212.

Lauenstein, Carl, a) Luxation d. Os lunatum nach d. Vola zu nebst Fraktur d. Proc. styloideus von Radius u. Ulna. — b) Ein Fall von Caries sicca des Schultergelenks im Röntgenbilde. — c) Ein Fall von Bruch d. chirurg. Halses d. Oberarms u. gleichzeitiger Knochenabsprengung. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. II. 6. p. 218. 219.

Léri, Sarcomes mélaniques, primitivement localisés au membre inférieur, puis généralisés dans la plupart des organes. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 709. Juillet.

Lorenz, Adolf, Ueber d. bisher. Erfahrungen mit d. unblut. Einrenkung d. angeb. Hüftgelenksluxation. Therap. Monatsh. XIII. 8. 9. p. 413. 496.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/314

Lotheissen, Georg, Ueber d. Zerreissungen im Streckapparat d. Kniegelenks. Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 3. p. 673.

McKenzi, B. E., Some salient points in the treatment of hip-disease. Med. News LXXV. 6. p. 164. Aug.

Mackiewicz, Ostéo-arthrite du coude consécutive à un traumatisme; résection; guérison par néarthrose. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIV. 9. p. 211. Sept.

Manley, Thomas H., On the rôle of primary and secondary osteoplastic surgery in the treatment of complicated or compound fractures of the extremities. New York med. Record LVI. 8. p. 254. Aug.

Monnier, Note pour servir à l'histoire des fractures de la rotule chez l'enfant et notamment de leur traitement par la suture metallique. Gaz. des Hôp. 87.

Morestin, H., Sarcome du pouce. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 528. Juin.

Morestin, H., Anévrysme du pli de coude (anévrysme traumatique circonscrit faux primitif) traité avec succès par l'extirpation. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 562. Juin.

Moser, W., The pulsatory hand and foot. New York med. Record LVI. 16. p. 514. Oct.

Nichols, J. B., The histology of *Dupuytren's* contraction of the palmar fascia. Med. News LXXV. 16. p. 491. Oct.

Nicolaysen, Julius, Resultaterne af Behandling af Fractura colli femoris ved Nagling. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 35. S. 853.

Nicoll, J. H., Case of double club foot with club hand, illustrating the remedial effects of operative treatment. Glasgow med. Journ. LII. 3. p. 200. Sept.

Nissen, Unfall u. Osteomyelitis d. Schlüsselbeins. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. VI. 8. p. 251.

Nové-Josserand, Luxation congénitale du femur; réduction par la méthode de *Lorenz*. Lyon méd. XCII. p. 170. Oct.

O'Conor, John, The surgical treatment of varicose veins. Lancet Oct. 14.

Ollier, Carpalgie des adolescents. Lyon méd. XCI. p. 426. Août.

Oschmann, A., Ueber d. operative Behandlung d. tuberkulösen Ellenbogengelenks u. ihre Endresultate. Auf Grund d. Materials aus d. Klinik u. Privatklinik d. Herrn Prof. Dr. *Kocher* zu Bern von 1872 bis 1897 incl. Arch. f. klin. Chir. LX. 1. 2. p. 177. 397.

Parry, T. Wilson, A case of congenital in-crowing toe-nails. Lancet Oct. 14. p. 1016.

Potel, Arthropathie symétrique des coudes paraissant consécutive à une fracture de la base du crâne. Echo méd. du Nord III. 37.

Potel, Etude sur le genu recurvatum consécutif à la coxalgie et sur le déplacement cunéen de la rotule. Presse méd. VII. 73.

Purdon, H. S., Trade callosities. Dubl. Journ. CVIII. p. 173. Sept.

Riedel, Alfred, Der Gips-Gehverband in der Praxis. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 37.

Riethus, G., Ueber Verletzungen d. N. radialis b. Humerusfrakturen u. ihre operative Behandlung. Beitr. z. klin. Chir. XXIV. 3. p. 703.

Robson, A. W. Mayo, Interscapulo-thoracic amputation. Lancet July 29.

Rockey, A. E., A method of maintening approximation after Colles' fracture by short lateral splints without pressure on the tendons or interference with the circulation. New York med. Record LVI. 5. p. 159. July.

Roll, J., Bidrag til klumpfodens behandling. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 9. S. 1160.

Sacquépée, E., Lipome du pouce. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 612. Juin.

Salistschef, E. G., Exarticulatio interileo-abdominalis. Arch. f. klin. Chir. LX. 1. p. 57.

Schloffer, Hermann, Zur Osteoplastik b. Defekten d. Tibia. Beitr. z. klin. Chir. XXV. 1. p. 76.

Spencer, W. G., A case of extensive gummatous disease around the femur and the hip-joint with chronic periostitis of the linea aspera; amputation; recovery. Lancet Oct. 7. p. 962.

Sprengel, Ueber einen operirten u. einen nicht operirten Fall von Coxa vara traumatica. Arch. f. klin. Chir. LIX. 4. p. 937.

Stinson, J. Coplin, Fracture of the femur, complicated by X ray burn. Med. News LXXV. 15. p. 463. Oct.

Trnka, Die subcutanen Frakturen d. Metatarsalknochen. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 41.

Tschudy, a) Genu valgum. — b) Verkrümmung eines anfängl. gut geheilten frakturirten Oberschenkels. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 16. p. 497. 498.

Tubby, A. H., An operation for the relief of contraction of the forearm and hand following infantile hemiplegia. Brit. med. Journ. Aug. 19.

Vallas, Traitement des fractures de la rotule par la suture de la capsule. Revue de Chir. XIX. 10. p. 419.

Walsham, W. J., On the operative treatment of various internal derangements of the knee-joint. Brit. med. Journ. July 29.

Whitman, Royal, Further observations on the treatment of congenital dislocation of the hip. Med. News LXXV. 15. p. 449. Oct.

Young, James K., Congenital dislocation of the knee. Univers. med. Mag. XI. 12. p. 735. Sept.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* IV. 7. Valentini; 8. Cappelen; 11. Abée. V. 2. c. Simon. XIV. 2. Giertson.

VI. Gynäkologie.

Abel, Karl, Die mikroskop. Technik u. Diagnostik in d. gynäkol. Praxis. Berlin 1900. Aug. Hirschwald. Gr. 8. XIV u. 202 S. mit 73 Abbild. im Texte. 5 Mk. 60 Pf.

Abel, Ueber eine eigenthüml. Gestaltsveränderung d. Ovarien (Ovarium gyratum). Arch. f. Gynäkol. LIX. 1. p. 22.

Aichel, Otto, Beitrag zur Gonorrhöe der Geschlechtstheile d. neugeb. Mädchens. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. II. 1. p. 281.

Amann jun., Jos. Alb., Ueber Neueinpflanzungen d. Ureters in d. Blase auf abdominalem Wege zur Heilung von Ureter-Cervikalfisteln. Münchn. med. Wochenschr. XLVI. 34.

Amann jun., J. A., Ueber Totalexstirpation d. carcinomatösen Vagina, zugleich mit myomatösem Uterus, rechtseit. Ovarial-Cystosarkom u. linkseit. Ovarialcystom in continuo. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 4. p. 457.

Baldy, J. M., Traitement chirurgical des fibromes. Ann. de Gynécol. LII. p. 138. Août, Sept.

Bantock, G. Granville, A plea for conservative gynaecology. Brit. med. Journ. Aug. 12.

Beiträge zur Geburtshülfe u. Gynäkologie. Red. von *A. Hegar*. II. 1. Leipzig. Arthur Georgi. Gr. 8. S. 155—321 mit 2 Tafeln. 8 Mk. 60 Pf.

Beuttner, Oscar, Vom internationalen Gynäkologencongress in Amsterdam. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 34. 35. 37.

Beuttner, Oscar, Erbrechen kaffeesatzartiger Massen nach gynäkol.-geburtshülfl. Narkosen. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 18.

Beyea, Henry D., The technique of the operation of celiotomy as practised at the University Hospital and the report of 137 consecutive celiotomies performed at the University and Gynécéan Hospitals, with 3 deaths. Univers. med. Mag. XII. 1. p. 15. Oct.

Boise, Eugene, The technique of *Alexander's* operation. Physic. and Surg. XXI. 7. p. 316. July.

Bonney, W. F. Victor, The after-treatment and

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/315

post-operative complications of coeliotomy for pelvic disease in women. Lancet Aug. 5.

Bowker, C. Stanser, A case of extra-uterine fibroid; abdominal section; recovery. Lancet Sept. 9. p. 718.

Boyd, Stanley, The interaction between the ovaries and the mammary gland. Brit. med. Journ. Sept. 30.

Brettauer, J., Vaginal coeliotomy for diseases of the appendages. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 272.

Brocchi, A propos de l'hystérectomie. Bull. de Thér. CXXXVIII. 8. p. 300. Août 30.

Bröse, Paul, Ueber d. vaginale Radikaloperation b. Beckenabscessen u. entzündlichen Adnexerkrankungen. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XLI. 2. p. 175. 320. 323.

Brothers, A., Concealed menstruation. New York med. Record LVI. 8. p. 260. Aug.

Calmann, Adolf, Die Diagnose u. Behandlung d. Gonorrhöe b. Weibe. Dermatol. Ztschr. VI. 4. p. 433.

Campbell, John, 2 year's work at the Samaritan hospital for women, Belfast. Dubl. Journ. CVIII. p. 224. Sept.

Cavazzani, Guido, Simpatectomia del plesso utero-ovarico. Gazz. degli Osped. XX. 112.

Cerf, Léon, A quels signes un médecin peut-il affirmer qu'une femme ne peut plus concevoir? Ann. d'Hyg. 3. S. XLII. 4. p. 306. Oct.

Cohn, Ueber d. Dauererfolge nach vollständ. oder theilweiser Entfernung der Gebärmutteranhänge. Arch. f. Gynäkol. LIX. 1. p. 24.

Congrès international de gynécologie et d'obstétrique, Amsterdam, 8 au 12 août 1899. Ann. d'Gynécol. LII. p. 165. Août, Sept. — Presse méd. VII. 64—68. — Semaine méd. XIX. 36. — Gaz. hebd. XLVI. 66. — Gaz. des Hôp. 96.

Coulonjou, Sur l'aménorrhée d'origine nerveuse. Arch. de Neurol. 2. S. VIII. p. 285. Oct.

Cumston, Ch. G., La technique de l'antisepsie et de l'asepsie en chirurgie gynécologique. Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 9. p. 575. Sept.

Czempin, Präparat von vaginaler Radikaloperation. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XLI. 2. p. 321.

Davenport, F. H., Case of sarcoma of the uterus. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 9. p. 214. Aug.

Dienst, Arthur, Ueber Sarcoma cysticum ovarii. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 62.

Discussion on the natural menopause compared with the menopause produced by removal of the uterine appendages and the menopause produced by the removal of the uterus without removal of the appendages. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Don, W. Walton, A case of inversion of the uterus. Brit. gynaecol. Journ. LVIII. p. 242. Aug.

Doran, Alban, On gynecology in relation to surgery. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 107.

Doran, Alban, Fibroid of the broad ligament weighing 44½ pounds (20 kg), removed by enucleation; recovery. With table and analysis of 39 cases. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 173.

Duehrssen, A., Ueber gleichzeit. Erkrankungen d. Wurmfortsatzes u. d. weibl. Beckenorgane. Arch. f. klin. Chir. LIX. 4. p. 921.

Dührssen, A., Die Vermeidung von Geburtsstörungen nach Vaginofixation. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 36.

Faure, J. L., L'hystérectomie abdominale totale dans les suppurations annexielles. Gaz. des Hôp. 100.

Fest, Francis T. B., Die Entwickelung d. Trachelorrhaphie in den verein. Staaten von Nordamerika. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 2. p. 207.

Flatau, S., Klinische u. experiment. Beiträge zur Atmokausis uteri. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 3. p. 337.

Folet, Mort foudroyante par embolie à la suite d'hystérectomie abdominale guérie; symptômes révélateurs d'une embolie menaçante. Echo méd. du Nord III. 35.

Fossard, Sarcome globo-cellulaire, à point de départ ovarien, avec généralisation. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 760. Juillet.

Fürst, Camillo, Uterusretroversionen u. chron. Adnexentzündungen in Folge körperl. Anstrengungen. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. 253, Gynäkol. 91.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. Lex.-8. 14 S. 75 Pf.

Fürst, Livius, Verstopfung als Complikation von Frauenkrankheiten. Wien. med. Presse XL. 36.

Funke, A., Unsere Erfolge der Radikaloperation perforirter Pyosalpingen. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. II. 1. p. 260.

Gilliam, D. Tod, An enormous ovarian cystoma. New York med. Record LVI. 6. p. 205. Aug.

Glass, James H., Vaginal colpotomy in the treatment of pelvic disease. Med. News LXXV. 6. p. 167. Aug.

Goffe, J. Riddle, Vaginal coeliotomy. Med. News LXXV. 15. p. 461. Oct.

Gosset, A., et E. Reymond, Salpingo-ovarite à pédicule tordu; laparotomie; guérison. Ann. de Gynécol. LII. p. 21. Juillet.

Gouillioud, Une cause d'occlusion intestinale spéciale aux fibromes. Ann. de Gynécol. LII. p. 154. Août, Sept.

Gould, Pearce, 2 cases of papillomatous cysts [of the ovary]. Lancet Aug. 19. p. 490.

Greanellé, William J., A pipe stem in utero. New York med. Record LVI. 13. p. 447. Sept.

Griffith, Sarcoma of the uterus. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 232.

Günzburger, Ein Fall von spontan geplatztem Kystoma glandulare myxomatosum ovarii dextri mit doppelseit. Dermoidcysten u. sekundärem Pseudomyxoma peritonaei. Arch. f. Gynäkol. LIX. 1. p. 1.

Guérard, H. A. von, Totalexstirpation d. Uterus, indicirt durch Beschwerden in Folge von Atmokausis. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 35.

Hahn, A., a) Ein Fall von Echinococcus d. Beckenbindegewebes. — b) Steinbildung b. Colpocleisis rectalis. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 63.

Halban, Josef, Ueber Belastungstherapie. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 2. p. 126.

Hall, J. Basil, A case of persistent warty growth of the vulva (epithelioma?), associated with pruritus vulvae. Lancet Oct. 7.

Hartmann, Henri, Quelques réflexions à propos de 40 cas de castration abdominale totale pour annexites. Ann. de Gynécol. LII. p. 1. Juillet.

Hartmann, Henri, Valeur relative de l'antisepsie et des perfectionnements de la technique dans les résultats actuels de la gynécologie opératoire. Ann. de Gynécol. LII. p. 146. Août, Sept. — Gez. hebd. XLVI. 70.

Hotman de Villiers et Wlaeff, Sur l'étiologie d'une hémorrhagie vaginale chez une jeune fille. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 750. Juillet.

Jaboulay, L'hystérectomie sus-pubienne totale sous-péritonéale. Lyon méd. XCII. p. 37. Sept.

Jardine, Robert, Fibroid tumour and uterus removed by *Porro's* operation. Glasgow med. Journ. LII. 3. p. 213. Sept.

Jenkins, Thomas W., Cases of prolapse of the uterus and vagina. Glasgow med. Journ. LII. 2. p. 117. Aug.

Jessett, F. Bowreman, Remarks on the operative treatment of malignant disease of the breast and uterus. Brit. gynaecol. Journ. LVIII. p. 227. Aug.

Jonnesco, Th., La castration abdominale totale pour lésions septiques utéro-annexelles. Arch. des Sc. méd. IV. 3 et 4. p. 159. Mai—Juillet.

Kauffmann, Entfernung einer Haarnadel aus der Harnblase. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XLI. 2. p. 287.

Kelly, Howard A., A new method of treating complete tear of the rectovaginal septum by turning

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/316

down an apron in the rectum and by buried suture through the sphincter muscle. Med. News LXXV. 11. p. 334. Sept.

Kelly, J.K., Gynaecology 150 years ago. Glasgow med. Journ. LII. 2. p. 103. Aug.

Kelly, J. K., Clinical gynecology. Glasgow med. Journ. LII. 4. p. 247. Oct.

Kinkead, R. J., Imperforate hymen (?). Dubl. Journ. CVIII. p. 174. Sept.

Korda, J., Die Anwendung d. *Schleich*'schen Verfahrens b. gynäkolog. Operationen. Ungar. med. Presse IV. 30 u. 31.

Krogius, Ali, Bidrag till kännedomen om dermoidysterna i bäckenbindväfven. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 8. s. 968.

Küstner, Otto, Peritonäale Sepsis u. Shock. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 40.

Laroyenne, Traitement opératoire de la cystocèle vaginale par un procédé spéciale de cysto-hystéropéxie. Gaz. des Hôp. 100.

Lawrie, J. Macpherson, 50 consecutive coeliotomies for diseases of the uterus and appendages, with 48 recoveries. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Lea, Arnold W. W., 10 cases of vaginal hysterectomy. Lancet Aug. 12.

Lea, W. W., Haematosalpinx in a chronically inflamed Fallopian tube. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 140.

Lebedeff et P. Barteszewicz, De la variabilité des dimensions du bassin suivant différentes attitudes du corps. Ann. de Gynécol. LII. p. 118. Août, Sept.

Lesser, Monae, Ventral fixation of the round ligaments for retroversion and prolapsus uteri. New York med. Record LVI. 16. p. 551. Oct.

Leuret, A., Cancer du col de l'utérus coïncidant avec un fibrome du corps. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 738. Juillet.

Löffler, Robert, Ueber primäre Tuberkulose d. Ovarien. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 35.

Longuet, L., De la chirurgie conservatrice dans le traitement des fibromes utérines (myomectomies et polypectomies). Progrès méd. 3. S. X. 35.

Longuet, L., De la technique de l'hystérectomie vaginale totale pour fibromes utérins. De la suppression radicale du morcellement. Progrès méd. 3. S. X. 36.

Longyear, Howard W., The operation of shortening the round ligaments for the cure of retrodisplacement and prolapse of the uterus. Physic. and Surg. XXI. 7. p. 320. July.

Mackay, E. H., A case of myxosarcoma of the uterus and vagina. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 9. p. 213. Aug.

Madden, Thomas Moore, On the treatment of uterine cancer. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Maiss, Heilung einer Blasenscheidenfistel durch d. Sectio alta. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 35.

Malcolm, Tumour closely simulating a papillomatous ovarian cystoma attached to the front of the bladder and quite separate from both ovaries. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 226.

Malins, Edward, A case of sudden extrusion of uterine fibroid simulating inversion of the uterus. Lancet July 29. p. 277.

Marshall, Balfour, Notes on a case of carcinoma cervicis; vaginal hysterectomy by *Doyen's* clamp method. Glasgow med. Journ. LII. 3. p. 204. Sept.

Marshall, Balfour, 2 cases of maldevelopment of the genital tract in married women; one due to occlusion of the lower third of vagina with retained menses (cryptomenorrhoea), the other to absence of upper two-thirds of vagina, uterus, and adnexa. Glasgow med. Journ. LII. 3. p. 207. Sept.

Martin, A., Zum Spätbefinden Ovariotomirter. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. 255, Gynäkol. 92.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. Lex.-8. 12 S. 75 Pf. — Deutsche med. Wchnschr. XXV. 28. Beil.

Martin, James N., Some excerpts and deductions from the records of gynecological cases. Physic. and Surg. XXI. 7. p. 311. July.

Martin, James N., Report of a case of marked disturbance of the digestive tract caused by an undeveloped uterus. Physic. and Surg. XXI. 8. p. 315. Aug.

Mauclaire, P., L'hystérectomie abdominale totale avec évidement pelvien est-elle un traitement radical du cancer utérin. Presse méd. VII. 76.

Mendes de Leon, General disorders originating in disease of the female pelvic organs. Brit. gynaecol. Journ. LVIII. p. 209. Aug.

Mirabeau, Sigmund, Perithelioma ovarii cysticum. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 4. p. 462.

Mixter, S. J., A case of sarcoma of the uterus; repeated operations; recurrence; death. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 9. p. 212. Aug.

Mueller, Arthur, 71. Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte zu München. Abtheilung f. Geburtshülfe u. Gynäkologie. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 40. 41. 42.

Mundé, Paul F., Gynécological service. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 238.

Murgue, Fibrome utérin; hystérectomie. Lyon méd. XCII. p. 165. Oct.

Nairne, J. Stuart, The influence of prolonged standing in the production of womens diseases. Brit. med. Journ. Sept. 2.

Neugebauer, Franz, Eine Uteruscyste seltener Art, entfernt auf d. Wege d. Bauchschnitts mit Uterusamputation. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 34.

Nijhoff, G. C., De behandeling van klimakterische en post-klimakterische bloedingen. Nederl. Weekbl. II. 10.

Nilsen, J. R., Sterility in women. Post-Graduate XIV. 8. p. 616. Aug.

Odebrecht, Langer Bestand eines Uteruscarcinoms. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XLI. 2. p. 322.

Oker-Blom, Max, Uterus duplex separatus. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 35.

Olsson, Oskar E., a) Myoma uteri. — b) Fibroma lipomatosum uteri. Hygiea LXI. 9. s. 282. 283.

Parsons, J. Inglis, 16 cases of procidentia and 2 of prolapse of the uterus treated by a new method. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Pepere, Alberto, Le cisti dell'ovaia. Policlin. VI. 18. p. 412.

Pincus, Ludwig, Ueber Neuerungen in d. Technik d. Atmokausis u. einige bemerkenswerthe Ergebnisse. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 33.

Pitha, W., Zur Diagnose u. Aetiologie d. Ovarialabscesse. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 2. p. 141.

Pit'ha, W., Einige Bemerkungen zur Vaporisationsfrage. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 33.

Pitt-Taylor, F. S., Irreducible hernia of Fallopian tube and ovary in a child; operation; recovery. Brit. med. Journ. Sept. 30. p. 853.

Purslow, Cyst of the broad ligament. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 169.

Queirel, Un cas d'inversion utérine aiguë spontanée. Ann. de Gynécol. LII. p. 36. Juillet.

Ricard, Hystérectomie abdominale totale. Gaz. hebd. XLVI. 84. — Gaz. des Hôp. 117.

Roberts, C. Hubert, A second case of primary carcinoma of the Fallopian tube. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 129.

Roberts, C. Hubert, Notes of a case of a large retro-peritoneal fibroid undergoing suppuration. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 213.

Robin, Albert, Traitement hydro-minéral dans les maladies des femmes. Bull. de Thér. CXXXVIII. 4—8. p. 124. 161. 203. 251. 288. Juillet 30.—Août 30.

Routh, Amand, On the interaction between the ovaries and the mammary glands. Brit. med. Journ. Sept. 30.

Rubinstein, H., Ueber das Verhalten des Uterus

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/317

nach d. Exstirpation beider Ovarien u. nach ihrer Transplantation an eine andere Stelle d. Bauchhöhle. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XVI. 31.

Ruge, P., Cervixmyom bei einer 22jähr. Virgo. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XLI. 2. p. 341.

Sacquépée, E., Fistule vésico-vaginale par épithéliome de la vessie propagé à l'intestin grêle. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 607. Juin.

Schaeffer, Oskar, Ueber artificielle Muttermundsektopien, hervorgerufen durch Pessare, ein Beitrag zu d. Kenntniss von d. Funktion u. Struktur d. Portio vaginalis u. d. Scheidengewölbes. Münchn. med. Wochenschr. XLVI. 32. 33.

Schaeffer, Oskar, Neueste Methoden zur Bekämpfung akuter, sowie häufig auftretender Metrorrhagien. München. Seitz u. Schauer. Gr. 8. 33 S. 1 Mk. 50 Pf.

Schaller, L., Zur Bedeutung, Behandl. u. Prophylaxe d. Retroflexio uteri. Württemb. Corr.-Bl. LXIX. 30.

Schauta, F., Ueber d. Einschränkung d. abdominalen Adnexoperationen zu Gunsten d. vaginalen Radikaloperation. Arch. f. Gynäkol. LIX. 1. p. 49.

Schiller, Hermann, Kommen auf d. Schleimhäuten d. Genitalorgane d. Frau Gonokokken vor, ohne dass klin. Erscheinungen von Gonorrhöe vorhanden sind? Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 41.

Schlutius, K., Vaporisatio uteri. Wien. med. Presse XL. 42.

Schmid, Max, Ein Fall von strangförmiger Vaginalatresie mit Hämatokolpos u. Hämatometra. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 34.

Schmidt, O., Ueber einen Fall von Metritis dissecans. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 64.

Schücking, A., Die vaginale Fixation bei Retroflexio u. Prolapsus uteri. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 31.

Smithson, Oliver, A case of retention of urine caused by retained menstrual fluid. Lancet Sept. 9. p. 719.

Schülein, Wilhelm, Beitrag zur Castration b. Fibromyomen. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 38.

Schütz, Jacob, Wann ist b. gynäkolog. Erkrankungen eine operative Behandlung indicirt? Wien. med. Presse XL. 32.

Sippel, Albert, Drainage u. Peritonitis. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 4. p. 476.

Smyly, W. J., 3 myomatous uteri removed per vaginam by *Doyen's* method. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 96.

Stapler, Desider, Zur Vaporisationsfrage. Nebst Bemerkungen von *Ludwig Pincus*. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 33.

Stevens, A case of membranous vaginitis in which the bacillus coli communis was found. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 228.

Stolz, Max, Beitrag zu d. cyst. Bildungen an d. Tube. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 2. p. 175.

Stouffs, Hystérectomie vaginale dans un cas de prolapsus utérin irréductible ; guérison. Presse méd. belge LI. 41.

Strassmann, P., Primäres Scheidensarkom beim Kinde. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XLI. 2. p. 338.

Stratz, C. H., Colpotomia lateralis. (Vorläuf. Mittheil.) Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 38.

Sutton, J. Bland, An unusual example of rupture of an ovarian adenoma. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 98.

Talbot, Robert Bancker, The operation of coeliotomy. New York med. Record LVI. 7. p. 226. Aug.

Targett, J. H., Fibromyoma of vagina (anterior wall). Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 100.

Targett, J. H., 2 cases of double tuberculous pyosalpinx. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 163.

Taylor, J. W., The treatment of gonorrhoeal salpingitis. Brit. gynaecol. Journ. LVIII. p. 160. Aug.

Thiem, C., Eileitervereiterung ist keine Unfallfolge. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. VI. 9. p. 298.

Tipper, Ernest H., and Arthur E. Philipps, A case of ovariotomy. Lancet Oct. 7.

Tournay, De l'hystérectomie totale abdominale pour fibromyomes volumineux. Presse méd. belge LI. 34. 39.

Treub, Hector, Discours d'ouverture: 3me congrès international de gynécologie et d'obstétrique. Nederl. Weekbl. II. 7.

Turrazza, Guido, Cisti ovarica suppurata. Rif. med. XV. 180. 181.

Vallas, Fistule vésico-vaginale consécutive à une hystérectomie totale pour fibromes. Lyon méd. XCII. p. 195. Oct.

Vanverts, J., De la dilatation digitale extemporanée du col de l'utérus. Echo méd. du Nord III. 38.

Wallgren, Axel, Ein Fall von Typhusinfektion einer Ovarialcyste. Arch. f. Gynäkol. LIX. 1. p. 15.

Wathen, William H., The infrapubic route in surgery of the uterus and its adnexa. Med. News LXXV. 5. p. 134. July.

Weill, L., La chirurgie abdominale en Allemagne (laparotomie, myomotomie, operation des annexes). Ann. de Gynécol. LII. p. 26. Juillet.

Whitney, William F., Sarcoma of the uterus. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 9. p. 216. Aug.

Wiener, Gustav, Ein Fibromyom d. Ovarium. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. II. 1. p. 288.

Willard, De Forest, and S. M. Wilson, Ovarian multilocular cystic tumor, existing for 35 years without destroying life, the woman dying from influenzal bronchitis at the aye of 74 years. Univers. med. Mag. XI. 11. p. 641. Aug.

Winckel, F. von, Ueber die Eintheilung, Entstehung u. Benennung d. Bildungshemmungen d. weibl. Sexualorgane. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. 251 u. 252, Gynäkol. 90. 91.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. Lex.-8. 40 S. 1 Mk. 50 Pf.

Winter, Adolf, Ein Fall von Achsendrehung d. Uterus bei linkseit Kystoma ovarii mit Verlagerung des Tumors auf d. rechte Seite. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 39.

Wormser, E., Zur Pathologie u. Therapie d. postoperativen Ileus. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 3. p. 279.

Zepler, G., Eine Modifikation d. Röhrenspeculum: Geschlitztes Speculum. Doppelschlitzspeculum. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 39. 41.

S. a. I. Panzer. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Eden, Munch, Sellheim. IV. 2. Lartigau; 11. Shaw. V. 2. c. *Krankheiten d. Mamma.* XIII. 2. Gottschalk, Thiemich. XIV. 3. Zimmern.

VII. Geburtshülfe.

Alvord, A. W., The surgical treatment of puerperal sepsis. Physic. and Surg. XXI. 6. p. 269. June.

Audion, P., Grossesse tubaire non rompue, gauche; lésions annexielles bilatérales et symétriques. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 740. Juillet.

Avellis, Georg, Die Beziehung der Laryngitis sicca chron. zur Schwangerschaft. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXIII. 8.

Bachimont, A., De la puériculture intra-utérine, et en particulier de la puériculture intra-utérine au cours des grossesses gémellaires. Revue d'Obstétr. XII. p. 193. Juillet—Août.

Benckiser, Alfred, Ueber Tumoren als Geburtshindernisse. Bad. ärztl. Mittheil. LIII. 18.

Bouffe de Saint-Blaise, G., Du diagnostic des auto-intoxications de la grossesse et de leur traitement. Revue d'Obstétr. XII. p. 217. Juillet—Août.

Beuttner, Oscar, a) Ein Fall von inficirtem Abortus, geheilt vermittels d. Atmokausis. — II. Ein Fall von puerperaler Streptokokkeninfektion, geheilt mit *Marmorek*'schem Serum, nebst einigen Bemerkungen zur

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/318

Puerperalfieberdiskussion d. deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Berlin. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 33.

Black, Malcolm, 3 year's induction of premature labour for contracted pelvis in the Glasgow Maternity Hospital. Glasgow med. Journ. LII. 2. p. 81. Aug.

Bossi, L. M., Sulla fisiologia e sulla patologia della gravidanza nei giorni corrispondenti ai periodi mestruali. Gazz. degli Osped. XX. 91.

Brocchi, Traitement des vomissements de la grossesse. Bull. de Thér. CXXXVIII. 8. p. 297. Août 30.

Budin, Pierre, Les consultations de nourrissons. Bull. de l'Acad. 3. S. XLII. 30. p. 194. Juillet 25. — Progrès méd. 3. S. X. 31.

Burckhardt, Otto, Ueber Fäulnissfieber im Wochenbett. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. II. 1. p. 193.

Caillé, Augustus, The management of breast milk. Post-Graduate XIV. 9. p. 692. Sept.

Cameron, Murdoch, Rupture of the uterus at full term; missed labour and delivery 9 weeks later. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Dakin, W. R., Fibro-myoma spontaneously enucleated during labour. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 105.

Delore, La môle vésiculaire est produite par un enchondrome du placenta. Bull. de l'Acad. 3. S. XLII. 30. p. 215. Juillet 25.

Diehl, J. C., Ueber Purpura in puerperio. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XLI. 2. p. 218.

Dietrich, Selmar, Kaiserschnitt nach Vaginofixatio uteri. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 32.

Dirmoser, Eduard, Hyperemesis gravidarum als Autointoxikation gedacht. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 41.

Discussion on the treatment of fever following delivery. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Doktor, Kaiserschnitt b. Sepsis. Arch. f. Gynäkol. LIX. 1. p. 200.

Doléris, Septicémie gazeuse, d'origine puerpérale. Semaine méd. XIX. 37.

Drejer, Om hyperemesis gravidarum. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 9. S. 1118.

Dührssen, A., Zur Behandl. d. retinirten Placenta b. Fehlgeburten. Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 18. p. 609.

Duse, Gustavo, L'albumina acetosolubile nelle urine di una gestante. Gazz. degli Osped. XX. 106.

Ehlers, Zur Statistik d. Puerperalfiebers. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XLI. 2. p. 346. 351.

Engström, Otto, Till kännedomen om behandlingen af de icke puerperale gynastresierna med konsekutiv retention af mentrualblod vid enkel utero-vaginalkanal. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 7. S. 821.

Espenmüller, W., Ueber operative Behandl. d. Schwangerschaft ausserhalb d. Gebärmutter b. lebendem Kinde. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. II. 1. p. 155.

Fabre et Patel, De l'influence de la syphilis postconceptionnelle sur le placenta et le foetus. Arch. de Méd. expérim. XI. 5. p. 614. Sept.

Ferenczi, Alexander, Uterus didelphys; Gravidität in d. einen Uterus. Ungar. med. Presse IV. 36 u. 37.

Fuchs, Otto, Ueber einen Fall von Sectio caesarea nach Vaginofixation. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 32.

Funke, A., Zur Casuistik d. Extrauteringravidität. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. II. 1. p. 273.

Galabin, Tubal abortion. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 170.

Gasser, Herman, A safe and simple method of removing the placenta. New York med. Record LVI. 6. p. 207. Aug.

Gilles de la Tourette, Diagnostic de l'affection dite chorée des femmes enceintes. Semaine méd. XIX. 39.

Gossett, Walker Bourne, The use of chloroform in labor. Amer. Pract. and News XXVIII. 3. p. 84. Aug.

Griffith, Walter S. A., and T. W. Eden, Notes of a case of puerperal eclampsie with a description of a 5 weeks ovum removed in a subsequent pregnancy. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 151.

Grimsdale, T. B., A case of puerperal septicaemia in which antistreptococcus serum was used with success. Lancet Sept. 9. p. 719.

Halban, Josef, Beitrag zur Kenntniss der Geburten b. Uterus bicornis unicollis. Arch. f. Gynäkol. LIX. 1. p. 188.

Hansson, Anders, a) Partus gravis; kejsarsnitt; död. — b) Rakitiskt bäcken; perforation. Hygiea LXI. 9. s. 300. 303.

Hegele, a) Künstl. Frühgeburt oder Entziehungskur? — b) Verzögerte Zwillingsgeburt. Württemb. Corr.-Bl. LXIX. 32.

Herz, Emanuel, Ein unzweifelhafter Fall von Ueberfruchtung (Superfoetatio). Wien. med. Presse XL. 36. 37. 38.

Hill, Edmund E., The report of a case of puerperal eclampsia with complications. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 8. p. 191. Aug.

Hillmann, H., Ein Fall von Sectio caesarea ausgeführt wegen Eklampsie. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 2. p. 193.

Hoeven, P. C. T. van der, Hydrorrhoea gravidarum. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 3. p. 329.

Hübl, Hugo, Ueber eine vaginale Totalexstirpation eines rupturirten Uterus vom 6. Lunarmonate b. einem hochgradig verengten osteomalac. Becken. Wien. klin. Wchnschr. XII. 34.

Hübl, Hugo, Ueber d. queren Fundusschnitt nach *Fritsch*. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 4. p. 417.

Jaboulay, Grossesse utérine après hystérectomie supra-vaginale; accouchement artificiel par la cicatrice abdominale au 7me. mois; guérison. Gaz. des Hôp. 109.

Jardine, Robert, Case of incomplete rupture of uterus, showing the retraction ring. Glasgow med. Journ. LII. 3. p. 211. Sept.

Jarrett, Elizabeth, The induction of premature labor in cases of albuminuria. New York med. Record LVI. 14. p. 474. Sept.

Jenkins, Thomas W., Gynaecologia: I. 2 cases of rupture of the uterus. — II. Dilatation of uterus after incomplete abortion. Glasgow med. Journ. LII. 2. p. 113. Aug.

Jörgensen, Christian, Et Tilfälde af Deciduoma malignum. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 33.

Jörgensen, S., Om eklampsiens ätiologi og terapi. Tidsskr. f. d. norske lägeforen. XIX. 16. S. 547.

Joubert and Hubert M. Earle, A case of rupture of the gravid uterus; abdominal section and removal of foetus and universally adherent placenta; enterectomy; recovery. Lancet July 29. p. 279.

Kallmorgen, Geburtsstörungen nach vorausgegangener Vaginofixation als Indikation zum Kaiserschnitt. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XLI. 2. p. 280.

Kerr, John M. Munro, The bacillus coli communis in puerperal septicaemia. Glasgow med. Journ. LII. 3. p. 174. Sept.

Knepper, Ein Fall von Sturzgeburt b. einer 43jähr. Erstgebärenden. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XVIII. 2. p. 279.

Kuehne, Fritz, Beitrag zur Lehre von d. Hyperemesis gravidarum. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 4. p. 432.

Lea, Arnold W., 2 cases of puerperal septicaemia due to streptococcic infection. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Lediard, Secondary abdominal pregnancy; septic peritonitis; evacuation per rectum; recovery. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 276.

Leopold, Ueber d. Verhältniss zwischen d. Indikationen zur Sectio caesarea, Symphyseotomie, Craniotomie u. Partus arte praematurus. Münchn. med. Wochenschr. XLVI. 34.

Lewers, Arthur H. N., A case of persistent mento-posterior position of the face in which the child

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/319

was delivered alive by the axis-traction forceps. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 280.

Lindfors, A. O., Om förlossning hos puckelryggige. Hygiea LXI. 8. Sv. läkaresällsk. förh. S. 81.

Long, J. W., Ectopic pregnancy. Medicine V. 10. p. 811. Oct.

Longyear, Howard W., The medical treatment with especial reference to the serum therapy of puerperal sepsis. Physic. and Surg. XXI. 6. p. 262. June.

Lorenz, Schwangerschaft b. Uterus didelphys u. Vagina duplex. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 35.

Lovrich, J., Ein Fall von frühzeit. Ablösung einer an normaler Stelle inserirenden Placenta. Ungar. med. Presse IV. 32—33.

M'Farlane, William, Missed labour. Glasgow med. Journ. LII. 3. p. 177. Sept.

McKerron, R. G., Antero-posterior positions of the head as a cause of difficult labour. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 142.

Maisey, C. T. B., A case of puerperal septicaemia treated with antistreptococcic serum; recovery. Lancet Aug. 26.

Malcolm, Partially macerated foetus from an extra-uterine foetation retained in the body a year after its death. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 222.

Malcolm, Macerated bones of a foetus from an extra-uterine gestation retained 7 years. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 223.

Mallins, H., A case of rare obstetric accident. Lancet Aug. 19. p. 490.

Maygrier, Ch., Diagnostic du travail de l'accouchement. Presse méd. VII. 61.

Merletti, C., Ueber d. Werth d. *Truzzi*'schen manuellen Verfahrens zur Lösung d. Arme b. d. Extraktion am Beckenende. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 3. p. 263.

Meyer, Alfred, A case of pernicious anaemia with fatty heart occurring during pregnancy. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 47.

Meyer, Hans, Die Frau als Mutter. Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett, sowie Pflege u. Ernährung d. Neugebornen in gemeinfassl. Darstellung. Stuttgart. Ferd. Enke. 8. 283 S.

Mond, Richard, Ueber einen Fall von gleichzeit. Intra- u. Extrauterinschwangerschaft. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 37.

Montague, A. J. Helm, and C. B. Moss-Blundell, Parturition complicated by fibroids of the uterus; post-partum haemorrhage; infusion; recovery. Lancet Aug. 19.

Morestin, H., Phlébite suppurée de la saphène interne d'origine puerpérale, traitée par la résection étendue de la veine; guérison. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 567. Juin.

Nannicini, Torquato, Ricerche sul comportamento del numero dei leucociti in gravidanza e durante il periodo digestivo delle gravide. Settimana med. LIII. 32. 33.

Neugebauer, F., Ist d. Integrität d. Amnionsacks eine Conditio sine qua non f. d. Weiterentwicklung d. Frucht nach erfolgter Ruptur d. Fruchthalters u. Chorions oder nicht? Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 31.

O'Connor, P. T., Personal observation on an unusual case of labor. New York med. Record LVI. 8. p. 264. Aug.

Olshausen, Vaginaler Kaiserschnitt mit darauf folgender Exstirpation d. Uterus. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XLI. 2. p. 311.

Olsson, Oskar E., Två fall af graviditas tubaria rupta. Hygiea LXI. 9. s. 277.

Ortweiler, L., Ueber Placenta praevia. Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 16. p. 536.

Pinard, Adolphe, Indication de l'opération césarienne considérée en rapport avec celle de symphyséotomie, de la crâniotomie et de l'accouchement prématuré artificiel. Ann. de Gynécol. LII. p. 83. Août., Sept.

Pincus, Ludwig, Nochmals d. Zangen mit abnehmbaren Griffen. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 33.

Piskaček, L., Lehrbuch f. Schülerinnen d. Hebammencurses u. Nachschlagebuch f. Hebammen. 2. Aufl. Wien u. Leipzig. Wilh. Braumüller. 8. XXV u. 226 u. 42 S. mit 95 Abbild. Geb. 6 Mk.

Polak, John O., Hydramnios. Post-Graduate XIV. 8. p. 627. Aug.

Ponfick, E., Ueber Placenta praevia, insbes. d. Placenta praevia cervicalis. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 35.

Potts, W. A., A case of neglected transverse presentation; delivery of a living child by version. Lancet Oct. 14.

Purefoy, R. D.; R. P. R. Lyle, and H. C. Lloyd, Clinical report of the Rotunde hospitals for one year, Nov. 1. 1897 to Oct. 31 1898. Dubl. Journ. CVIII. p. 161. Sept.

Purslow, Foetus enclosed in amniotic sac only. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 168.

Rapin, Le vagissement intra-utérin comme moyen de prévenir l'asphyxie du foetus pendant le travail. Gaz. des Hôp. 99.

Reed, Charles B., Etiology of eclampsia. Medicine V. 10. p. 817. Oct.

Reid, G. Archdall, The causes which render difficult the labours of civilised women. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Saniter, Hochgradige Anämie einer Schwangern. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XLI. 2. p. 310.

Sarwey, O., Zur Behandl. d. Carcinoms am Ende d. Schwangerschaft. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. II. 1. p. 178.

Savory, Horace, Notes on a case of puerperal eclampsia. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 284.

Schroeter, Curt, Laparotomie intra partum wegen eines im kleinen Becken fixirten Myoms d. hinteren Corpuswand. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 3. p. 269.

Schütte, Ueb. Geburtscomplikationen nach Ventrofixatio uteri. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 4. p. 489.

Smith, Charles F., Interstitial pregnancy. New York med. Record LVI. 11. p. 370. Sept.

Strauch, M. von, Zur Frage der Tubenwehen. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 42.

Surdi, Noch einmal zur Symphyseotomie in den deutschen Kliniken. Nebst Bemerkung von *G. Leopold*. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 34.

Tschudy, Graviditas tubaria. Schweiz. Corr.-Bl. XIX. 16. p. 500.

Tuffier, De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë. Gaz. des Hôp. 86.

Voorhees, James D., A severe case of eclampsia, complicated by a marked erythema multiforme. New York med. Record LVI. 2. p. 515. Oct.

Walker, J. P., Notes on a successful case of caesarean operation. Lancet Sept. 30.

Walla, Adalbert von, Ueber Sectio caesarea mit fundalem Querschnitt. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 32. — Ungar. med. Presse IV. 34 u. 35.

Warden, A. A., Remarks on the treatment of puerperal infection. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Weber, Emil, 10 Fälle von Sectio caesarea mit sagittalem Fundalschnitt. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 36.

Whinery, Joseph R., A symposium on puerperal sepsis. Physic. and Surg. XXI. 6. p. 250. June.

Wichert, Zur Casuistik d. Gesichtslagen. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 42.

Wilson, Thomas, Hydramnion in cases of unioval or homologous twins. Obstetr. Soc. Transact. XLI. p. 235.

Wormser, E., Beiträge zur Kenntniss d. Extra-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/320

uteringravidität. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynäkol. II. 1. p. 298.

Zangemeister, Achsenzugvorrichtung. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XLI. 2. p. 286. — Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 31.

Zangemeister, W., Soll d. Perforation stets mit d. Extraktion d. Kindes verbunden werden? Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 40.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Courmont, Delore, Eden, Haultain, Raudnitz. IV. 5. Freudenthal; 8. Craik. V. 2. c. *Krankheiten der Mamma.* VI. Beiträge, Congrès, Dührssen, Treub. XIII. 2. Gottschalk. XVI. Colicz, Figenschau. XIX. Meyerhof. XX. Oefele.

VIII. Krankheiten der Kinder.

Ausset, E., et Derode, Sur un cas d'hémorrhagies gastro-intestinales et scrotales chez un nouveau-né d'un mois. Echo méd. du Nord III. 39.

Baginsky, Adolf, Lehrbuch d. Kinderkrankheiten. 6. Aufl. 2. Abth. Braunschweig. Friedr. Wreden. 8. XX S. u. S. 481—1109. 10 Mk.

Basch, Karl, Ueber Nabelsepsis. Jahrb. f. Kinderhkde. L. 1 u. 2. p. 15.

Bovaird jun., David, Treatment of summer diarrhea in infants. Therap. Gaz. 3. S. XV. 9. p. 587. Sept.

Callomon, Fritz, Untersuchungen über d. Verhalten d. Faecesgährung b. Säuglingen. Jahrb. f. Kinderhkde. L. 3. p. 369.

Cautley, Edmund, Abnormal ossification of the parietal bones in an infant. Brit. med. Journ. Aug. 19.

Chapin, Henry Dwight, The question of gruels in the feeding of infants. New York med. Record LVI. 6. p. 181. Aug.

Diphtherie s. III. *Cafiero, Dietrich, Eyre, Freund, Kassowitz, Kober, Padoa, Paton, Leng.* IV. 2. *Babes, Bierens, Day, Deguy, Dunham, Eckervogt, Favre, Madsen, Myschkin, Pascoletti, Robinson, Rördam, Salus, Schmidt, Schmitt, Sidlauer, Sigel, Symonds.* XX. *A.*

Eilerts de Haan, L. J., Een geval van Barlow'sche ziekte. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXIX. 3. blz. 291.

Ewens, J., Remarks on the necessity of requiring a fall course of lectures on childrens diseases and attendance at a childrens hospital as part of the medical curriculum. Brit. med. Journ. Aug. 19.

Graham, Edwin E., Treatment of summer diarrhoea in infants. Therap. Gaz. 3. S. XV. 8. p. 547. Aug.

Griffith, J. P. Crozer, Treatment of summer diarrhoea of infants. Therap. Gaz. 3. S. XV. 8. p. 510. Aug.

Gutmann, Albert, Zur Behandlung d. Melaena neonatorum. Therap. Monatsh. XIII. 10. p. 552.

Hentzelt, A., Erziehungsstätten f. minderwerthige Kinder. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 37.

Holt, L. Emmett, Treatment of summer diarrhoea in infants. Therap. Gaz. 3. S. XV. 8. p. 512. Aug.

Jacobi, A., Treatment of summer diarrhea in infants. Therap. Gaz. 3. S. XV. 8. p. 505. Aug.

Jahresbericht, 37., d. St. Josef unentgeltl. Kinderspitals in Wien u. des damit verbundenen Dr. *Biehler*'schen Kinderwärterinnen-Bildungs-Instituts f. d. J. 1898. Wien. Selbstverl. d. Anstalt. 8. 70 S.

Keller, Arthur, Die Ammonausscheidung b. d. Ernährungsstörungen d. Säuglinge. Centr.-Bl. f. innere Med. XX. 42.

Keuchhusten s. III. *Czaplewski.* IV. 2. *Cima, Plicque, Szegö.* XIII. 2. *Charpentier, Feer.*

Klautsch, A., Ueber Körperwägungen b. Flaschenkindern in d. beiden ersten Lebensjahren. Arch. f. Kinderhkde. XXVII. 3 u. 4. p. 305.

Koplik, Henry, Die Gewichtszunahme b. künstl. ernährten Kindern. Jahrb. f. Kinderhkde. L. 3. p. 331.

Kronfeld, Die Kindersterblichkeit in Europa. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 35.

Le Gendre, P., et H. Varnier, Infection aiguë d'origine ombilicale chez un nouveau-né; guérison par les bains chauds. Ann. de Gynécol. LII. p. 13. Juillet.

Little, E. Graham, The causation of night terrors. Brit. med. Journ. Aug. 19.

Marfan, A. B., Rôle des microbes dans les gastro-entérites des nourrissons. Revue des Mal. de l'Enf. XVII. p. 337. 449. Août, Oct.

Masern s. IV. 2. *Cazal, Havas, Rolly, Sotow, Widowitz.*

Netter, L., Chimisme gastrique chez 3 nourrissons âgés de 6 mois à 1 an, nourris au lait stérilisé. Progrès méd. 3. S. X. 40.

Parkinson, J. Porter, The causes of cough in children, with special reference to practical treatment. Brit. med. Journ. Aug. 19.

Pfaundler, Meinhard, Ueber Saugen u. Verdauen. Wien. klin. Wchnschr. XII. 41.

Piering, Oscar, Ueber d. Grenzen d. Körpergewichts Neugeborner. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. p. 303.

Porak, De l'omphalotripsie. Ann. de Gynécol. LII. p. 122. Août, Sept.

Ramoino, G. B., Timo e morte timica. Gazz. degli Osped. XX. 109.

Rubner, Max, u. Otto Heubner, Die künstl. Ernährung eines normalen u. eines atroph. Säuglings. Nach gemeinsam mit Dr. *Bendix, Spitta* u. *Wolpert* angestellten Versuchen. Ztschr. f. Biol. XXXVIII. 2. p. 315.

Scharlachfieber s. IV. 2. *Class, Kraus, Kühn, Lemoine, Stickler, Williams;* 9. *Poulain.*

Scharlau, Barnim, Statistics from the children's department. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 103.

Soncini, Ernesto, Delle iniezioni di siero artificiale nei lattanti prematuri e deboli. Policlin. VI. 15. p. 362.

Stuver, E., The importance of a knowledge of the phylogenetic development of the child in the prevention of children's diseases. Med. News LXXV. 8. p. 230. Aug.

Troitzky, J. W., Die Lehre vom Durchschneiden d. Zähne zur Zeit d. *Hippokrates* u. jetzt. Jahrb. f. Kinderhkde. L. 3. p. 280.

Williams, Francis H., X-ray examination in children. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 2. p. 41. July.

Wormser, E., Eine Gefahr d. Brutapparate. Gynäkol. Centr.-Bl. XXIII. 38.

S. a. I. Jemma. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Ajello, Engelken, Marfan, Olmer, Raudnitz, Stoeltzner. IV. 2. Campbell, Carr, Cautley, Donkin, Fisher, Guthrie, Kern, Pfaundler, Plicque, Still; 3. Discussion, Le Boeuf; 5. Biedert, Böhm, Collier, Cumston, Grimm, Jennings, Moncorvo, Morse, Rosenheim, Rotch; 7. Dauchez; 8. Ausset, Bernhardt, Cautley, Cestan, Gossage, Green, Halban, Hinsdale, Jones, Priestley, Raymond; 9. Bogoras, Felix, Maisch, Reimann; 10. Chapin, Das, Lacoronsky, Smith. V. 1. Dun, Jann, Murray, Owen, Wilson; 2. a. Feder, Muck; 2. c. Audion, Delanglade, Discussion, Kidd, Kissel, Power, Sengensse, Steele; 2. e. Joachimsthal, Tubby. VI. Aichel, Hotman, Pitt, Strassmann. X. Cramer, Lagrange, Smith. XI. Fischl. XII. Adloff. XIII. 2. Klein. XIV. 1. Ewald; 4. Laborde. XV. Auerbach, Brudzinsky, Fürst.

IX. Psychiatrie.

Alessi, Urbano, Intorno alla patogenesi del delirio acuto. Rif. med. XV. 204. 205.

Alt, Die Nothwendigkeit eines Organs zur Vertretung d. Interessen d. deutschen Irrenärzte, sowie d. Irrenanstalten überhaupt. Psychiatr. Wchnschr. I. 29.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/321

Anglade, D., Sur les névrites périphériques des aliénés. Ann. méd.-psychol. 8. S. X. 2. p. 189. Sept.—Oct.

Bischoff, Ernst, Beitrag zur pathol. Anatomie d. schweren akuten Verwirrtheit. Allg. Ztschr. f. Psych. LVI. 5. p. 762.

Bonhoeffer, Karl, Zur klin. u. forens. Bedeutung gewisser paranoischer Zustände. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. X. p. 449. Aug.

Bonhoeffer, K., Irrenabtheilungen in Gefängnissen. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. VI. 3. p. 231.

Bregman, L. E., Ueber d. „Automatisme ambulatoire" (Fugues, Dromomania). Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 17.

Campbell, Harry, Morbid self-assurance. Brit. med. Journ. Sept. 23.

Christian, J., De la démence précoce des jeunes gens. Ann. méd.-psychol. 8. S. X. 2. p. 177. Sept.—Oct.

Cullerre, A., De la transfusion séreuse sous-cutanée dans les psychoses aiguës avec auto-intoxication. Progrès méd. 3. S. X. 39.

Deiters, Beitrag zur Kenntniss d. Seelenstörungen d. Epileptiker. Allg. Ztschr. f. Psych. LVI. 5. p. 693.

Deventer, J. van, Bijdrage tot het begrip der insania neurasthenica. Psychiatr. en neurol. Bladen 5. blz. 487.

Diller, Theodore, Sudden recovery in a langstanding case of melancholia. Univers. med. Mag. XI. 11. p. 678. Aug.

Discussion on lunacy legislation as it affects the temporary care of incipient cases. Brit. med. Journ. Sept. 16.

Discussion on the relationship between syphilis and general paralysis of the insane. Brit. med. Journ. Sept. 16.

Discussion on the treatment of epileptics and imbeciles. Brit. med. Journ. Sept. 16.

Donath, Jul., Der epilept. Wandertrieb (Poriomanie). Arch. f. Psych. XXXII. 2. p. 335.

Erp Taalman Kip, M. J. van, Psychiatrie en geneeskunde. Psychiatr. en neurol. Bladen 5. blz. 499.

Faucher et Bourdin, Idiotie congénitale; hypospadias et pseudo-hermaphroditisme externe. Arch. de Neurol. 2. S. VIII. p. 291. Oct.

Fenayrou, Confusion mentale post-opératoire. Arch. de Neurol. 2. S. VIII. p. 257. Oct.

Féré, C., Le prurit et la trichotillomanie chez les paralytiques généraux. Nouv. Iconogr. de la Salp. XII. 4. p. 312. Juillet—Août.

Findlay, John Wainman, The choroid plexuses of the lateral ventricles on the brain their histology, normal and pathological (in relation specially to insanity). Brain XXII. 2. p. 161.

Gibbons, J. M. F., Suggestion as a means of producing sleep in the case of patient said to be insane. Med. News LXXV. 14. p. 428. Sept.

Gross, Adolf, Zur Psychologie d. traumat. Psychose. Psychol. Arb. II. 4. p. 569.

Hospital, Des dégrés de la responsabilité. Ann. méd.-psychol. 8. S. X. 2. p. 205. Sept.—Oct.

Hyslop, Theo. B., On double consciousness. Brit. med. Journ. Sept. 23.

Jakewenko, W., Die Gesetzmässigkeit d. Anhäufungsprocesses d. Geisteskranken in d. Bevölkerung d. Gouvernements Moskau nach d. Ergebnissen d. Zählung 1893. Psychiatr. Wchnschr. I. 30.

Jastrowitz, M., Akute rheumat. Geistesstörung mit akuter rheumat. Chorea, nebst Bemerkungen über d. Natur d. choreat. Bewegungen. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 33. 34.

Kéraval, L'idée fixe. Arch. de Neurol. 2. S. VIII. p. 81. Août.

Kirk, Robert, Case of modified cretinism. Glasgow med. Journ. LII. 2. p. 133. Aug.

Klein, Ferdinand, Casuist. Beiträge zur Differentialdiagnose zwischen Dementia paralytica u. Pseudoparalysis luetica (*Fournier*). Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. VI. 2. p. 122.

Kral, Heinrich, Ein Fall von Idiotie mit mongoloidem Typus u. Schilddrüsenmangel. Prag. med. Wochenschr. XXIV. 32.

Macphail, S. Rutherford, Note on post-operative insanity. Brit. med. Journ. Sept. 23.

Marandon de Montyel, E., La séclusion et la contrainte manuelle dans le traitement des aliénés. Bull. de Thér. CXXXVIII. 4. p. 113. Juillet 30.

Marandon de Montyel, E., De l'évolution des états conscients étudiés chez les mêmes malades aux 3 périodes de la paralysie générale. Gaz. hebd. XLVI. 67.

Marr, Hamilton, Notes, clinical and pathological, of a case of general paralysis of the insane, occurring in early life. Lancet Sept. 23.

Näcke, P., Kritisches zum Capitel d. normalen u. patholog. Sexualität. Arch. f. Psych. XXXII. 2. p. 356.

Neff, Irvin H., Early diagnosis and treatment of paretic dementia. Physic. and Surg. XXI. 6. p. 270. June.

Nicolson, David, Can the reproachful differences of medical opinion in lunacy cases be obviated? Brit. med. Journ. Sept. 16.

Norén, K., Ett fall af hypermnesi hos en idiot. Hygiea LXI. 8. s. 253.

Pick, A., Ueber einen Fall von hyster. Psychose mit Bemerkungen zur gerichtl. Psychopathologie. Wien. klin. Rundschau XIII. 38.

Reeling Brouwer, S., Een geval van simulatie van psychische stoornissen en halfzijdige verschijnselen bij een krankzinnige. Psychiatr. en neurol. Bladen 5. blz. 576.

Rohde, Ueber d. Differentialdiagnose psych. Depressionszustände. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 38. Beil.

Rosenbach, P., Ueber d. gegenwärt. Stand d. Irrenverpflegung in Russland. Psychiatr. Wchnschr. I. 28.

Schlöss, Heinrich, Zur Kenntniss d. Geistesstörungen d. Greisenalters. [Wien. Klin. XXV. 9 u. 10. Sept.—Oct.] Berlin u. Wien. Urban u. Schwarzenberg. 8. S. 277—322. 1 Mk. 50 Pf.

Scholz, Ludw., Leitfaden f. Irrenpflege. Halle a. S. 1900. Carl Marhold. Kl.-8. 62 S. 1 Mk. 50 Pf.

Schubert, Anstaltskirchen. Psychiatr. Wchnschr. I. 24.

Sérieux, P., et F. Farnarier, Le traitement des psychoses aiguës par le repos au lit. Semaine méd. XIX. 43.

Sprengeler, Hans, Beitrag zur Statistik, Aetiologie u. Symptomatologie d. allgem. progress. Paralyse d. Irren mit besonderer Berücksicht. d. Syphilis. Allg. Ztschr. f. Psych. LVI. 5. p. 725.

Stadelmann, Heinrich, Bemerkungen zur psychischen Behandl. d. Zwangsirreseins. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 81.

Surbled, Hallucination. Revue des Questions scientif. 2. S. XVI. p. 387.

Torp, Om sindsygepleien, speciell i Kristians amt. Tidsskr. f. d. norske lägeforen. XIX. 16. S. 531.

Tschich, W. von, Die Katatonie. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. VI. 2. 4. p. 140. 241.

V., Die geplante 7. rheinische Provinzial-Heil- u. Pflegeanstalt Haus Fichtenhain b. Krefeld. Psychiatr. Wchnschr. I. 24.

Weatherly, Lionel A., Can we instil rational ideas regarding insanity into the public mind? Brit. med. Journ. Sept. 16.

Weber, Progress. Paralyse; multiple Hirntuberkel. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 15.

Wernicke, Ueber d. Classifikation d. Psychosen. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 67. 68.

S. a. II. Heymann, Psychol. Studien, Reis. IV. 2. Stanculeanu; 8. *Epilepsie*, *Hypnotismus*, *Hysterie*, Boinet, Bourneville, Brunet, Freud.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/322

VIII. Hentzelt. XIII. 2. Smith. XIV. 4. Seelye. XV. Kraepelin. XVI. Briand, Cowan, Kreuser, Mac Donald, Schermers, Tellegen.

X. Augenheilkunde.

Angodski, N., Ueber d. Hornhautnaht nach *Kalt*. Westn. oftalm. März—Juni. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Axenfeld, D., Ueber die Trübung der Augenlinse. Centr.-Bl. f. Physiol. XIII. 13.

Baudoin, Ostéo-périostite orbitaire consécutive à une sinusite maxillaire d'origine dentaire; étude seméiologique de l'exophthalmie. Progrès méd. 3. S. X. 35.

Beck, A., Ueber künstl. hervorgerufene Farbenblindheit. Arch. f. Physiol. LXXVI. 11 u. 12. p. 634.

Bericht über d. Leistungen u. Fortschritte d. Augenheilkunde im 1. Quartal 1899; erstattet von *St. Bernheimer; O. Brecht; R. Greeff; C. Horstmann; R. Schweigger*. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 4. p. 49.

Bickerton, T. H., Colour blindness and defective sight in the mercantile marine. Brit. med. Journ. Sept. 23.

Bihler, Winfried, Zur Diagnose von Endothelerkrankungen d. Hornhaut mittels Fluorescin, insbes. b. beginnender sympath. Ophthalmie. Münchn. med. Wochenschr. XLVI. 32.

Blincoe, A. G., The prevalence of ametropia and heterophoria with remarks on eye-strain. Amer. Pract. and News XXVIII. 1. p. 3. July.

Blumenthal, L., Mein erstes Decennium augenärztl. Praxis. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XVI. 35. 36.

Borthen, Lyder, Die Lepra d. Auges. Klinische Studien. Mit patholog.-anatom. Untersuchungen von *H. P. Lie*. Leipzig. Wilhelm Engelmann. 4. VII u. 195 S. mit 17 Textfigg., 15 Lichtdruck- u. 9 chromolithogr. Tafeln.

Botwinnik, N., Ueber d. Veränderungen d. Astigmatismus unter einigen physikal. u. physiolog. Einflüssen. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 4. p. 336.

Bourgeois, A., Nouvelles considérations sur le traitement des ulcères infectieux de la cornée. Ann. d'Oculist. CXXII. 1. p. 55. Juillet.

Bulson, Albert E., Diseases of the cavities of the nose an important factor in producing affections of the eye. Physic. and Surg. XXI. 7. p. 336. July.

Cayley, Henry, The eyesight of pilots. Brit. med. Journ. Oct. 14. p. 1046.

Chodin, A., Ein seltener Fall von fadenförm. Bildung im Glaskörper. Westn. oftalm. März—Juni. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Collins, E. Treacher, Enophthalmos. Brit. med. Journ. Sept. 30.

Cramer, Heinrich, Der Argentumkatarrh der Neugebornen. Arch. f. Gynäkol. LIX. 1. p. 165.

De Rosa, Giovan Battista, Di una blefaroplastica eseguita dal Prof. *Cesare Paoli*. Settimana med. LIII. 34.

Discussion on the pathological significance of sympathetic irritation, and its connection, if any, with sympathetic ophthalmitis. Brit. med. Journ. Sept. 23.

Discussion on visual tests. Brit. med. Journ. Sept. 23.

Dunlop, James, Eyesight of pilots and railway servants in Scotland. Brit. med. Journ. Oct. 7. p. 958.

Eales, Henry, and Wood White, 2 cases of subconjunctivalrupture of the sclera, with retroflexion of the iris without dislocation of the lens and with the subsequent retention of practically normal vision in each case. Lancet Aug. 12. p. 412.

Fergus, Freeland, The operative treatment of squint. Glasgow med. Journ. LII. 3. p. 204. Sept.

Fromaget, Camille, Statistique des affections oculaires observées à la policlinique pendant l'année 1898—99. Ann. de la Policlin. de Bord. XI. 8. p. 118. Août.

Fromaget, Camille, Sarcomes de la choroïde. Ann. de la Policlin. de Bord. XI. 9. p. 138. Sept.

Gallo, Nicola, L'ambliopia tossica da tabacco. Suppl. al Policlin. V. 38. p. 1185.

Ginsberg, S., Bemerkungen zu d. Arbeit d. Herrn Dr. *R. D. Cohn* über d. Herpes zoster ophthalmicus. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 4. p. 381.

Goldzieher, W., Iritis glaucomatosa. Centr.-Bl. f. Augenhkde. XXIII. p. 257. Sept.

Griffin, W. Watson, The correction of hyperphoria. Brit. med. Journ. Sept. 23.

Griffith, John, Primary sarcoma of the fornix conjunctivae. Brit. med. Journ. Sept. 23.

Gruening, E., Statistics of the ear and eye service. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 275.

Gullstrand, A., Ueber d. Bedeutung d. Dioptrie. Arch. f. Ophthalmol. XLIX. 1. p. 46.

Hailes, C. D. G., The clinical aspect of iritis. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 4. p. 326. Oct.

Hern, John, The eye symptoms of so-called hayfever. Brit. med. Journ. Sept. 23.

Hertel, E., Ueber d. Wirkung von kalten u. warmen Umschlägen auf d. Temperatur d. Auges. Arch. f. Ophthalmol. XLIX. 1. p. 125.

Hirschberg, J., Bemerkungen zur Operation u. zur Anatomie d. Körnerkrankheit. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 39.

Heinzel, C., Ein Beitrag zur Kenntniss vom feineren Baue d. Cataracta zonularis. Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 3. p. 647.

Hinshelwood, James, Case of synchysis scintillans associated with syphilitic disease of the eyes. Glasgow med. Journ. LII. 2. p. 134. Aug.

Hoffmann, R., Ueber d. Vorkommen d. Diplobacillenconjunctivitis. Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 3. p. 638.

Holmström, Johan, Några försök med bortskrapning af hornhinnefläckar. Hygiea LXI. 8. s. 229.

Jackson, Edward, The choice of drugs to dilate the pupil. Med. News LXXV. 7. p. 204. Aug.

Jensen, Edmund, Nogle Öjenundersögelser hos gamle Individuer. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 30.

Ignatjew, Th., Zur Frage d. Extractio cataractae ohne Iridektomie. Woj.-med. Shurn. 1. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Kaempffer, R., Coloboma lentis congenitum. Arch. f. Ophthalmol. XLVIII. 3. p. 558.

Kalisch, Richard, The absorption of uncomplicated immature cataract by conjoined manipulation and instillation. Med. News LXXV. 16. p. 485. Oct.

Kendirdjy, L., Kyste hydatique de l'orbite. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 592. Juin.

Kossobudski, Ein Fall von Membranbildung im Glaskörper. Westn. oftalm. März—Juni. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztcchr. 7.

Koster Gzn., W., De verhouding van den musculus tarsalis superior Mülleri bij ptosis congenita. Nederl. Weekbl. II. 9.

Lagrange, Félix, Des spasmes toniques du muscle ciliaire chez les enfants et de la valeur de la skiascopie dans l'oeil atropinisé. Ann. d'Oculist. CXXII. 1. p. 29. Juillet.

Lagrange, Félix, Tuberculose de l'iris. Presse méd. VII. 59. 68.

Lapersonne, E. de, Des névrites optiques liées aux sinusites sphénoïdales et aux maladies de l'arrière cavité des fosses nasales. Ann. d'Oculist. CXXII. 3. p. 182. Sept.

Lawson, Arnold, The correction of refractive errors in the treatment of trachoma. Brit. med. Journ. Sept. 23.

Levinsohn, Georg, Beitrag zur Nachstaaroperation. Centr.-Bl. f. Augenhkde. XXIII. p. 207. Juli.

Levinsohn, Georg, Ueber Entfernung von

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/323

Fremdkörpern aus d. Hornhaut. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 37.

Lobanow, S., Die Weite der Lidspalte bei den Eingebornen [im Gouvernement Ufa]. Westn. oftalm. März—Juni. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Lodge jun., Sam., A consecutive series of cases of removal of the lens in high myopia. Brit. med. Journ. Sept. 23.

Mc Hardy, Malcolm, Visual tests misused in examination of candidates for the executive of the royal navy. Brit. med. Journ. Sept. 23.

May, Charles H., Restoration of the conjunctival cul-de-sac in a case of total symblepharon by means of *Thiersch's* skin grafts. Mt. Sinai Hosp. Rep. I. p. 296.

Morax, V., et Elmassian, Du rôle des toxines dans la production des inflammations de la conjonctive. Ann. d'Oculist. CXXII. 2. p. 81. Août.

Mühsam, W., Taubheit als Complikation d. Staaroperation. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 42.

Norman-Hansen, C. M., Om Behandling af perforerende Öjenläsioner med en Konjunktivalsutur. Ugeskr. f. Läger 5. R. VI. 32.

Obarrio, P. de, Etude expérimentale sur la cataracte traumatique. Ann. d'Oculist. CXXII. 2. p. 114. Août.

Oliver, Nouveau procédé d'implantation de boules de verre dans l'orbite. Ann. d'Oculist. CXXII. 1. p. 54. Juillet.

Parisotti, Nouveau périmètre enrégistrateur. Ann. d'Oculist. CXXII. 2. p. 130. Août.

Pawel, E., Beitrag zur Lehre von d. Chorioidealsarkomen. Arch. f. Ophthalmol. XLIX. 1. p. 71.

Péchin, Alph., Iritis bilatérale d'origine palustre. Gaz. hebd. XLVI. 63.

Pfister, Julius, Die Behandlung d. ekzematösen Augenleiden in d. allgemeinärztl. Praxis. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 17.

Pick, L., Beiträge zur Tortuositas vasorum. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 4. p. 382.

Piltz, J., Ueber Vorstellungsreflexe d. Pupillen b. Blinden. Neurol. Centr.-Bl. XVIII. 16.

Rau, Staarausziehung b. stärkster Kurzsichtigkeit. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 33.

Reid. G. Archdall, The temperance fallacy. Lancet Oct. 14.

Renner, W., Trachoma and race. Brit. med. Journ. Sept. 16. p. 754.

Rogman, Sur la pseudo-accommodation dans l'aphakie. Belg. méd. VI. 35. p. 257.

Rogman, L'iridectomie dans le traitement de glaucome simple peut-elle être utile? Belg. méd. VI. 39. p. 385.

Salomonsohn, H., Ueber cirkuläre Randkeratitis. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 32.

Salzmann, M., Das Sehen in Zerstreuungskreisen u. die scheinbare Accommodation der Aphakischen insbesondere. Arch. f. Ophthalmol. XLIX. 1. p. 168.

Schmidt-Rimpler, H., Ueber binoculares, stereoskop. u. körperl. Sehen b. einseit. Aphakie u. einseit. Sehschwäche unter Berücksicht. d. Unfallsgesetzgebung. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 43.

Schoen, Wilh., Die geschichtl. Entwickelung unserer Kenntniss d. Staarkrankheit. Leipzig. Alfred Langkammer. 8. 24 S. 80 Pf.

Schoute, G. J., Een geval van cornea verwonding met perforatie der iris. Nederl. Weekbl. II. 6.

Schroeder, Th. von, Ueber d. Schutzbrillen d. Arbeiter. Westn. oftalm. März—Juni. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Schultz, P., Eine hiesige Badeanstalt d. Infektionsort verschied. Trachomerkrankungen. Berl. klin. Wochenschr. XXXVI. 39.

Scott, Kenneth, A case of destructive ulceration of the eyelids. Brit. med. Journ. Sept. 23.

Sidler-Huguenin, Ein Hülfsmittel zur Entfernung von Fremdkörpern aus d. Hornhaut. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 20.

Silex, P., Zur Frühdiagnose d. Chorioidealsarkome. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 32.

Smith, Priestley, On the treatment of strabismus in young children. Lancet Sept. 23.

Snell, Simeon, On the prevention of eye accidents occurring in trades. Brit. med. Journ. Aug. 12. Vgl. Sept. 9. p. 688.

Stevens, George T., Ablenkung der vertikalen Netzhautmeridiane. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 4. p. 386.

Stilling, J., Ueber die Operation des Nachstaars. Centr.-Bl. f. Augenhkde. XXIII. p, 261. Sept.

Story, Advancement of the recti muscles of the eyeball. Dubl. Journ. CVIII. p. 222. Sept.

Uhthoff, W., Uebertragung von Augenerkrankungen durch Küssen. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 35.

Valude, E., L'hétéroplastie orbitaire. Ann. d'Oculist. CXXII. 1. p. 46. Juillet.

Velhagen, Kurze Bemerkung zu dem Aufsatz d. Herrn Prof. *Deutschmann:* „zur Pathogenese d. sympath. Ophthalmie". Centr.-Bl. f. Augenhkde. XXIII. p. 204. Juli.

Wecker, L. de, Das asept. Tätowiren d. Hornhaut. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 4. p. 375.

Wecker, L. de, L'iritomie appliquée au dégagement de l'iris de la cornée. Ann. d'Oculist. CXXII. 3. p. 161. Sept.

Weiss, L., Exstirpation eines grossen retrobulbären Tumors nach d. *Krönlein'*schen Operationsmethode mit Erhaltung der Sehkraft u. mit guter Stellung u. guter Beweglichkeit des Auges. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 39.

Weiss, L., u. W. Klingelhöffer, Welchen Werth hat die Röntgenphotographie f. den Nachweis von Fremdkörpern im Augeninnern. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 4. p. 291.

West, Samuel, Albuminuric retinitis. Lancet Aug. 19.

Wheatly, Arthur W., A case of epithelioma of the conjunctiva; enucleation. Lancet Sept. 9. p. 719.

Woodward, J. H., Epiphora, or the wathery eye. New York med. Record LVI. 7. p. 223. Aug.

Yarr, M. T., A further contribution to the study of malarial eye affections. Brit. med. Journ. Sept. 9.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Afanassieff, Grawitz, Lobanow, Raehlmann. IV. 2. Mandl; 4. Zimmermann; 8. *Basedow'sche Krankheit, Ophthalmoplegie,* Dolén, Drew, Günzburg, Königshöfer, Lapersonne, Hallauer. V. 2. a. Reuling, Sattler. XI. Cobb, Delstanche. XIII. 2. Basso, Bronner, Derby, Guaita, Hinshelwood, Hoor, Tarutin, Veasy; 3. Guillery. XV. Geelmuyden. XX. Pergens, Schlepckow, Schorss.

XI. Specielle Krankheiten der Nase, des Ohres, Kehlkopfes u. Rachens.

Alexander, F., Bericht über d. im J. 1898 behandelten klin. u. ambulator. Kranken. [Universitätsklinik f. Ohrenkrankh. zu Strassburg i. E.] Ztschr. f. Ohrenhkde. XXV. 3. p. 260.

Baber, E. Creswell, 30 years progress in rhinology. Brit. med. Journ. Aug. 12.

Barth, Ad., Zur Perkussion des Warzenfortsatzes. Arch. f. Ohrenhkde. XLVII. 1 u. 2. p. 107.

Baumgarten, Egmont, Ein bisher nicht beschriebenes Geschwür d. harten Gaumens. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXIII. 9.

Breitung, Max. Mittheilung zur Behandlung d. chron. progress. Schwerhörigkeit durch hochfrequente Erschütterungsmassage d. Trommelfells vermittels d.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/324

elektromotor. Luftpumpe. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXIII. 8.

Brocard, M., Un cas de vertige de Ménière. Arch. gén. N. S. II. 3. p. 310. Sept.

Bronner. Adolph, The local use of formalin in the treatment of atrophic rhinitis (often called ozaena). Brit. med. Journ. Oct. 14.

Bruck, Franz, Die Behandl. d. genuinen Ozaena mittels d. permanenten Tamponade. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 74.

Bruck, Alfred, Ein Wattetupfer f. d. Kuppelraum. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. XXXIII. 7.

Brühl, Gustav, Die 8. Versamml. d. deutschen otolog. Gesellschaft in Hamburg am 19. u. 20. Mai 1899. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXIII. 7.

Burnett, Charles H., Pneumomassage of the external auditory canal compared with inflation of the tympanum. Univers. med. Mag. XI. 11. p. 651. Aug.

Carrel, A., Cancer de l'amygdale. Lyon méd. XCI. p. 485. Août.

Cima, Francesco, Bacillo resistente all'acido (Smegmabacillo) nell'essudato delle otiti nei bambini. Torino. Unione tipogr. editr. 8. 11 pp.

Cobb, Carolus M., Asthenopic symptoms and headache caused by the more common forms of intranasal disease. Med. News LXXV. 5. p. 133. July.

Cobb, Frederic C., Peritonsillar abscess. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 4. p. 81. July.

Dadysett, H. J., On the various domestic remedies, with their effects, used by the people of India for certain diseases of the ear. Lancet Sept. 16.

Danziger, Fritz, Können Trommelfelldefekte plötzl. Tod im Bade herbeiführen? Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXIII. 9.

Delstanche fils, Importance de l'examen ophthalmoscopique dans les affections purulentes de l'oreille. Gaz. hebd. XLVI. 74.

De Simoni, A., Ricerche sull'ozena. Policlin. VI. 16. p. 346.

Downie, Walker, A case in which a small coin was lodged in the larynx for 4 weeks; removal with forceps under cocaine. Lancet Oct. 14. p. 1018.

Eichler, Akute Vereiterung d. Zellen d. Warzenfortsatzes nach Verletzung der Gehörgangswand, ohne dass das Trommelfell perforirt wurde. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. VI. 6. p. 299.

Eisenbarth, Bernhard, Ein Fall von spontan geheiltem tuberkulösen Kehlkopfgeschwür. Deutsches Arch. f. klin. Med. LXV. 1 u. 2. p. 205.

Escat, E., La pratique du tubage dans la clientèle. Presse méd. VII. 70.

Fischl, Rudolf, Erfahrungen über Anginen im Kindesalter. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 39—41.

Gaglio, G., Expériences sur la l'anesthésie des canaux semicirculaires de l'oreille. Arch. ital. de Biol. XXXI. 3. p. 377.

Gaudier, Sarcome de la loge amygdalienne simulant un phlegmon de la région. Echo méd. du Nord III. 39.

Gaudier, Tuberculose aiguë de l'oreille moyenne. Echo méd. du Nord III. 39.

Gerrard, P. N., Otitis externa tropica. Lancet Sept. 23.

Grant, Dundas, Laryngitis secondary to nasal disease. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Grunert, K., u. W. Zeroni, Jahresbericht über d. Thätigkeit d. k. Universitäts-Ohrenklinik zu Halle a. S. vom 1. April 1897 bis 3. März 1898. Arch. f. Ohrenhkde. XLVI. 3 u. 4. p. 153.

Gutzmann, H., Ueber d. angeb. Insufficienz d. Gaumensegels. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 37.

Hall, F. De Haviland, Epistaxis due to a leech. Lancet Sept. 23. p. 858.

Hartmann, Arthur, Bericht über d. Leistungen u. Fortschritte auf d. Gebiete d. Ohrenheilkunde im 1. Quartal d. J. 1899. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXXV. 1 u. 2. p. 117.

Haug, Ein Fall von Nekrose d. Schnecke. Arch. f. Ohrenhkde. XLVII. 1 u. 2. p. 124.

Hecht, A., Bericht über d. Ergebniss der an d. Zöglingen d. Taubstummenanstalt zu Ratibor O.-S. angestellten Untersuchungen. Arch. f. Ohrenhkde. XLVII. 1 u. 2. p. 57.

Hedderich, Bericht über die 6. Versammlung d. Vereins süddeutscher Laryngologen zu Heidelberg am 3. April 1899. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXXV. 1 u. 2. p. 173.

Henke, R., Zur Morphologie d. Epiglottis. Ihre Varietäten u. Anomalien im Spiegelbilde. Berlin. Oscar Coblentz. 8. 52 S. mit 2 Tafeln. — Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXIII. 7. 8.

Hoover, C. F., The diagnostic value of the *Wintrich* tracheal sound. Amer. Journ. of med. Sc. CXVIII. 4. p. 423. Oct.

Jordan, Ch. Richard, Fortschritte in d. chirurg. Behandl. d. Ohreneiterungen. New Yorker med. Mon.-Schr. XI. 8. p. 367.

Kickhefel, Die Untersuchung der Zöglinge der städt. Taubstummenschule zu Danzig. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXXV. 1 u. 2. p. 78.

Klemperer, F., Die Bedeutung u. Behandlung d. adenoiden Vegetationen d. Nasenrachenraums. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 9. p. 394.

Körner, O., Zur Kenntniss d. Uvula bifida. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXXV. 1 u. 2. p. 75.

Laubinger, Heinrich, Beiträge zur Casuistik d. Othämatome u. d. Perichondritis. Arch. f. Ohrenhkde. XLVII. 1 u. 2. p. 135.

Lauffs, F., Ueber d. Erfolge ohrenärztl. Behandl. d. Taubstummen. Württemb. Corr.-Bl. LXIX. 40. 41.

Lermoyez, Marcel, La contagiosité des otites moyennes aiguës. Presse méd. VII. 64.

Leutert, Ernst, Bakteriol.-klin. Studien über Complikationen akuter u. chronischer Mittelohreiterungen. Arch. f. Ohrenhkde. XLVI. 3 u. 4. p. 190. XLVII. 1 u. 2. p. 1.

Löhnberg, Emil, Zur Frage d. Ozaenatherapie. Nebst Entgegnung von *Franz Bruck*. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 79. 82.

Lucae, A., a) Ueber cariöse u. traumat. Labyrinthläsionen mit besond. Berücksicht. d. Schwindelerscheinungen u. d. Ausfall d. *Weber*'schen Versuchs nebst einigen techn. Bemerkungen zur sogen. Radikaloperation. — b) Zur physikal. Feststellung einseit. Taubheit, resp. Schwerhörigkeit. Arch. f. Ohrenhkde. XLVII. 1 u 2. p. 85. 101.

Mc Auliffe, George B., Removal of exostoses of the external auditory canal by a hook. New York med. Record LVI. 13. p. 444. Sept.

Malherbe, Aristide, Operative treatment of chronic suppurations of the attic. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Manasseh, A. J., Epistaxis due to a leech. Lancet Sept. 16. p. 785.

Merx, Ueber einen Fall von chron. Urticaria der Schleimhaut d. Halsorgane. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 36.

Meslay, R., et Paul Viollet, Examen bactériologique de 4 cas de rhinite atrophique (ozène). Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 746. Juillet.

Mettler, L. Harrison, A note upon aural vertigo (Menière's disease) and the organ of equilibration. Medicine V. 8, p. 617. Aug.

Morpurgo, Eugenio, Bericht über d. 3. Versamml. d. ital. Gesellschaft f. Laryngologie, Otologie u. Rhinologie, abgehalten in Rom vom 28.—30. Oct. 1897. Arch. f. Ohrenhkde. XLVI. 3 u. 4. p. 273.

Nadoleczny u. Laubinger, Jahresbericht über d. im J. 1898 auf d. Ohrenabtheilung d. kön. Universitätspoliklinik zu München (Dr. *Haug*) zur Behandlung

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/325

gelangten Ohrenkrankheiten. Arch. f. Ohrenhkde. XLVII. 1 u. 2. p. 66.

Obraszoff, N., Ein Fall von Eklampsie bei Trommelfellschnitt. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXIII. 7.

Passow, A., Die Therapie d. chron. exsudativen Mittelohrentzündungen. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 9. p. 398.

Phthisie laryngée chronique, ses indications thérapeutiques. Gaz. des Hôp. 107.

Pritchard, Urban, The growth of otological science. Lancet Aug. 19.

Ray, J. Morrison, A case of sarcome of the tonsil; 3 removals; recurrence after each; death from metastases in mesentery and bowel. Med. News LXXV. 10. p. 302. Sept.

Rohrer, F., Anomalies of the auricle. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Roy, Dunbar, Some fallacies in the modern treatment of nose and throat diseases. Med. News LXXV. 8. p. 228. Aug.

Rudloff, P., Bericht über d. 8. Versammlung d. deutschen otol. Gesellschaft zu Hamburg am 19. u. 20. Mai 1899. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXXV. 1 u. 2. p. 147.

Rudloff, P., Versamml. deutscher Ohrenärzte u. Taubstummenlehrer. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 40.

Saxtorph Stein, V., Om Labyrinthlidelser. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 30.

Scheppegrell, W., The treatment of incipient laryngeal cancer. Med. News LXXV. 6. p. 171. Aug.

Schlagenhaufer, Friedrich, Ein Fall von cyst. Entartung d. Schleimhaut d. Nase u. ihrer Nebenhöhlen. Wien. klin. Wchnschr. XII. 35.

Schwabach, Ueber Erkrankungen d. Gehörorgans bei perniciöser Anämie. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXXV. 1 u. 2. p. 1.

Schwartze, H., Ueber erworbene Atresie u. Striktur d. Gehörgangs u. deren Behandlung. Arch. f. Ohrenhkde. XLVII. 1 u. 2. p. 71.

Schwendt, A., Untersuchungen von Taubstummen. Wien. med. Presse XL. 43.

Seiler, Carl, Facial eruptions due to intranasal disease. New York med. Record LVI. 8. p. 263. Aug.

Sendziak, Johann, Einige Bemerkungen betreffs d. operativen Behandl. d. Larynxkrebses. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXIII. 9.

Stetter, Zur conservativen Specialbehandlung d. chron. Mittelohreiterung. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 37. 38.

Strangways, F. W., The treatment of diseases of the ear. Physic. and Surg. XXI. 8. p. 361. Aug.

Sturmann, Zur Behandlung der Kehlkopftuberkulose. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 551.

Theobald, Treatment of acute otitis media following influenza. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 100. p. 137. July.

Toeplitz, Max, Sitzungsbericht d. laryngol. Sektion d. New York Academy of Medecine vom 26. April 1899. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXXV. 3. p. 276.

Tomka, S., Der Gebrauch der Schilddrüse in der Ohrenheilkunde. Ungar. med. Presse IV. 25.

Villaret, Die Zunahme d. Ohrenerkrankungen in unserer Armee. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXVIII. 8 u. 9. p. 462.

Woods, Robert, Chronic pharyngitis. Dubl. Journ. CVIII. p. 220. Sept.

Yearsley, Macleod, Notes on the use of suprarenal extract in rhinology. Brit. med. Journ. Oct. 14.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Vincent. IV. 2. Garampazzi, Hilbert, Kraus, Robinson, Rördam, Schaefer, Stanculeanu, Symonds; 3. Scheppegrell; 8. Adelung, Baumgarten, Bormans, Lapersonne, Touche; 9. Muck; 10. Róna; 11. Descos, Downie, Goldschmidt. V. 2. a. Berend, Borbéty, Cooper, Discussion, Gruening, Haug, Hegetschweiler, Honsell, Küttner, Mangold, Martin, Milligan, Muck, Nadoleczny, Reuling, Santi, Sattler, Scheppegrell, Spiess, Tscherning, Young. VII. Avellis. X. Baudoin, Bulson, Gruening, Hern, Mühsam. XIII. 2. Baumgarten, Libby, Mc Feely, Phillips, Somers. XVI. Oppenheim. XX. A.

XII. Zahnheilkunde.

Adloff, P., Ueber den gegenwärt. Stand unserer Kenntniss von d. Dentitionen. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XVII. 10. p. 457. Oct.

Bardach, H., Eine Variation d. doublirten Füllung. Wien. zahnärztl. Mon.-Schr. I. 8. p. 379.

Bericht über d. Verhandlungen d. 38. Jahresversamml. d. Centralvereins deutscher Zahnärzte. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XVII. 9. p. 420. Sept.

Bericht über die am 7. Mai 1899 in Gera abgehaltene Jahresversamml. d. zahnärztl. Vereins für Mitteldeutschland. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XVII. 9. p. 439. Sept.

Cantlie, James, The early decay of the teeth in Britain. Brit. med. Journ. Sept. 2.

Geist-Jacobi, G. P., Zahnheilkunde einst u. jetzt. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XVII. 9. p. 413. Sept.

Loos, Rudolf, Ein Satz von Wurzelhebeln f. den Unterkiefer. Oest.-ung. Vjhrschr. f. Zahnhkde. XV. 3. p. 275.

Natzler, S., Zahnarzt u. Zahntechniker. Wien. med. Presse XL. 36.

Partsch, C., u. Alfred Kunert, 4. Bericht d. Poliklinik f. Zahn- u. Mundkrankheiten d. zahnärztlichen Instituts d. kön. Univ. Breslau. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XVII. 9. p. 391. Sept.

Roemer, O., Die Wucherungen an d. Zahnwurzel. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XVII. 10. p. 449. Oct.

Stern, G. J., Streiflichter zur Beleuchtung zahnärztl. Heilmethoden. Wien. zahnärztl. Mon.-Schr. I. 8. p. 383.

Sternfeld, Alfred, Ueber d. sogen. frühzeitige Extraktion d. 6jähr. Molaren. Oest.-ung. Vjhrschr. f. Zahnhkde. XV. 3. p. 257.

Verhandlungen d. 23. Versamml. d. zahnärztl. Vereins f. d. Königreich Sachsen. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XVII. 10. p. 480. Oct.

Wolf, Moriz, Ein Beitrag zur Extraktion tief abgebrochener Wurzeln u. Einiges über d. Anatomie d. Kiefers u. d. Zähne. Oest.-ung. Vjhrschr. f. Zahnhkde. XV. 3. p. 279.

S. a. I. Harms, Roemer. VIII. Troitzky. XIX. Bickel. XX. Abonyi.

XIII. Pharmakologie u. Toxikologie.

1) *Allgem. Pharmakologie. Pharmacie.*

Bolognesi, Revue générale clinique sur les nouveaux remèdes. Bull. de Thér. CXXXVIII. 4. 6. 12. 14. p. 131. 215. 433. 566. Juillet 30, Oct. 15.

Bradbury, J. B., The place of pharmacology in the medical curriculum. Brit. med. Journ. Aug. 12.

Cabanès, Quelques remèdes secrets d'autrefois. Bull. de Thér. CXXXVIII. 7. p. 241. Août 23.

Gallois, Paul, Quelques nouveaux corps intéressants au point de vue pharmacologique. Bull. de Thér. CXXXVIII. 3. p. 82. Juillet 23.

Kionka, H., Ueber neuere Arzneimittel. Therap. d. Gegenw. N. F. I. 9. p. 411.

Lech, D. J., The evolution of pharmacy. Brit. med. Journ. Oct. 7.

Payne, J. C. C., The history of pharmacy in Ireland. Lancet July 29.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/326

Simon, De l'accoutumance aux médicaments. Gaz. hebd. XLVI. 62. — Gaz. des Hôp. 88.

S. a. II. Schwarz. IV. 3. Goldmann; 4. Osborne, Stadelmann; 5. Riegel. XVI. Schaefer. XIX. Becker, Medicinalkalender. XX. Oefele.

2) *Einzelne Arzneimittel.*

Ahlfeld, F., Der Alkohol als Desinficiens. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 2. p. 117.

Åhman, G., Om behandling af syfilis med merkuriol. Hygiea LXI. 8. s. 200.

Baccarani, Umberto, Ricerche comparative sull'eliminazione della urea, dell'acido solforico combinato e sulla tossicita'urinaria, in seguito alla somministrazione delle criofana et fenacetina. Rif. med. XV. 185.

Basso, D., Il protargol nella terapia oculistica. Gazz. degli Osped. XX. 91.

Batsch, Ileus u. Atropin. Grossenhain i. S. Herm. Starke. 8. 23 S. 1 Mk. 50 Pf.

Baumgarten, Egmont, Das Phenolum natrosulphoricinicum in d. Rhino-Laryngologie. Wien. klin. Wchnschr. XII. 35.

Beatty, Wallace, Mercury in disease of the heart. Dubl. Journ. CVIII. p. 257. Oct.

Bellu Forteleoni, Nicolò, Azione biologica dell'essenza di semesanto sui vertebrati superiori ed inferiori; azione dell'essenza sui cestodi e sui nematodi. Gazz. degli Osped. XX. 103.

Berlioz, F., Assimilation et élimination des phosphates et phosphites de créosoto et de gaïacol. Bull. de Thér. CXXXVIII. 5. p. 172. Août 8.

Bettmann, Ueber d. Behandl. d. gonorrhoischen Epididymitis mit Salicylpräparaten. Münchn. med. Wochenschr. XLVI. 38.

Bidoli, Lorenzo, Il lievito di birra in terapia. Gazz. degli Osped. XX. 106.

Blech, Gustav, Ueber Anwendung d. Jodpräparate in d. Chirurgie. New Yorker med. Mon.-Schr. XI. 7. p. 326. Juli.

Bloch, Richard, Dionin als schmerzstillendes Mittel. Therap. Monatsh. XIII. 8. p. 418.

Blomquist, Arvid, Merkuriol, ett nytt qvicksilferpreparat innehållande metallisk quicksilfver finfördeladt enlig en ny metod. Hygiea LXI. 8. s. 215.

Blumfeld, J., The prevention of sickness after anaesthetics. Lancet Sept. 23.

Boinet, Valeur thérapeutique du bleu de méthylène dans l'impaludisme. Bull. de Thér. CXXXVIII. 6. p. 193. Août 15.

Boross, E., Intravenöse Injektionen mit weinsteinsaurem Sublimat bei Infektion mit Streptokokken u. Staphylococcus pyogenes aureus. Ungar. med. Presse IV. 26 u. 27.

Boyd, James, The so-called abortive treatment of typhoid by calomel. Brit. med. Journ. Sept. 30. p. 852.

Bronner, Adolph, The use of homatropine in some cases of muscular asthenopia. Brit. med. Journ. Sept. 23. — Lancet Oct. 7.

Bumm, E., Der Alkohol als Desinficiens. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 3. p. 353.

Charpentier, H., Le bromoforme dans le traitement de la coqueluche. Revue d'Obstétr. XII. p. 229. Juillet—Août.

Cheesman, Edward R. R., Quinine as an antipyretic. Brit. med. Journ. Oct. 14. p. 1009.

Chelmonski, Adam, Jodnatrium u. Jodkalium als Heilmittel b. Blutungen. Arch. f. klin. Med. LXIII. 5 u. 6. p. 635.

Cipriani, Antonio Giuseppe, Experimentelles u. Klin. über d. Argentol, insbes. als Darmantisepticum. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 68.

Cipriani, Ant. Giuseppe, Erfahrungen über d. Behandl. d. Appetitlosigkeit (Anorexie) u. d. Erbrechens d. Schwindsüchtigen mit Validol. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 75.

Cohn, Georg, Die Physiologie u. Pharmakologie d. Caffeingruppe. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 40. 41.

von Criegern, Zur Kenntniss d. *Alexander*'schen Behandlungsmethode d. Phthisis durch Injektionen von Oleum camphoratum Ph. G. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 43.

Cullinan, N., Bromide of strontium in the treatment of epilepsy. Lancet Oct. 7.

Curti, Egisto, L'acido fenico per iniezone nella cura della pustola maligna. Gazz. degli Osped. XX. 106.

Cyon, E. von, Die physiolog. Herzgifte. Arch. f. Physiol. LXXVII. 5 u. 6. p. 215.

Derby, H., Holocain in d. operativen Augenheilkunde, seine Ueberlegenheit über Cocain, sein therapeut. Werth. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 4. p. 389.

Dematteis, Prospero, La cura dell'erisipela coll'unguento mercuriale. Gazz. degli Osped. XX. 118.

De Renzi, E., u. G. Boeri, Ueber d. Heilwirkung d. Thiocol „Roche". Deutsche med. Wchnschr. XXV. 32.

Dixon, Walter E., The physiological action of the alkaloids derived from anhalonium Lewinii. Journ. of Physiol. XXV. 1. p. 69.

Durdufi, G. N., Ueber gefässerweiternde Mittel. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLIII. 1 u. 2. p. 121.

Emmert, Protargol, ein neues Silberpräparat. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 19.

Eschle, Ueber die Wirkungsweise des Guajakolcarbonats gegen d. tuberkulöse Infektion. Bad. ärztl. Mittheil. LIII. 16.

Ewald, C. A., Chloral b. Magenneurosen. Therap. Monatsh. XIII. 10. p. 553.

Falk, Edmund, Beitrag zur Kenntniss d. Stypticinwirkung. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 4. p. 484.

Feer, E., Zur Bromoformbehandl. d. Keuchhustens. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 19.

Fessel, F., Ueber d. Verhalten d. Brom im Thierkörper. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 39.

Floret, Ueber d. Wirkung d. Protargols b. Erkrankungen u. Verletzungen d. Haut. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 40. Beil.

Friedeberg, Zur Anwendung d. Naftalan. Centr.-Bl. f. innere Med. XX. 31.

Friis, St., Behandl. d. akuten Rehe mit Antifebrin. Ztschr. f. Thierhkde. III. 4 u. 5. p. 308.

Funk, Notiz über d. Radikalbehandlung zweier Fälle von Lupus vulgaris mittels Guajakolpinselungen. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIX. 5. p. 216.

Gaglio, G., Su di un nuovo preparato per l'iniezione ipodermica ed endovenosa della chinina. Policlin. VI. 15. p. 383.

Galeazzi, R., ed A. Grillo, L'influenza degli anestetici sulla permeabilità renale. Policlin. VI. 18. p. 404.

Gastinel, Du permanganate de potasse dans le traitement de la dysentérie et de la rectite. Gaz. des Hôp. 101.

Gintl, F., Weitere Bemerkungen über d. Wirkung von Glaubersalzlösungen auf d. Salzsäurereaktion. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 345.

Gioffredi, Carlo, La piperazina nella cura dei tofi gottosi. Gazz. degli Osped. XX. 100.

Giuranna, G. B., A proposito del tiocolo *Roche*. Gazz. degli Osped. XX. 118.

Goldberg, Das Hydragonin u. dessen Wirksamkeit. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 538.

Gottschalk, S., Ueber das Stypticin bei Gebärmutterblutungen. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 8. p. 354.

Gren, Per, Om merkuriol och dens användning vid syfilis. Hygiea LXI. 8. s. 245.

Groedel, J., Bemerkungen zur Digitalisbehandl. b. chron. Kreislaufstörungen, insbes. über continuirl. Gebrauch von Digitalis. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 283.

Guaita, L., Azione della peronina sull'occhio umano, Settimana med. LIII. 40.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/327

Hare, H. A., A preliminary note on the use of asparagus as a diuretic. Therap. Gaz. 3. S. XV. 9. p. 589. Sept.

Heidingsfeld, Ueber Citrophen. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 65.

Hermann, Aug., Die Glycerinbehandl. d. Nephrolithiasis. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 519.

Hinshelwood, James, The use of euphthalmin, a new mydriatic. Brit. med. Journ. Sept. 23.

Hirschkron, Johann, Erfahrungen über schmerzstillende Mittel b. Rheumatismus, Gicht u. Neuralgien. Wien. med. Presse XL. 32.

Hodara, Menahem, Ueber den Gebrauch des Chrysarobin b. d. Pityriasis oder d. Eccema siccum seborrhoicum d. Gesichts u. d. Kopfhaut, b. d. Pityriasis capitis, d. Alopecia pityrodes et seborrhoica. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIX. 6. p. 264.

Hoor, Karl, Ueber d. baktericide u. Tiefen-Wirkung d. Argentamins. Centr.-Bl. f. Augenhkde. XXIII. p. 225. Aug.

Jacobäus, H., Om modere Sölvterapi. Ugeskr. f. Läger 5. R. VI. 35. 36.

Joanin, Valeur pharmacodynamique des dérivés hydraziniques. Bull. de Thér. CXXXVIII. 5. p. 176. Août 8.

Jollasse, Otto, Ueber Behandl. d. Chlorose mit Fe-Klystieren. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 37.

Jordan, Arth., Versuch mit Thiolum liquidum b. einigen Hautkrankheiten. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XVI. 32.

Kapelusch, Eugen, Ueber Chloroformnarkose. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 41.

Klein, Stanislaus, Die Eisensomatose, nebst einigen Bemerkungen über sogen. Anaemia infantum pseudoleucaemica. Therap. Monatsh. XIII. 10. p. 536.

Klink, Wilhelm, Grosse Heroindosen ohne Intoxikationserscheinungen. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 42.

Knape, Ernst V., Om järnresorptionen i digestionskanalen. Finska läkaresällsk. handl. XLI. 8. s. 978.

Kölbl, Friedrich, Ueber d. Behandl. d. Ekzems u. einiger anderer Hautkrankheiten mit Naftalan. Wien. med. Presse XL. 37. 38.

Leichtenstern, O., Ist Chloroform ein Bandwurmmittel? Ther. d. Gegenw. N. F. I. 9. p. 389.

Leistikow, Leo., Ueber Vasogenum spissum. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIX. 7. p. 323.

Lenné, Ist Djoëatin-Boersch (Antimellin) ein Heilmittel gegen Diabetes mellitus? Deutsche med. Wochenschr. XXV. 40. Beil.

Libby, George F., Treatment of suppuration of the middle ear with acetanilid. Med. News LXXV. 16. p. 493. Oct.

Lomonaco, D., u. L. Ponichi, Ueber d. Wirkung d. Chinins auf d. Malariaparasiten. Med. Centr.-Bl. XXXVII. 33.

Maberly, John, On the pharmacology of some South African plants. Lancet Sept. 30.

Mc Feely, J. D., An inoperable case of epithelioma of the larynx and neck treated with formalin injections. Brit. med. Journ. July 29.

Marer, Josef, Ueber Naftalanbehandlung d. Ekzems. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 41.

Marsh, Ernest L., On the value of perchloride of mercury as a desinfectant for flours. Glasgow med. Journ. LII. 4. p. 268. Oct.

Mazischewski, J., Die desinficirenden Eigenschaften d. Chinosols. Wojn.-med. Shurn. 1. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Melis Schirru, Benvenato, Iniezioni ipodermiche di fosfato acido di sodio nella clorosi. Gazz. degli Osped. XX. 124.

Mesnard, P. A., Le baume de Canada dans le traitement de la cystite. Presse méd. VII. 71.

Moncorvo, Sur la valeur des badigeonnages de gaïacol synthetique, comme moyen d'éclairer le diagnostic différentielle de la fièvre paludéenne et de la tuberculose aiguë ou subaiguë dans l'enfance. Bull. de l'Acad. 3. S. XLIII. 31. p. 230. Sept. 19.

Moyer, Harold N., The use of cascara sagrada in habitual constipation. Medicine V. 8. p. 652. Aug.

Nencki, M., et J. Zaleski, Sur le rôle et le sort des péroxydes de benzoyl et de calcium dans le canal digestif de l'homme et du chien. Arch. russes de Pathol. etc. VIII. 1. p. 71.

Neumann, Ueber subcutane Chininanwendung u. über Euchinin. Therap. Monatsh. XIII. 10. p. 547.

Oppenheim, H., Notiz über ein wenig beachtetes oder vergessenes Purgans (Cassia fistulosa). Therap. Monatsh. XIII. 8. p. 467.

Paschkis, Heinrich, Verordnungsweisen des Naftalan. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 76. 77.

Pascolett, Sigismondo, Le iniezioni di acido fenico nella cura del tetano. Gazz. degli Osped. XX. 103.

Penrose, Clement A., Infusion of salt solution with a special method for the administration of oxygen inhalations as a treatment in pneumonia. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 100. p. 127. July.

Phillips, Wendell C., A preliminary report upon the use of pure carbolic acid in the treatment of mastoid wounds and chronic suppuration of the middle ear. New York med. Record LVI. 10. p. 332. Sept.

Radestock, Ueber Jodpräparate u. deren Dosirung. Therap. Monatsh. XIII. 10. p. 551.

Reeb, Moritz, Weitere Untersuchungen über d. wirksamen Bestandtheile des Goldlacks (Cheiranthus Cheîri L.). Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLIII. 1 u. 2. p. 130.

Reina, G. B., Dell'uso dell'unguento mercuriale nella cura della pustola maligna. Gazz. degli Osped. XX. 124.

Rendle, A. C., Hydrobromate of hyoscine in chorea. Brit. med. Journ. July 29. p. 274.

Roberts, A. Milson, Arsenic as an external irritant. Lancet Sept. 9. p. 718.

Robin, A., et Binet, Action de l'arséniate de soude et de l'arsénite de potasse sur le chimisme respiratoire. Bull. de Thér. CXXXVIII. 11. p. 401. Sept. 23.

Roche, Antony, The use of bromide of strontium in epilepsy. Lancet Aug. 19. p. 512.

Roelig, Ed., Ueber Anwendung u. Wirkung von Aristol b. Brandwunden u. Verbrennungen. Deutsche Med.-Ztg. 56.

Rosemann, Rudolf, Ueber d. angebl. eiweisssparende Wirkung d. Alkohols. Arch. f. Physiol. LXXVII. 7 u. 8. p. 405.

Rosenbach, O., Chloralhydrat als Sedativum b. manchen Formen nervöser Dyspepsie. Therap. Monatsh. XIII. 9. 101. p. 475. 554.

Rossi, Andrea, Sul valore terapeutico del Tiocolo Roche. Gazz. degli Osped. XX. 97.

Rost, E., Ueber d. Schicksal d. o-Oxy-Chinolins u. über d. Ausscheidung d. gepaarten Schwefelsäuren im Harne d. Hundes, nebst einem Anhang über d. Zusammensetzung d. Chinosols. Arb. a. d. kaiserl. Gesundh.-Amte p. 298.

Ruhemann, J., Studie zur innern Anwendung d. Protargols. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 40. Beil.

Saalfeld, Edmund, Ueber Eigone. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 60.

Salkowski, E., Ueber d. antisept. Wirkung von Salicylaldehyd u. Benzoësäure-Anhydrit. Virchow's Arch. CLVII. 3. p. 416.

Santesson, C. G., Einige Versuche über d. Athmungswirkung d. Heroins. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 42.

Scholtz, W., Ueber d. Nachweis von Arsen auf biolog. Wege in d. Hautschuppen, Haaren, Schweiss u. Urin. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 42.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/328

Seifert, R., Guaiacol carbonate and creasote carbonate in bronchitis and pneumonia. Lancet Sept. 9.

Smith, J. G., Note on 12 cases of epileptic insanity treated by means of bromide of strontium. Lancet Aug. 12.

Sobel, Jacob, Dangers of headache powders. New York med. Record LVI. 14. p. 477. Sept.

Somers, Lewis S., Die Anwendung d. Xeroforms b. chron. eitr. Mittelohrentzündung. Wien. med. Presse XL. 39.

Stefanelli, P., Sulle iniezioni ipodermiche di sali di ferro, di manganese e di arsenico nella cura della clorosi. Settimana med. LIII. 40.

Steggall, S. L. J., The use of quinine in malarial hemoglobinuria. New York med. Record LVI. 8. p. 259. Aug.

Tappeiner, H. von, Ueber d. Wirkung d. Mucilaginosa. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 38. 39.

Tarutin, Ueber d. Wirkung d. Holocains auf d. menschl. Auge. Westn. oftalm. März—Juni. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Tereni, Simone, La risipola e le iniezioni ipodermiche di fenolo, in punti lontani dal focolaio d'infezione. Gazz. degli Osped. XX. 103.

Thiemich, Martin, Ueber d. Ausscheidung von Arzneimitteln durch d. Milch b. stillenden Frauen. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. X. 4. p. 495.

Tissot, De l'eau oxygénée en chirurgie. Gaz. des Hôp. 101.

Unna, P. G., Natronperoxydseife. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIX. 4. p. 167.

Vallon, Ch., et Wahl, Le bleu de méthylène comme hypnotique. Progrès méd. 3. S. X. 42.

Veasey, Clarence A., A note on the employment of solutions of toluidin-blue in external inflammatory disease of the eye. Therap. Gaz. 3. S. XV. 9. p. 586. Sept.

Vertun, Ueber Validol, ein neues Mentholpräparat. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 33.

Viquerat, Beiträge zur Tuberkulinfrage. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 10.

Wallace, G. B., u. A. R. Cushny, Ueber Darmresorption u. d. salin. Abführmittel. Arch. f. Physiol. LXXVII. 3 u. 4. p. 202.

Weber, Hermann, Ueber d. Wirksamkeit d. Protargols in einem Falle von Blennorrhöe b. Erwachsenen. Wchnschr. f. Ther. u. Hyg. d. Auges II. 42.

Welt Strauss, Rosa, Experimente über die keimtödtenden Fähigkeiten gewisser Augensalben. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 4. p. 388.

Werler, Oscar, Das lösl. metall. Quecksilber als Heilmittel. Berlin. S. Karger. Gr. 8. 36 S. mit 2 Tafeln.

Wierzbicki, Sigismund, Klin. Beobachtungen über d. Werth d. Heroins. Klin.-therap. Wchnschr. 27.

Winternitz, H., Ueber die Wirkung einiger Morphinderivate auf d. Athmung d. Menschen. Therap. Monatsh. XIII. 9. p. 469.

Wolf, Moriz, Einiges über Creolin insbes. dessen Wirkung auf Erysipel. Wien. med. Presse XL. 41.

Wunderlich, Zur Anwendung von Orthoform. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 40.

S. a. I. Einhorn, Lawrow. IV. 2. Haussmann; 4. Osborne, Stadelmann; 5. Meier, Milian, Winckler; 6. Koranyi; 9. Anderson, Aporti; 10. *Arzneiexantheme;* 11. Kattenbracker. V. 1. Schaeche, Tschistowitsch. VI. Beuttner. VII. Gossett. X. Jackson. XI. Bronner, Downie. XIV. 3. Bleyer. XV. Kaup, Mesnard, Nestchadimenko. XIX. Becker.

3) *Toxikologie.*

Audeoud, H., Note sur le vanillisme professionel. Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 10. p. 627. Oct.

Bassompierre et G. Schneider, Envenimation par la piqûre de la vive; accidents d'intoxication suraiguë; traitement par le sérum antivénimeux. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIV. 10. p. 301. Oct.

Berg, Henrik, Den kroniska alkoholismens behandling. Eira XXIII. 19.

Box, Charles R., A fatal case of poisoning by crystals of permanganate of potassium. Lancet Aug. 12. p. 411.

Brieger, Ueber d. Pfeilgift d. Wakamba (Deutsch-Ostafrika). Deutsche med. Wchnschr. XXV. 39.

Cardile, P., Sopra 2 casi d'avvelenamento per olio essenziale di trementina. Clin. med. ital. XXXVIII. 7. p. 441.

Coates, W. H., Poisoning by mercuric chloride (corrosive sublimate); death; necroscopy. Lancet Sept. 16. p. 784.

Dearden, W. F., Fragilitas ossium amongst workers in Lucifer match factories. Brit. med. Journ. July 29.

Deléarde, A., La colique saturnine. Gaz. des Hôp. 105.

Delobel, De l'empoisonnement par les champignons. Presse méd. VII. 78.

Deutsch, Wilhelm, Chron. Morphinismus; 2 gelungene Selbstentziehungen. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 31.

Emmerich, Otto, Moderne Gesichtspunkte b. d. Behandl. d. chron. Morphinismus. Deutsche med. Wochenschr. XXV. 31. Beil.

Garnier, L., Tentative d'empoisonnement par le sulfate de cuivre. Ann. d'Hyg. 3. S. XLII. 4. p. 356. Oct.

Gioffredi, C., Recherches ultérieures sur l'immunisation pour la morphine. Arch. ital. de Biol. XXXI. 3. p. 398.

Grawitz, E., Ueber Giftwirkungen d. Extractum filicis maris aethereum u. ihre Verhütung. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 38.

Guillery, Ueber d. Einfluss von Giften auf d. Bewegungsapparat d. Augen. Arch. f. Physiol. LXXVII. 7 u. 8. p. 321.

Hall, F. de Havilland, Plumbism and appendicitis. Lancet July 29. p. 302.

Harnack, Erich, Antwort auf d. Bemerkungen Prof. *Dreser's* zu meinem Aufsatze: Ueber d. Giftigkeit d. Heroins. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 31.

Haw, Walter H., Strychnine poisoning and its detection in exhumed bodies. Lancet Sept. 23.

Henriot, J., Intoxication saturnine par grattage d'obus. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIV. 8. p. 152. Août.

Holst, H. F., Et forgiftningstilfälde. [Lusesalve, Kviksölv.] Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 9. S. 1173.

Johannessen, Axel, Om ludforgiftninger. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 10. Forh. S. 100.

Langer, Josef, Untersuchungen über d. Bienengift. Abschwächung u. Zerstörung d. Bienengiftes. Arch. internat. de Pharmacodyn. et de Thér. VI. 3 et 4. p. 181.

Kionka, H., Die chron. Schwefelkohlenstoffvergiftung. Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 17. p. 569.

Köster, Georg, Beitrag zur Lehre von d. chron. Schwefelkohlenstoffvergiftung. Arch. f. Psych. XXXII. 2. p. 569.

Mandl, Hugo, Ein Fall von Morphiumvergiftung nach Einspritzung von 1 cg Morphium. Wien. med. Wochenschr. XLIX. 41.

Mitchell, J. K., A case of mercurial poisoning. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXVI. 8. p. 505. Aug.

Nason, Edward Noël, An outbreak of food poisoning at Nuneaton. Brit. med. Journ. Sept. 23. p. 791.

Palmieri, Armando, Avvelenamento acuto da atropina. Gazz. degli Osped. XX. 124.

Piga, Vincenzo, Il favismo. Clin. med. ital. XXXVIII. 6. p. 357. Giugno.

Pohl, J., u. E. Münzer, Ueber d. Verhältniss der subakuten Salmiakvergiftung zur Säurevergiftung. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XLIII. 1 u. 2. p. 28.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/329

Roncati, Cura del morfinismo. Gazz. degli Osped. XX. 100.

Rossiter, Charles E., Note on a case of poisoning by linimentum opii, with report of the necropsy. Lancet Oct. 14. p. 1016.

Schuler, Vergiftung durch Bromäthyl? Vjhrschr. f. öffentl. Geshpfl. XXXI. 4a. p. 696.

Vogel, Karl, Ein Fall von chron. Trionalvergiftung. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 40.

Wahncau, Kohlenoxydvergiftungen durch Gasbadeöfen. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XVIII. 2. p. 314.

Wanitschek, Ein Fall von plötzl. Tod während d. Narkose. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 37.

S. a. I. Wachholtz. II. Herringham, Santangelo. III. Forchheimer, Hartzell, Hoppe. IV. 5. Borchgrevink; 10. Leredde. X. Gallo. XIII. 2. Klink, Sobel. XIV. 4. Andrews. XVI. Brouardel. XIX. Becker. XX. Bombaugh.

XIV. Allgemeine Therapie.

1) *Bäder und Kurorte; Klimatologie.*

Balneologencongress, österreichischer. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 41. 42. 43.

Bosányi, Béla, Les sources chaudes sulfureuses de Budapest. Budapest. Eggenberger. 8. 16 pp.

Carles, P., L'eau gazeuse dite „de seltz". Gaz. des Hôp. 95.

Dapper, Carl, Ueber d. Indikationen d. schwachen Kochsalzquellen (Kissingen, Homburg) bei Magenkrankheiten. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 355.

Ewald, C. A., Die Kinderheilstätten an d. deutschen Seeküsten u. ihre prophylakt. u. curativen Erfolge. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 37.

Fiquet, A., Action de la douche-massage tempérée d'Aix-les-Bains sur la nutrition. Arch. gén. N. S. II. 2. p. 129. Août.

Fisk, Samuel A., Concerning Colorado. Med. News LXXV. 12. p. 360. Sept.

Grellety, Avantage du changement de station hivernale. Bull. de Thér. CXXXVIII. 4. p. 143. Juillet 30.

Helms, O., Kurstedet Davos. Ugeskr. f. Läger 5. R. VI. 40.

Hensen, H., Ueber d. Wirkung kohlensäurehaltiger Bäder auf die Cirkulation. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 35.

Langenhagen, Paul de, Menton som Vinteropholdssted. Ugeskr. f. Läger 5. R. VI. 37. 41.

Lindemann, E., Das Inselklima d. Nordsee nach Beobachtungen auf Helgoland. Therap. Monatsh. XIII. 8. p. 424.

Macalester, Richard K., Some clinical observations on the action of the thermal waters of Glenwood springs in gout and lithemia. Medicine V. 8. p. 644. Aug.

Manicus, H. T., Klimato-terapeutiske Meddelelser fra Madeira i de senere Aar. Hosp.-Tid. 4. R. VII. 32.

Müller, Franz C., Bericht über die neueren Leistungen auf dem Gebiete d. Balneotherapie u. Hydrotherapie. Schmidt's Jahrbb. CCLXIV. p. 73.

Spengler, A., Die Landschaft Davos als Kurort gegen Lungenschwindsucht. 2. Aufl. Davos. Hugo Richter. 8. 83 S. mit 2 Tabellen.

Stifler, Ueber physiologische Bäderwirkung. III. Berlin. Eugen Grosser. 8. 16 S.

Ullmann, Carl, Die Infektionsgefahren in d. Kurorten u. Schutzmaassregeln gegen dieselben. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 31—36.

Wick, Die Statistik in Kurorten. Wien. med. Wochenschr. XLIX. 40.

Ziffer, Emil, Die Elemente d. Klimas u. deren therapeut. Verwendung. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 36. 37. 38. 40.

S. a. I. Ziffer. II. Aron, Gottstein, Meissen. IV. 2. *Sanatorien;* 5. Dapper. VI. Robin. XX. Marcuse.

2) *Hydrotherapie, Massage, diätet. Kuren.*

Altdorfer, M., Some theoretical and practical remarks on hot air bath. Dubl. Journ. CVIII. p. 87. Aug.

Eulenburg, A., Ein vereinfachter Apparat zur Bewegungstherapie. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 31. Beil.

Ewer, L., Ein Zimmerboot als heilgymnast. Apparat. Aerztl. Polytechn. 8.

Fujikawa, Y., Die Massage in Japan. Centr.-Bl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. II. 15. 16.

Giertsen, Per Egeberg, Skulderleddets massage. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 9. S. 1147.

Grebner, F., Die mechanotherapeut. Beeinflussung d. Reaktionsfähigkeit d. Hirncentren. Wien. klin. Wochenschr. XII. 38. 39.

Herz, Max, Zur Indikationsstellung in d. maschinellen Heilgymnastik. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 8. p. 347.

Kolisch, Rudolf, Ueber d. Anwend. d. Wassers in d. innern Medicin. Klin.-therap. Wchnschr. 13. 14.

Kuthy, D., Zur Didaktik der Hydrotherapie u. Klimatologie in Ungarn. Wien. med. Presse XL. 39—41.

Rieder, H., Die neu errichtete mechan. hydriat. Abtheilung im Krankenhause München l. I. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 38.

S. a. IV. 2. Macalester, Wolff; 8. Belfàdel, Maréchal. Petrén, Wiener, Winternitz. V. 2. b. Truslow. VIII. Le Gendre. X. Schultz. XI. Burnett. XIV. 1. Fiquet.

3) *Elektrotherapie.*

Bleyer, J. Mount, On ozone and its generation by the static current for therapeutic use. New York med. Record LVI. 11. p. 366. Sept.

Debédat, X., Appareil inverseur-interrupteur rapide; considérations électrophysiologiques sur la dégénérescence musculaire. Ann. de la Policlin. de Bord. XI. 8. p. 113. Août.

Frankenhäuser, Vorläuf. Mittheilung über ein neues Verfahren zur langdauernden Anwendung starker galvan. Ströme. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 34.

Jaboulay, L'électrisation du sympathique cervical chez l'homme. Lyon méd. XCI. p. 548. Août.

Jaboulay, La faradisation du plexus hypogastrique et du plexus solaire. Lyon méd. XCII. p. 39. Sept.

Leviseur, J., Cutaneous electrolysis. New York med. Record LVI. 8. p. 262. Aug.

Zimmern, Les courants ondulatoires, leurs applications thérapeutiques, particulièrement en gynécologie. Presse méd. VII. 61.

S. a. I. *Elektrotechnik.* II. *Elektrophysiologie.* III. Battelli, Bill. IV. 10. Vollmer. XIV. 4. Lindemann, Salaghi. XVI. Prevost.

4) *Verschiedenes.*

Amat, Ch., La mycodermothérapie. Son emploi dans la furonculose. Bull. de Thér. CXXXVIII. 13. p. 481. Oct. 8.

Andrews, O. W., On the preparation and use of *Calmette's* antivenene. Brit. med. Journ. Sept. 9.

Ascoli, V., I metodi terapeutici introdotti in clinica dal Prof. *Guido Baccelli.* Policlin. VI. 19. p. 433. — Rif. med. XV. 176—179.

Babel, Revue critique des travaux suisses de thérapeutique. Bull. de Thér. CXXXVIII. 13. p. 491. Oct. 8.

Balvay, Etat infectieux grave traité par les injections de sérum artificiel. Lyon méd. XCI. p. 469. Août.

Bie, Valdemar, Remarks on Dr. *Finsen's* phototherapy. Brit. med. Journ. Sept. 30.

Biggs, Hermann M., The serum-treatment and its results. Med. News LXXV. 5. p. 137. July.

Boghean, Demetrius, Demonstration eines Respirationsapparates zur Regelung d. Tiefe u. d. Rhythmus d. Athmung auf rein maschinellem Wege. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 605.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/330

Burghart, Ein Apparat zur subcutanen u. intravenösen Infusion. Aerztl. Polytechn. 8.

Burghart, Beiträge zur Organotherapie. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 37. 38.

Burwinkel, Aerztlich-therapeut. Taschenbuch. Leipzig. Georg Thieme. 16. VI u. 107 S.

Butler, George F., Therapeutics, past, present and future. Medicine V. 8. p. 629. Aug.

de Cérenville, Contributions à l'opothérapie. Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 8. p. 512. Août.

Colleville, G., De la photothérapie à l'acétylène. Gaz. hebd. XLVI. 80.

Colombo, Carlo, e Mario Diamanti, La fototerapia. Gazz. degli Osped. XX. 121.

Curlo, G., Di una modificazione all'apparecchio per le iniezioni endovenose e la ipodermoclisi. Gazz. degli Osped. XX. 112.

Diehl, Die Suggestion in d. Hypnose, ein therapeut. Rüstzeug in d. Hand d. prakt. Arztes. Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 9. p. 652.

Encyklopädie der Therapie; herausgegeben von *Oscar Liebreich*. III. 2. Berlin. A. Hirschwald. Gr. 8. S. 321—640.

Ewald, C. A., Organotherapeutisches. Arsen u. Thyreoideapräparate (Jodothyrin). Ther. d. Gegenw. N. F. I. 9. p. 385.

Hofmann, A., Die Suggestionstherapie in der internen Medicin. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 37. 38.

Kattenbracker, Hermann, Das Lichtheilverfahren, begründet durch physiolog. Thatsachen u. prakt. Erfahrung. Allgemeinverständlich dargestellt. Berlin. Wilh. P. Berndt. 8. V u. 195 S. mit Abbildungen. 2 Mk. 50 Pf.

Klemperer, G., Ueber die Lichttherapie. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 8. p. 356.

Laborde, J. V., Contribution nouvelle à l'application de la méthode des tractions rythmées de la langue; 14 cas de résurrections vitales dans la période de 3 mois de vacances (juillet, août et septembre). Bull. de l'Acad. 3. S. XLII. 33. p. 273. Oct. 3.

Lacroix, P., An apparat for inhalation. Brit. med. Journ. Oct. 14.

Lereboullet, Sérothérapie reconstituante par le sérum de lait. Gaz. hebd. XLVI. 59.

Liebersohn, E. A., Ein Apparat f. d. Anwendung von heissem strömenden Dampfe. Aerztl. Polytechn. 9.

Lindemann, E., Ueber Elektrotherm-Compressen (elektr. erwärmte Umschläge). Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 38.

Logan, Roderic, The use of antistreptococcic serum. Brit. med. Journ. Sept. 30. p. 852.

Mossé, Prosper, L'opothérapie ovarienne. Gaz. des Hôp. 114.

Organotherapie s. IV. 8. *Allan, Boinet, Salomon;* 9. *Anderson, Bate, Remlinger, Stoeltzner.* XI. *Tomka, Yearsley.* XIV. 4. *Burghart, de Cérenville, Ewald, Mossé, Schäfer, Sugár.* XX. *Neuburger.*

Reich, Nikolaus, Der Thermo-Aërophor. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 628.

Rosenfeld, M., Ueber d. therapeut. Verwerthung d. Röntgenstrahlen. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 9. p. 413.

Rost, Ueber d. Verwendung ausschliessl. Rectalernährung. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 31.

Salaghi, S., Termoforo elettrico per applicazioni locali del calore. Settimana med. LIII. 30.

Salaghi, S., Delle applicazioni locali del calore mediante gli apparecchi a circolazione di aria o d'acqua calda. Settimana med. LIII. 39.

Schäfer, E. A., and Swale Vicent, The physiological effects of extracts of the pituitary body. Journ. of Physiol. XXV. 1. p. 87.

Seelye, H. H., Psychotherapy, or suggestion as a cause and cure of disease. New York med. Record LVI. 10. p. 325. Sept.

Serumtherapie s. III. *Dietrich, von Dungern,* *Freund, Kassowitz, Padoa, Seng, Tavel, Tizzani, Vincenzi, Weisbecker, Wlaeff.* IV. 2. *Babes, Baskett, Bierens, Cowen, Doty, Garampazzi, Giulio, Holsti, James, Maurice, Myschkin, Padoa, Pascoletti, Rice, Schmidt, Schmitt, Sigel, Wullenweber, Yoanna;* 8. *Woolacott;* 10. *Callari.* V. 1. *Baduel.* VII. *Grimsdale.* VIII. *Soncini.* IX. *Cullerre.* XIII. 3. *Bassompierre.* XIV. 4. *Balvay, Biggs, Lereboullet, Logan.*

Sharp, J. Gordon, The law of the incompatibility in treatment. Lancet Sept. 23.

Sugár, K., Der gegenwärtige Stand d. Schilddrüsenbehandlung u. ihre Anwendung in der Ohrenheilkunde. Ungar. med. Presse IV. 34 u. 35.

Therapeutisches von d. 71. Versamml. deutscher Naturforscher u. Aerzte zu München. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 10. p. 451.

Umber, F., Therapeut. vom französ. Congress für innere Medicin. Ther. d. Gegenw. N. F. I. 9. p. 409.

White, A. Campbell, Liquid air, its application in medicine and surgery. New York med. Record LVI. 4. p. 109. July.

S. a. I. Below, Bokemeyer, Pavy, Popoff. IV. 5. Einhorn, Gillespie; 9. Oliver, Zachrisson; 10. Durlacher, Monro; 11. Kattenbracker. XV. Below. XIX. Dudgeon. XX. Beck, Meyer, Szczepanski.

XV. Hygieine. Sanitätspolizei. Gewerbekrankheiten.

Aikin, W. A., Improved ventilation. Brit. med. Journ. Sept. 2. p. 628.

Alkohol s. XIII. 2. *Ahlfeld, Bumm, Rosemann;* 3. *Berg.* XV. *Baer, Butler, Forel, Kraepelin, Offer, Polter, Reid, Woodhead.* XVI. *Sutherland.*

Arnould, E., et H. Surmont, Souillures et microbes du sol. Echo méd. du Nord III. 36.

Aubert, De l'imperméabilisation du sol des habitations collectives des malades. Ann. d'Hyg. 3. S. XLII. 4. p. 362. Oct.

Auerbach, Norbert, Sanatogen in d. Kinderpraxis. Therap. Monatsh. XIII. 9. p. 486.

Babucke, F., Ueber d. Kohlensäureverunreinigung d. Luft in Zimmern durch Petroleumöfen. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXII. 1. p. 33.

Baer, A., Der Einfluss d. Jahreszeit auf d. Trunksucht. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 36.

Barth, Zur Untersuchung d. Schwimmschüler. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXVIII. 8 u. 9. p. 507.

Beclère; Chambon; Ménard et Coulomb, Transmission intra-utérine de l'immunité vaccinale et du pouvoir antivirulent du sérum. Gaz. des Hôp. 95.

Below, E., Volkshygieine u. Lichttherapie. Arch. f. Lichtther. I. 1.

Borntraeger, J., Diätvorschriften f. Gesunde u. Kranke jeder Art. 3. Aufl. Leipzig 1900. Hartung u. Sohn. Gr. 16. 36 Abth. 2 Mk.

Boyer, Arthur Irving, An improvised vaccine expeller. New York med. Record LVI. 13. p. 445. Sept.

Brault, J., Hygiène et l'émigrant dans les colonies Africaines. Gaz. des Hôp. 84. 86.

Brosin, Noch einmal d. Lucas Cranach-Ausstellung als Beitrag zur Frauenkleidungsreform. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 35.

Brouardel, P., L'hygiène. Ann. d'Hyg. 3. S. XLII. 4. p. 289. Oct.

Brudzinski, J., Ueber d. Emulsionszustand d. Fettes in d. *Gaertner'*schen Fettmilch. Therap. Monatsh. XIII. 9. p. 478.

Butler, William, The influence of heredity upon the drink habit. Lancet Sept. 30. p. 908.

Campbell, Colin, The technique of vaccination. Brit. med. Journ. Sept. 2.

Darling, Eugene A., The effects of training.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/331

Boston med. and surg. Journ. CXLI. 9. 10. p. 205. 229. Aug., Sept.

Discussion on the means of preventing the spread of infection in elementary schools. Brit. med. Journ. Sept. 2.

Discussion on recent vaccination legislation and the prevention of small-pox. Brit. med. Journ. Sept. 2.

Discussion sur les étangs de la Dombes. Lyon méd. XCII. p. 17. 57. 87. 123. 160. Sept., Oct.

Dove, R. Atkinson, An investigation into the bacteriology (aërobic) of the air as found in schools. Brit. med. Journ. Sept. 2.

Drouineau, A., Le sucre, sa valeur alimentaire, ses rapports avec le travail musculaire. Gaz. des Hôp. 102.

Dunbar, Zur Frage über d. Natur u. Anwendbarkeit d. biolog. Abwasserreinigungsverfahren, insbes. d. Oxydationsverfahren. Vjhrschr. f. öff. Geshpfl. XXXI. 4. p. 625.

Edel, Alexander, Die Schulhygieine nebst Bemerkungen zur Schulreform. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 31.

Finger, E., Ist d. gegenwärt. Organisation d. ärztl. Ueberwachung d. Prostitution verbesserungsfähig? Wien. klin. Wchnschr. XII. 36. 37.

Finkelnburg, Ueber Gesundheitsbeschädigungen in Folge d. Kuhpockenimpfung u. d. Maassnahmen zur Verhütung ders. vom sanitätspolizeil. Standpunkte. Centr.-Bl. f. allg. Geshpfl. XVIII. 9 u. 10. p. 357.

Flachs, R., Warum lassen wir unsere Kinder impfen? Dresden. O. V. Böhmert. 8. 15 S.

Fluteau, J. B., et G. Carlier, Les eaux de Versailles. Ann. d'Hyg. 3. S. XLII. 3. p. 209. Sept.

Forel, Aug., La question des asiles pour alcoolisées incurables. Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 8. p. 522. Août.

Fowler, W. E., A typical case of vaccinella. New York med. Record LVI. 13. p. 445. Sept.

Fürst, Livius, Kann man Impfpocken aseptisch halten? Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 39.

Fürst, Livius, Die neueren Phasen d. Molkereiwesens u. d. Säuglingsernährung von *Liebig* bis *Backhaus*. Therap. Monatsh. XIII. 10. p. 542.

Gärtner, A., Sind Kinderspiel- (Puppen-) Service zu Ess-, Trink- u. Kochgeschirren zu rechnen u. sind sie als gesundheitsschädlich anzusehen. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XVIII. 2. p. 340.

Gasteazoro, Mariano, Die öffentl. Gesundheitspflege in Uruguay. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 35.

Geelmuyden, Sneblindhed og solbrändthed. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XIV. 10. Forh. S. 104.

Heim, Max, Ueber Fortschritte in d. Ernährungstherapie u. d. Bedeutung einiger neuerer Eiweisspräparate. Therap. Monatsh. XIII. 9. p. 489.

Hoerschelmann, Ernst, Ernst Blessig u. Ernst Masing, Zur Frage d. sexuellen Hygieine. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XVI. 39.

James, J. Brindley, Death certification. Brit. med. Journ. Sept. 2.

Kaup, Igo, Die Wohnungsdesinfektion mit Formaldehyd. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 42. 43.

Kemna, Ad., Les eaux potables. Belg. méd. VI. 42. p. 484.

Kraepelin, Neuere Untersuchungen über d. psych. Wirkungen des Alkohols. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 42.

Kroczak, Ferdinand, Staubgefahr u. Gegenwehr. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 34. 37. 38.

Lauff, Ueber Brunnenanlagen u. Trinkwasserbeurtheilungen. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXVIII. 8 u. 9. p. 487.

Lennhoff, Wohlfahrtseinrichtungen f. d. Arbeiter d. kön. preuss. Wasserbauverwaltung. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 32.

Lichtenfelt, H., Ueber Tropon. Berl. klin. Wochenschr. XXXVI. 42.

Lowndes, Fred. W., Kissing the bool. Lancet Sept. 30. p. 909.

Lübbers, A., Lidt om Sö-karantänen her hjemme i gamle Dage og Nutiden. Ugeskr. f. Läger 5. R. VI. 38. 39.

Lueddeckens, Impfung u. Mückenstiche. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 39.

Manby, E. Petronell, Meat inspection and the abolition of private slaughter houses. Brit. med. Journ. Sept. 2.

Marsden, R. Sydney, Overcrowding in secondary schools. Brit. med. Journ. Sept. 2.

Mesnard, P. A., Désinfection des chambres de malades par l'aldéhyde formique gazeux. Presse méd. VII. 82.

Moore, John William, The water supply of Dublin. Dubl. Journ. CVIII. p. 177. Sept.

Mouton, J. M. C., De school-artsen te Wiesbaden. Nederl. Weekbl. II. 9.

Nestchadimenko, P., De la désinfection des locaux à l'aide de la formaline. Arch. russes de Pathol. etc. VIII. 1. p. 71.

Neumann, R. O., Ueber Soson, ein aus Fleisch hergestelltes Eiweisspräparat. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 40.

Offer, Th. R., u. E. Rosenquist, Ueber die Unterscheidung d. weissen u. dunklen Fleisches f. d. Krankenernährung. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 43.

Offer, Theodor Robert, Inwiefern ist Alkohol ein Eiweisssparer? Wien. klin. Wchnschr. XII. 41.

Pettersson, Alfred, Experiment. Untersuchungen über d. Conserviren von Fleisch u. Fisch mit Salzen. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 42.

Pfuhl, E., Bemerkungen zu d. Arbeit: „Ueber d. Filtrationskraft d. Bodens u. d. Fortschwemmung von Bakterien durch d. Grundwasser“ von *Abba, Orlandi* u. *Rondelli*. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXI. 3. p. 497.

Pfuhl, E., Untersuchungen über d. Keimgehalt d. Grundwassers in d. mittelrhein. Ebene. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXII. 1. p. 118.

Pinkhof, H., Krachtige voeding. Nederl. Weekbl. II. 10.

Post, R. von, Om spott koppar till skydd mot tuberkulos m. f. sjukdomar. Eira XXIII. 17. 18.

Potter, John Hope, Alcohol and its relation to heredity. Brit. med. Journ. Sept. 30. p. 880.

Preininger, V., Die Prager Assanation. Vjhrschr. f. öff. Geshpfl. XXXI. 4. p. 720.

Rabinowitsch, Lydia, u. Walter Kempner, Bemerkungen zu Prof. *Ostertag's* Arbeit „über d. Virulenz d. Milch von Kühen, welche lediglich auf Tuberkulin reagirten, klin. Erscheinungen d. Tuberkulose aber nicht zeigen“, sowie Erwiderung auf seine unsern diesbezüglichen Untersuchungen gegenüber gemachten Einwände. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXVI. 10.

Reed, Boardman, Displacements and dilatations of the abdominal organs; their relation to faulty modes of dress, and their treatment. Therap. Gaz. 3. S. XV. 9. p. 581. Sept.

Reid, G. Archdall, Alcoholism in its relation to heredity. Brit. med. Journ. Sept. 16.

Ring, Om Ligsyn paa Landet. Ugeskr. f. Läger 5. R. VI. 39.

Rosenbach, O., Der Gesichtsschleier als Ursache d. Nasenröthe. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 41.

Rositzky, Alexander v., Ueber ein einfaches, f. d. prakt. Arzt bestimmtes Verfahren zur Kleiderdesinfektion mittels Formaldehyds. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 42.

Rybák, Johann, Bericht über d. Thätigkeit d. Staatsimpfstoffgewinnungsanstalt in Neuhaus (Böhmen). Prag. med. Wchnschr. XXIV. 38. 39. 40. 42.

Saltet, R. H., Het ontwerp van wet tot regeling

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/332

van het staatstoezicht op de volksgezondheid. Nederl. Weekbl. II. 16.

Schmidtmann, Obergutachten über d. Brauchbarkeit d. Norddeicher Fischteiches f. d. Herstellung einer Trinkwasseranlage. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XVIII. 2. p. 332.

Schrimpl, Franz, Ueber die Organisation des Sanitätsdienstes b. d. k. k. Tabakfabriken. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 30—33.

Seelos, Neue Versuche über die Unschädlichmachung von Stärkefabrikabwässern. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXI. 3. p. 469.

Shelly, C. E., The pollution of the river Lee. Brit. med. Journ. July 29. p. 315.

Siegfried, Martin, Zur Mechanik u. Physiologie d. Cyklistik. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 33.

Steinhardt, Ignaz, Zum augenblickl. Stand d. Schularztfrage in Deutschland. München. Seitz u. Schauer. Gr. 8. 20 S. 80 Pf.

Stevenson, Thomas, and Arthur P. Luff, Somatose and meat extracts. Lancet Sept. 30.

Symons, W. H., The disinfection of books and other articles injured by steam. Brit. med. Journ. Sept. 2.

Ustvedt, Yngvar, Hygieniske undersögelser i Finmarkens fiskevär. Tidsskr. f. d. norske lägeforen. XIX. 18. S. 623.

Versammlung d. deutschen Vereins f. öffentl. Gesundheitspflege, Nürnberg, 13.—15. Sept. 1899. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 38. — Münchn. med. Wochenschr. XLVI. 39. 40.

Vollmer, E., Ueber Verbreitung ansteckender Krankheiten durch d. Schulbesuch. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 34.

Wodtke, Ueb. Gesundheitsschädigungen in Fabriken von Sicherheitszündhölzchen durch doppeltchromsaures Kali. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XVIII. 2. p. 325.

Woodhead, G. Sims, The influence of heredity upon the drink habit. Lancet July 29.

Zahn, Ueber Wohnungsdesinfektion. Ver.-Bl. d. pfälz. Aerzte XV. 9. p. 174.

S. a. I. Groot, Taylor. II. Albu, Barbèra, Plesoianu, Weygandt. III. Battelli, Eyre, Henseval. IV. 2. Amat, Woltemas; 8. Allan; 10. Judd, Winternitz; 11. Blaschko, Brown, Barthélemy, Caro, Charmeil, Conférence, Fournier, Frank, Hallopeau, Holstein, Kopp, Lassar, Malthus, Neisser, Verchère, Welch. VIII. Chapin, Klautsch, Koplik, Rubner. X. Bickerton, Cayley, Dunlop, Gallo, Schroeder, Schultz, Snell, Uhthoff. XIII. 2. Marsh; 3. Audeoud, Dearden, Delobel, Johannessen, Nason, Wahncau. XIV. 1. Ullmann. XVII. Crosby. XIX. Bolin, Discussion. XX. Beck.

XVI. Staatsarzneikunde. Gerichtliche Medicin. Unfall-Heilkunde.

Briand, Marcel, De l'intervention chirurgicale chez les aliénés au point de vue médico-légal. Ann. méd.-psychol. 8. S. X. 2. p. 237. Sept.—Oct.

Brouardel, P., et Ch. Vibert, Inculpation de l'intoxication par l'huile de foie de morue phosphorée. Ann. d'Hyg. 3. S. XLII. 2. p. 113. Août.

Coliez, Considerations médico-légales sur les accouchements inconscients. Revue d'Obstetr. XII. p. 234. Juillet—Août.

Cowan, F. M., Het geval Vemer [Gutachten über d. Geisteszustand eines Mörders]. Psychiatr. en neurol. Bladen 5. blz. 523.

Däubler, C., Ueber d. Unterscheidung menschl. u. thier. Blutes durch Messung von Grössenunterschieden rother Blutkörperchen. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XVIII. 2. p. 258.

Escande de Messières, Des maladies provoquées ou simulées chez les condamnés aux travaux forcés. Ann. d'Hyg. 3. S. XLII. 3. p. 278. Sept.

Figenschau, K. J., Om et tilfälde af ligfödsel. Tidsskr. f. d. norske lägeforen. XIX. 16. S. 544.

Geill, Christian, Die Ruptur innerer Organe durch stumpfe Gewalt. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XVIII. 2. p. 205.

Götte, Was bringt das bürgerliche Gesetzbuch den deutschen Aerzten Neues? Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 43.

Gundorow, M., Ein Fall von Blitzschlag mit Ausgang in Genesung. Woj.-med. Shurn. 2. — Petersb. med. Wchnschr. Revue d. russ. med. Ztschr. 7.

Haag, Ein Beitrag zur Casuistik d. criminellen Schädelverletzungen. Württemb. Corr.-Bl. LXIX. 29.

James, J. Brindley, Reform in the coroners court. Brit. med. Journ. Sept. 2.

Kreuser, Beitrag zur forens. Würdigung d. Selbstanklagen von Geisteskranken. Allg. Ztschr. f. Psych. LVI. 4. p. 501.

Lewin, L., u. Strassmann, 2 gutachtl. Aeusserungen über d. Blutbefund b. d. Polnaer Mordprocess. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 42.

Littlejohn, Harvey, Medico-legal notes. Edinb. med. Journ. N. S. II. 3. p. 222. Sept.

Mac Donald, Carlos F., The legal versus the scientific test of insanity in criminal cases. New York med. Record LVI. 13. p. 433. Sept.

Malvoz, E., La petréfaction dans ses applications à la médecine légale. Ann. d'Hyg. 3. S. XLII. 4. p. 314. Oct.

Motet, A., La réforme des expertises médico-légales. Ann. d'Hyg. 3. S. XLII. 2. p. 188. Août.

Oppenheim, L., Fahrlässige Behandlung u. fahrlässige Begutachtung von Ohrenkranken. Rechtsgutachten. Mit einer Einleitung über d. Nothwendigkeit eines Examens über Ohrenheilkunde in d. Approbationsprüfung d. Aerzte von *O. Körner*. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXXV. 3. p. 225.

Pelman, Gutachten über den des Mords angeschuldigten B. W. Irrenfreund XL. 7 u. 8. 1898.

Prevost, J. L., et F. Battelli, La mort par les courants électriques (courants alternatifs et courants continus). Revue méd. de la Suisse rom. XIX. 9. p. 545. Sept.

Sadikoff, J.. Ueber Begutachtung d. Verletzungen vom Standpunkte d. gerichtl. Medicin. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XVI. 37.

Schaefer, Karl, Kann an einem Recept Urkundenfälschung begangen werden? Münchn. med. Wochenschr. XLVI. 34.

Schäffer, Allerlei aus d. Unfallpraxis. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. VI. 8. 9. p. 257. 292.

Schermers, D., De verzorging van misdadige krankzinnigen en van krankzinnigen misdadigers. Nederl. Weekbl. II. 12.

Stern, E., Isolirte Pankreasverletzungen. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XVIII. 2. p. 275.

Stooss, Karl, Die Aerzte u. d. Strafgesetz. Württemb. Corr.-Bl. LXIX. 35.

Stucki, R., Zur Frage d. Haftpflicht bei Hernienunfällen. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 19.

Sutherland, J. F., Urgency of lesgislation fro the well-to-do inebriate. Brit. med. Journ. Sept. 16.

Tellegen, Een geval van simulatie van krankzinnigheid. Psychiatr. en neurol. Bladen 5. blz. 547.

Tyrman, Josef, Betrachtungen über simulirte Krankheiten u. deren forens. Beurtheilung durch Militärärzte. Militärazt XXXIII. 19 u. 20.

Walckenaer, C., Soins a donner aux foudroyés. Gaz. des Hôp. 112.

S. a. I. Wachholz. III. Battelli, Daniels. IV. 2. Büdingen; 8. Sachs, Schuster. V. 2. c. Kocher; 2. e Heymann. VI. Brothers. VII. Knepper. IX. Bonhoeffer, Discussion, Hospital, Nicolson, Reeling. XIII. 3. *Gerichtliche Toxi-*

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/333

kologie. XIX. Biberfeld, Becker, Terburgh. XX. Bombaugh, Tietz.

XVII. Militärärztliche Wissenschaft.

Brackett, Elliott G., Volunteer aid work in foreign territory. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 8. p. 188. Aug.

Brunner, C., Die Verwundeten in den Kriegen der alten Eidgenossen. Geschichte der Kriegschirurgie in schweizerischen Landen. Schweiz. Corr.-Bl. XXIX. 19. p. 595.

Crosby, Dixi, The health of troops in the tropics. New York med. Record LVI. 10. p. 358. Sept.

Devine, William H., Improvements in army medical service, suggested by experience in the late war. Boston med. and surg. Journ. CXLI. p. 157. Aug.

Majewski, Konrad, Ueber eine aus Montur- u. Rüstungssorten d. Infanteristen improvisirte Vorrichtung zum Tragen d. Verwundeten am Rücken. Wien. med. Presse XL. 34.

Merlin, Das neue Seeambulanzschiff d. österr. Ges. vom rothen Kreuze. Militärarzt XXXIII. 15 u. 16.

Ogston, Alexander, The medical services of the army and navy. Brit. med. Journ. Aug. 5. — Lancet Aug. 5.

Steiner, J., Die Feldlazarethübung d. kön. bayer. Sanitätscorps im Herbst 1898. Militärarzt XXXIII. 15 u. 16.

Westerman, C. W. J., De kogel-quaestie. Nederl. Weekbl. II. 8.

S. a. IV. 2. Sanglé, Welch; 11. v. Vogel, Würdinger. X. Mc Hardy. XI. Villaret. XVI. Tyrman. XX. Hecker, Kirchenberger.

XVIII. Thierheilkunde. Veterinärwesen.

Bärner, Eine seltenere Kolikursache. Ztschr. f. Thiermed. III. 4 u. 5. p. 333.

Dexler, H., Anatom. Untersuchungen über den Hydrocephalus acquisitus d. Pferdes. Ztschr. f. Thiermed. III. 4 u. 5. p. 242.

Lépine, R., et B. Lyonnet, Etude sur l'infection typhique chez le chien. Revue de Méd. XIX. 8. p. 577.

Petit, G., Péricardite hémorrhagique chronique du chien. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 619. Juin.

Petit, G., Sur un cas de péricardite chronique du cheval. Bull. et Mém. de la Soc. anat. 6. S. I. p. 723. Juillet.

Rátz, Stefan von, Parasiten im Magen des Schweines. Ztschr. f. Thiermed. III. 4 u. 5. p. 322.

Réfik-Bey et Réfik Bey, La peste bovine en Turquie. Ann. de l'Inst. Pasteur XIII. 7. p. 596. Juillet.

Woodhead, G. Sims., The training and the work of the veterinary surgeon. Brit. med. Journ. Oct. 7. — Lancet Oct. 7.

S. a. II. *Zoologie, vergleichende Anatomie u. Physiologie.* III. *Vergleichende Pathologie, Thierexperimente.* IV. 2. Lesieur; 3. Leichtenstern; Cohn, Korbelius. XIII. 2. Friis, Nencki.

XIX. Medicin im Allgemeinen. Ausbildung der Aerzte. Standesinteressen. Hospitäler. Volksschriften. Statistik.

Allbutt, Thomas Clifford, On theory and practice. Lancet Oct. 7.

Aronstam, N. E., Matrimony. Physic. and Surg. XXI. 8. p. 377. Aug.

Bail, Die Verwaltung d. städt. Krankenhauses in Friedrichshain zu Berlin 1874—1899. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 40.

Biberfeld, Der Arzt in d. Reichsgesetzgebung. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 37. 39. 41.

Becker, Carl, Handbuch der Medicinalgesetzgebung im Königr. Bayern. Heft III. Apotheken, Arzneimittel u. Gifte. München. J. F. Lehmann. 8. V u. 454 S. 10 Mk.

Bickel, Otto, Arzt u. Zahnarzt. New Yorker med. Mon.-Schr. XI. 7. p. 324. Juli.

Biedert, Zur Reform d. deutschen Naturforscher- u. Aerzteversammlung. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 37.

Blacker, G. F., University College Hospital, its past and its future. Brit. med. Journ. Oct. 7. — Lancet Oct. 7.

Blake, Clarence J., A hospital clearing house. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 8. p. 186. Aug.

Bloch, Iwan, Die geschichtliche Entwicklung d. wissenschaftl. Krankenpflege. [Berl. Klin. Heft 136.] Berlin. Fischer's med. Buchh. 8. 30 S. 1 Mk. 20 Pf.

Bolin, Ernst, Om helso-och sjukvården i Upsala stad år 1898. — Sjnkligheden i Upsala under året 1898. Upsala läkarefören förhandl. N. F. IV. 8 o. 9. s. 607. 617.

Brauser, Zu d. bayerischen Aerztekammern vom J. 1899. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 33.

Brauser, Der Gesetzentwurf über d. ärztl. Standes- u. Ehrengerichtsordnung vor dem bayrischen Landtage. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 42.

British medical Associaton, 67. annual meeting, held in Portsmouth, Aug. 1.—4. 1899. Brit. med. Journ. Aug. 5. 12. 19; Sept. 2. 9. 16. 23. 30; Oct. 14. — Lancet Aug. 5. 12. 19.

Bruce, J. Mitchell, The outlook in medicine and its lessons. Brit. med. Journ. Oct. 7. — Lancet Oct. 7.

Cabanès, La médecine dans les ordres réligieux. Bull. de Thér. CXXXVIII. 14. p. 513. Oct. 15.

Congrès de l'association française pour l'avancement des sciences. XXVIIIe. session tenue à Boulogne-sur Mer du 14 au 21. Sept. Gaz. des Hôp. 109. 110.

Congress, internationaler, d. Aerzte d. Lebensversicherungsgesellschaften zu Brüssel. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 42.

Crichton-Browne, James, The quest of the ideal. Brit. med. Journ. Oct. 7. — Lancet Oct. 7.

Dickinson, W. Howship, Medicine, old and new. Brit. med. Journ. Oct. 7. — Lancet Oct. 7.

Dietz, Paul, La pratique journalière. Belg. méd. VI. 36. p. 295.

Discussion on the medical tests for admission to the public services. Brit. med. Journ. Sept. 2.

Dudgeon, E. R., What is homoeopathy? Brit. med. Journ. Sept. 23. p. 816.

Ehlers, Die Statistik d. Todesursachen. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 39.

Ellis, R., An international language for scientific men; is it a possibility? New York med. Record LVI. 10. p. 334. Sept.

Erblichkeit s. II. *Bernhart, Palmer, Reid.* IV. 6. *Pel;* 9. *Billings, Londe;* 11. *Pinard, Raymond.* XV. *Butler, Potter, Woodhead.*

Gairdner, William T., 2 disciplines in education. Brit. med. Journ. Oct. 7. — Lancet Oct. 7.

Garrett Anderson, Elizabeth, The method of studying medicine. Brit. med. Journ. Oct. 7. — Lancet Oct. 7.

Gleeson, Eduard J., Physician, priest and patient. Physic. and Surg. XXI. 7. p. 301. July.

Groddeck, Ueber Messen u. Wägen in d. ärztl. Thätigkeit. Wien. med. Presse XL. 43.

Grunmach, F., Ueber d. diagnost. u. therapeut. Bedeutung d. X-Strahlen f. d. innere Med. u. Chirurgie. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 37.

Harboe, L., Medicinsk höiskole i Bergen. Tidsskr. f. d. norske lägeforen. XIX. 16. S. 539.

Harrington, Thomas F., Philosophy of sickness. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 7. p. 154. Aug.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/334

Hermann, L., Bemerkungen zu einigen neuen Wortbildungen. Centr.-Bl. f. Physiol. XIII. 15.

Herzfeld, Georg, Hilfs- u. Taschenbuch f. Vertrauensärzte. Leipzig. Arwed Strauch. 16. 92 S. 1 Mk. 80 Pf.

Hughes, Alfred W., On the present condition of medical education. Lancet Oct. 14. — Brit. med. Journ. Oct. 14.

Index-Catalogue of the library of the Surgeon-Generals Office, United states army. 2. S. Washington. Government printing office. 4. 917 pp.

Kabell, S., Om Fällestakst. Ugeskr. f. Läger 5. R. VI. 41.

Kayserling, Arthur, Die Ausstellung f. Krankenpflege in Berlin 1899. Ztschr. f. Krankenpfl. XXI. 8. p. 263.

Kjellberg, J., Några statistiska undersökningar rörande dödligheden i Sveriges städer. Hygiea LXI. 7. s. 99.

Knauer, Die Vision im Lichte d. Kulturgeschichte u. d. Dämon d. Sokrates. Leipzig. Wilh. Friedrich. 8. VII u. 222 S. 3 Mk.

Körösy, Josef von, Zur internationalen Nomenclatur d. Todesursachen. Krit. Bemerkungen zu Dr. *Bertillon's* Vorschlägen. Berlin. Puttkammer u. Mühlbrecht. Gr. 8. 42 S. 1 Mk.

Kurz, Gottlob, Eine sterile Ausrüstung f. Krankenpflege. Aerztl. Polytechn. 9.

Laquer, B., Einiges über d. gegenwärt. Stand d. Heilkunde in England. Ztschr. f. prakt. Aerzte VIII. 18. p. 622.

Lent, Die Medicinalreform in Preussen. Centr.-Bl. f. allg. Geshpfl. XVIII. 9 u. 10. p. 351.

Levy, William, Die Berliner Rettungsgesellschaft, ihre Ziele u. ihre Organisation. Centr.-Bl. f. allg. Geshpfl. XVIII. 7 u. 8. p. 304.

Macdonald, Arthur, Growth and socialogical conditions. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 11. p. 263. Sept.

Mandowski, Demonstration eines Krankenhebers. Verh. d. 17. Congr. f. innere Med. p. 611.

Manson, Patrick, The need for special training in tropical disease. Brit. med. Journ. Oct. 7. — Lancet Oct. 7.

Marcuse, Julian, Zur Geschichte d. Krankenhäuser. Ztschr. f. Krankenpfl. XXI. 8. 9. p. 251. 282.

Medicinalkalender u. Recept-Taschenbuch 1900. Herausgeg. von *H. Lohnstein*. Berlin. Oscar Coblentz. 16. 216 u. 18 S. mit Notizheften. 2 Mk.

Meyer, George, Kurpfuscherei u. Volksaufklärung. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 38.

Meyerhof, A., Abnehmende Geburtsfrequenz u. Präventivverkehr. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 36.

Meyer's Schreibtisch-Wochenkalender f. Aerzte auf das Jahr 1900. Halberstadt. Meyer's Buchdr. Fol. Kalendarium mit Wochenlisten u. Adressentabellen u. 23 S. 2 Mk.

Moore, John William, On the achievement of the mens medica. Lancet Oct. 14.

Moore, John William, The advance of medicine. Brit. med. Journ. Oct. 14. p. 1017.

Morian, Ein neuer Krankenhebeapparat. Aerztl. Polytechn. 8.

Murray, John, The student and his work. Brit. med. Journ. Oct. 7. — Lancet Oct. 7.

Örum, H. P., De köbenhavnske Lägevagtstationer. Tidsskr. f. d. norske lägeforen. XIX. 18. S. 608.

Okada, W., Das japan. Medicinalwesen u. die socialen Verhältnisse d. japan. Aerzte. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XVIII. 2. p. 302.

Pagel, J., Unsere Wissenschaft im Dienste d. Auslands. Mit Erwiderung von *Rob. von Töply*. Wien. klin. Wchnschr. XII. 37.

Peter, Joh., Arzt u. Dichter. Prag. med. Wochenschr. XXIV. 36.

Platt, Walter B., Medicine as a profession. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 2. p. 29. July.

Plimmer, H. G., Some motives and methodes in medicine. Brit. med. Journ. Oct. 7. — Lancet Oct. 7.

Powell, Richard Duglas, Recent advances in practical medicine. Brit. med. Journ. Aug. 5. — Lancet Aug. 5.

Prinzing, Fr., Die Vergleichbarkeit d. Sterblichkeitsziffern verschied. Zeiträume. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXXI. 3. p. 416.

Prinzing, Friedrich, Die Gestaltung d. Sterblichkeit im 19. Jahrhundert. Ztschr. f. Socialwissensch. II. 10. p. 696.

Putnam, James J., Not the disease only, but also the man. Boston med. and surg. Journ. CXLI. 3. 4. p. 53. 77. July.

Raymond, Paul, Morbidité en France; influence de race et de milieu. Revue de Méd. XIX. 9. p. 657.

Renssen, W., De verzorging der gebrekkigen en mismaakten. Nederl. Weekbl. II. 5.

Roberts, Frederick T., On the progress of medicine in the 19th. century. Lancet Oct. 14.

Saundby, Robert, The proper objects and necessary limitations of medical education. Brit. med. Journ. Oct. 7.

Schlegtendal, B., Alte u. neuzeitl. Anschauungen vom Kranksein in krit. Beleuchtung. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 31.

Schober, Medicin u. Politik. Deutsche med. Wochenschr. XXV. 31.

Schröder u. Mennes, Eine besond. Art „wissenschaftl." Thätigkeit [ein Plagiat]. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 43.

Schwalbe, J., Das städt. allgem. Krankenhaus im Friedrichshain zu Berlin 1897—1899. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 40.

Schwartz, Oscar, Ueber Unterricht u. Prüfung der f. d. ersten Hülfsleistungen b. Verwundungen im Kriege u. plötzl. Unglücksfällen im Frieden auszubildenden Personen. Vjhrschr. f. öff. Geshpfl. XXXI. 4. p. 705.

Sherman, George H., The cause and prevention of overcrowding in the profession. Physic. and Surg. XXI. 8. p. 362. Aug.

Sicherer, Otto, Med. Reiseerinnerungen aus Paris. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 35.

Skematisk Sygeliste for Kongeriget Danmark i Sept. Maaned i Aar 1899. Ugeskr. f. Läger 5. R. VI. 42. Bil.

Stephan, Emil, Der Aerztestand u. d. Volk in Columbia. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 32.

Stransky, Max, Streiflichter aus d. ärztl. Standesleben. Die Regierung u. d. Aerztekammern. Wien. med. Presse XL. 42.

Svenska läkaremötet. Eira XXIII. 17. 19.

Terburgh, J. T., Statistische beschouwingen over de in de jaren 1896 en 97 voorgekomen ziektegevallen onder de dwangarbeiders te Sawah-Loento. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXIX. 4. blz. 375.

Töply, R. von, Unsere Wissenschaft im Urtheile d. Auslands. Wien. klin. Wchnschr. XII. 33.

Vance, Ap Morgan, Charlatinism. Amer. Pract. and News XXVIII. 2. p. 42. July.

Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte in München. Wien. med. Presse XL. 39—43. — Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 39—42. — Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 39—43. — Deutsche med. Wchnschr. XXV. 39—41. — Wien. med. Wchnschr. XLIX. 39—41.

Vogelius, Lägernes Forsikringsforening. Ugeskr. f. Läger 5. R. VI. 34.

Wulff, E., u. Hohmann, Ein neues Krankenbett mit Matratze aus Malaccarohr. Aerztl. Polytechn. 9.

Wynn, Frank B., A new departure in medical society work. The pathological department of the Indiana State med. Society. Medicine V. 10. p. 806. Oct.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/335

von Ziemssen, Medicinisches aus Constantinopel. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 38.

S. a. II. Aron, Gottstein, Javal, Lee, Meissen. III. Friedmann. IV. 2. Bond, Crum; 3. Meyer. VIII. Kronfeld, Scharlau.

XX. Med. Geographie, Geschichte, Bibliographie, Biographien.

A., L., Die Behandlung d. Angina u. Diphtherie im *Caelius Aurelianus*. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 42.

Abonyi, J., Die Zahnheilkunde im Zeitalter des Hippokrates. Wien. zahnärztl. Mon.-Schr. I. 9. p. 448.

Beck, Arthur, Zur diätet.-physikal. Therapie d. *Galen*, bes. b. Fieber. Inaug.-Diss. Berlin. Druck von Gustav Schade (Otto Francke). 8. 29 S.

Biographical sketch of *John Archer*. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 101. 102. p. 141. Aug.—Sept.

Bloch, Die 19000 Leproserien im 13. Jahrhundert. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 69.

Bombaugh, Charles C., Female poisoners, ancient and modern. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 101. 102. p. 148. Aug.—Sept.

Bramwell, Byrom, 35 years of medical progress. Brit. med. Journ. Oct. 7. — Lancet Oct. 7.

Brandt, Kr., Nekrolog over *Lawson Tait*. Tidsskr. f. d. norske lägeforen. XIX. 18. S. 605.

Brown, A. Crum, Dr. *John Mayow*. Edinb. med. Journ. N. S. VI. 2. p. 116. Aug.

Calvert, William Jephtha, The history of the medical department of Transsylvania university and its faculty. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 101. 102. p. 153. Aug.—Sept.

Chiari, Ottokar, *Karl Stoerk*. Wien. klin. Wochenschr. XII. 38.

Clark, Henry E., A rare medical book and its author. [Supplementum chirurgiae by *James Cooke* 1655.] Glasgow med. Journ. LII. 4. p. 241. Oct.

Cordell, E. F., Sketch of *John Crawford*. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. X. 101. 102. p. 158. Aug.—Sept.

Cousins, J. Ward, A sketch of the century's progress in medicine and surgery. Brit. med. Journ. Aug. 5.

Ebstein, Wilhelm, Nochmals d. Pest d. Thukydides. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 36.

Erinnerung an *Ludwig Snell*. Psychiatr. Wochenschr. I. 29.

Foster, Michael, The growth of science in the century and its lessons. Lancet Sept. 16.

Gerber, P. H., Goethe als Mediciner. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 43.

Hecker, Organisation d. Düsseldorfer Militärhospitals unter französ. Verwaltung im J. 1808. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXVIII. 8 u. 9. p. 449.

Herda, Wilhelm, Die Anatomie d. *Heinrich von Mondeville* (14. Jahrh.). Zum 1. Male in's Deutsche übertragen u. mit Anmerkungen versehen. Inaug.-Diss. Berlin. Druck von Gustav Schade (Otto Francke). 8. 30 S.

Heymann, P., *Carl Stoerk*. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 41.

Ingenhoven, Ueber d. geograph. Verbreitung d. schlimmsten Krankheiten auf d. Erde. Wien. med. Presse XL. 34. 35.

Johnston, Collins H., Some eminent physicians of ancient times. Physic. and Surg. XXI. 7. p. 326. July.

Kirchenberger, Zur Geschichte d. österr. Militär-Sanitätswesens im 16., 17. u. 18. Jahrhundert. Militärarzt XXXIII. 19 u. 20.

Kraus, Carl, *Edward Baynard*, ein Badearzt vor 200 Jahren. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 31. 32. 33.

Labbé, Léon, *Jules Simon*. Gaz. des Hôp. 112.

Lahache, Du Tougourt à Ouargla. Etude géologique et hydrologique. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXXIV. 10. p. 273. Oct.

von Leyden, *Wilhelm Ohrtmann*. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 32.

Ludwig, E., *Robert Wilhelm Bunsen*. Wien. klin. Wchnschr. XII. 41.

Marcuse, Julian, Bäder u. Badewesen im Alterthume. Vjhrschr. f. öffentl. Geshpfl. XXXI. 4a. p. 673.

Marcuse, Julian, Die Krankheitsgeschichte des Kaiser Augustus. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 84.

Meige, Henry, Les peintres de la médecine (Ecoles flamande et hollandaise). Le mal d'amour. Nouv. Iconogr. de la Salp. XII. 4. p. 340. Juillet—Août.

Meyer, Friedrich, Beitrag zur Therapie d. *Galen*. Inaug.-Diss. Berlin. Druck von Gustav Schade (Otto Francke). 8. 29 S.

Neuburger, Max, *Theodor Puschmann*. Wien. med. Presse XL. 41.

Neuburger, Max, Die thierischen Heilstoffe d. Papyrus Ebers. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 41. 42. — Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 82.

Odenius, M. V., Ur *Henri de Mondeville's* Cyrurgia. Hygiea LXI. 8. s. 247.

Oefele, Keilschriftmedicin: Pharmakologie; ein Mineral gegen Molimina gravidarum. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 71. 73.

Oefele, Gonorrhöe 1350 vor Chr. Geb. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIX. 6. p. 260.

Otterbein, Die Lichtvertheilung auf d. Erde. Prag. med. Wchnschr. XXIV. 31. 32. 33.

Pagel, *Theodor Puschmann*. Berl. klin. Wchnschr. XXXVI. 41.

Pergens, Ed., *Leonhard Fuchs*' alle Kranckheyt der augen (1539). Centr.-Bl. f. Augenhkde. XXIII. p. 197. 231. Juli, Aug.

Pergens, Ed., Bemerkungen zu *Fukala's* Refraktionslehre im Alterthume. Arch. f. Augenhkde. XXXIX. 4. p. 378.

Perrenon, Eugen, Die Chirurgie d. *Hugo von Lucca* nach d. Mittheilungen b. *Theodorich* (13. Jahrh.). Inaug.-Diss. Berlin. Druck von Gustav Schade (Otto Francke). 8. 30 S.

Potel, *Nicolas de la Framboisière* et la médecine il y a 3 siècles. Echo méd. du Nord III. 35. 38. 41.

Pott, Dr. *Theodor Weber*. Ein Gedenkbl. zu seinem 70. Geburtst. am 18. Aug. 1899. Münchn. med. Wchnschr. XLVI. 33.

Preuss, Materialien zur Geschichte der talmud. Medicin. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVIII. 61—64. 76. 80. 81.

Puschmann, Theodor, Die Medicin in Wien. Wien. med. Wchnschr. XLIX. 31. 32.

Sachsalber, Prof. *Borysiekiewicz*. Wien. klin. Wchnschr. XII. 40.

Sano, Fr., De la langue des sciences en général et de l'emploi de la langue nationale en particulier. Belg. méd. VI. 37. p. 391.

Schede, M., Athen u. Constantinopel u. ein deutsches Reformwerk in d. Türkei. Deutsche med. Wchnschr. XXV. 40. 41. 42.

Schlepckow, Friedrich, Die Augenheilkunde d. *Alcoatim* a. d. J. 1159 (Theil III). Inaug.-Diss. Berlin. Druck von Gustav Schade (Otto Francke). 8. 31 S.

Schön, Theodor, Geschichte d. Medicinalwesens d. württemb. Städte. Das Medicinalwesen d. Stadt Reutlingen. Württemb. Corr.-Bl. LXIX. 36. 39.

Schorss, Karl, Die Augenheilkunde d. *Alcoatim* a. d. J. 1159 (Theil IV). Zum 1. Male in's Deutsche übers. u. mit Anmerkungen begleitet. Inaug.-Diss. Berlin. Druck von Gustav Schade (Otto Francke). 8. 34 S.

Szczepanski, Josef, Beitrag zur Therapie d. *Galen*. Inaug.-Diss. Berlin. Druck von Gustav Schade (Otto Francke). 8. 32 S.

Tietz, Julius, Beitrag zur Therapie d. *Galen*. Inaug.-Diss. Berlin. Druck von Gustav Schade (Otto Francke). 8. 31 S.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/336

Töply, Robert von, *Goethe.* Wien. klin. Wochenschr. XII. 35.

Töply, Robert v., Pestepidemien d. Vergangenheit. Wien. med. Presse XL. 37. 38.

Töply, R. von, *Theodor Puschmann.* Wien. klin. Wchnschr. XII. 40.

S. a. II. Gottstein, Meisner. III. Behla, Buchanan, Levin, Mullick. IV. 2. Burch; 8. Faulkner; 11. Bloch. VI. Kelly. VII. Ehlers. XII. Geist. XIII. 1. Cabanès, Payne. XIX. Blacker, Bloch, Dickinson, Marcuse, Schlegtendal.

Sach-Register.

Abdominalschnitt, bei Erkrankungen der Beckenorgane 35.

Abdominaltyphus s. Typhus.

Abortus, bei Tubenschwangerschaft 101. —, durch Medikamente herbeigeführt 152. — S. a. Fruchtabtreibung.

Abscess, d. Leber (multipler amöb. ohne Dysenterie) 13. (chir. Behandlung) 58. —, im Becken u. am Nabel b. Kindern 44. —, im Gehirn (b. Otitis) 52. (in Folge von Phlegmone d. Orbita) 180. —, d. Proc. vermiformis, Schleimfistel b. solch. 227. — S. a. Fixationsabscess.

Abreibung mit concentrirter heisser Salzlösung 82.

Acclimatisation in Grossstädten 69.

Accommodation, Krampf, Nutzen d. Eserins, d. Atropins u. d. Skiaskopie 181.

Aceton, Entstehung 5.

Acetonurie, Entstehung 136.

Acetophenoparamidophenol-Aether, Wirkung 231.

Acetylsalicylsäure, Wesen, Darstellung, Wirkung 17.

Acidose b. Diabetes mellitus 122.

Acokanthera Schimperi 229.

Addison'sche Krankheit, akute Entwickelung 140. —, Verlauf, anatom. Veränderungen 140. —, Diagnose von Melanodermie 141.

Adenofibrom, cystisches in der Leistengegend 227. —, colloides d. Ovarium 255.

Adhäsion, peritonäale 55.

Adenoidgeschwülste, der Nasenrachenhöhle, Bezieh. zu Deformitäten 266.

Adhäsion, peritonäale 55.

Aërocele im Morgagni'schen Ventrikel 30.

Aërometra 257.

Aether, Wirkung auf d. isolirte Herz 230.

Aethylbromid, Aethylenbromid, Wirkung auf d. isolirte Herz 230.

Aetzkali, Wirkung auf d. Gewebe 252.

Affe, Menstruation u. Ovulation b. solch. 103.

After, Fixation d. Quercolon an dens. nach Resektion d. Colon descendens 57. —, extramediane Spalte, Mastdarmvorfall b. solch. 145.

Agglutination, Mechanismus 10. —, Bezieh. zur Fadenbildung 112.

Agonie, Kaiserschnitt in solch. 40.

Aktinomyces, Morphologie, Biologie 117.

Aktinomykose in d. Schädelhöhle 53.

Albuminurie, während der Schwangerschaft 38. —, intermittirende 249.

Alkohol, Bezieh. zur Epilepsie 24. —, Wirkung auf d. Respiration 123. —, als Desinfektionsmittel 143. —, Wirkung auf d. isolirte Herz 230.

Alkoholismus als Urs. von Mord u. Brandstiftung 272. — S. a. Delirium tremens; Säufer.

Allantoiscyste 140.

Alumnol, gegen Entzündung d. Uterus u. seiner Anhänge 32.

Amblyopie, durch Chinin verursacht 127. —, Bezieh. zu Strabismus 181. 269.

Ammoniak, Ausscheidung im Harn bei magendarmkranken Säuglingen 42. 43. —, im Blute b. Säurevergiftung 122.

Amnion, Bänder als Ursache von Missbildung 102. —, Bedeutung d. Integrität d. Sackes f. d. Weiterentwickelung d. Frucht 157.

Amylnitrit, Wirkung auf d. isolirte Herz 230.

Amyloidentartung, experimentelle Erzeugung 15. 16. —, Entstehung 16.

Amyloidgeschwulst im Larynx 30.

Anämie, progressive perniciöse, Veränderungen im Rückenmark 28. 131. —, im frühen Kindesalter 258. — S. a. Blutleere; Chlorose.

Anästhesie, regionäre, Anwendung b. grösseren Operationen an d. Extremitäten 47. — S. a. Chloroformnarkose; Hemianästhesie.

Analyse d. Mineralwässer 73.

Anatomie, topographische d. Pferdes (von *Ellenberger* u. *Baum,* 3. Theil) 211.

Aneurysma, operative Behandlung 177.

Angiosarkome, multiple 266.

Anhalonium Lewinii, physiolog. Wirkung d. Alkaloide 229.

Anthelminthicum, Extract. aethereum fil. maris 18.

Antipepton, Wirkung auf d. Blutgerinnung 222.

Antisepticum, Asterol 126.

Antiseptik, Grenzen gegen d. Aseptik 143.

Antistreptokokkenserum, Nutzen bei Puerperalseptikämie 102.

Antitoxin, Wirkung 111.

Anus, Fixation d. Quercolon an dens. b. Resektion d. Colon descendens 57. —, extramediane Spalte, Mastdarmvorfall 145.

Aorteninsufficienz b. einem Kinde 160.

Aponeurosen, perivesicale, morpholog. Bedeutung 7.

Apoplexie s. Blutgefässe.

Appendicitis, Bezieh. zur Gynäkologie u. Geburtshülfe 38. 151. 152.

Appendix vermiformis, Abscess, Schleimfistel nach solch. 227.

Arbeit s. Muskelarbeit.

Argentum s. Protargol.

Argyrose, Symptome 123.

Arm, Blutextravasate an solch. b. Compression d. Unterleibs 53. —, Neuralgie 233. — S. a. Vorderarm.

Arrhythmie, durch Reizung d. Perikardium 200.

Årsberättelse från: Maria sjukhus i Helsingfors (af *R. Sievers,* 1898) 214. —, akademiska sjukhuset i Upsala (af *S. E. Henschen,* 1897. 1898) 215.

Arsen, Verhütung nachtheiliger Wirkung d. Schilddrüsenpräparate durch solch. 122. —, Melanodermie nach d. Anwendung 141. —, Wirkung auf d. Respiration 232.

Arsenige Säure, Einfl. d. Leukocyten auf d. Immunisation gegen dies. 19. —, Oxydation im Organismus 232.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/337

Arteria, *aorta*, Insufficienz d. Klappen b. einem Kinde 160. —, *carotis* communis, Unterbindung b. pulsirendem Exophthalmos 79. —, *femoralis*, Entzündung mit Gangrän d. Beins während d. Schwangerschaft 38. —, *poplitaea*, Zerreissung 63.
Arterien s. Periarteriitis.
Arteriosklerose (von *J. G. Edgren*) 90.
Arzt, Wahrung d. Verschwiegenheit vor Gericht 71.
Ascites, b. Lebercirrhose, operative Behandlung 58.
Asepsis, Grenzen gegen d. Antiseptik 143. —, Grundlage 161.
Asphyxie d. Neugebornen, Hypertrophie d. Thymus als Hinderniss d. Wiederbelebung 72.
Aspirin, Wesen, Darstellung, Wirkung 17.
Assimilation, d. Nahrung b. gesunden u. kranken Säugling 43. —, Bezieh. zur Osmose 110.
Asterol, als Antisepticum 126.
Asthenopie, musculäre, Anwend. d. Homatropins 180.
Asthma, Behandlung d. Anfalles 123.
Astigmatismus, Veränderungen durch verschiedene Einwirkungen 268.
Atlas, d. äusseren Erkrankungen d. Auges (von *O. Haab*) 94. —, anatom. d. geburtshülfl. Diagnostik u. Therapie (von *O. Schaeffer*, 2. Aufl.) 207.
Athmungsorgane s. Respirationsorgane.
Atmokausis gegen Erkrankungen d. Uterushöhle 23.
Atropin, Anwend. b. Ileus 123. —, gegen d. Asthmaanfall 123.
Augapfel, spontane Ausstossung eines Zündhütchenstücks aus solch. 67. —, Galvanokaustik im Innern dess. 69. —, Luxation durch Schneuzen 224. — S. a. Mikrophthalmos.
Auge, Eindringen gelöster Substanzen in d. vordere Kammer 177. —, sympathische Reizung 179. —, eitrige Entzündung b. Foetus als Urs. d. Mikrophthalmos 180. —, centrale u. extramaculare negative Nachbilder 221. — S. a. Atlas.
Augenentzündung, sympathische (Diagnose im Beginne) 66. (nach Tätowirung d. Hornhaut) 67. (Entstehung) 179.
Augenheilkunde, Anwendung d. Blutentziehung u. Revulsion 64. —, d. *Alcoatim* (von *Friedr. Schlepckow; Karl Schorss*) 210.
Augenhöhle, Zellgewebeentzündung 67. —, Implantation von Glaskugeln 180. —, Hirnabscess nach Phlegmone ders. 180.
Augenkrankheiten, Anwend. d. Protargols 125. 126.
Augenlid, Colobom d. untern b. angeborner Falte zwischen d. Stimmbändern 29. —, Transplantation von Lippenschleimhaut an d. Rand 63. —, Fetthernie d. obern 267. — S. a. Distichiasis.
Augenmuskeln, Krebsmetastasen in solch. 268.
Augenoperationen, offene Wundbehandlung nach solch. 64.
Augenspiegel, stabiler mit reflexlosem Bilde 221.
Augenwimper s. Distichiasis.
Auswurf, Hülfsmittel zur Expektoration 25. —, Diplococcus lanceolatus in solch. 113. —, Beschaffenheit b. Bronchitis fibrinosa chronica 134.
Autointoxikation während d. Schwangerschaft 38.

Bacillus, d. Diphtheriepilz ähnl. bei Lepra 12. —, bei Dysenterie 13. —, pyogenes cloacinus 117. —, coli communis in d. Faeces d. Säuglinge 225. —, faecalis alcaligenes 225. —, d. Lepra, Cultur 225. —, d. Hundestaupe 226. — S. a. Diphtheriebacillen; Kapselbacillen.
Bad, heisses (b. Lungenkrankheiten) 74. (Nebenwirkungen) 74. —, f. Soldaten 74. —, kühles, Wirkung auf d. Cirkulation 81. —, warmes, Hautausdünstung u. Hautquellung in solch. 83. —, Anwendung b. Geisteskranken 84. — S. a. Dampfbad; Luftbad; Mineralmoorbäder; Moorbäder; Regenbad; Schwefelschlammbad; Soolbäder.
Badeofen s. Gasbadeofen.
Bänder, amniotische, als Urs. von Missbildungen 102.
Bakterien, solchen feindliche Stoffe (im Blutserum) 9. (in d. Leukocyten) 9. —, b. Keuchhusten 12. —, proteolyt. in d. Faeces b. Säugling 43. —, in Mineralwässern 74. —, Wirkung d. Galle auf solche 109. —, Differentialdiagnose 111. 112. —, anaërobe, Differentialdiagnose der durch solche hervorgerufenen Krankheitzustände 112. —, säurefreie 112. —, im Geschlechtskanale b. Weibe (im puerperalen Uterus) 158. (in d. Vagina) 226. —, b. Delirium acutum 235. —, Fortschwemmen durch d. Grundwasser 269.
Balantidium coli, Vorkommen 250.
Balneographie 76.
Balneologie 73.
Balneotherapie, Bericht 73. —, Verbindung mit Bewegungstherapie 73. —, allgemeine 73. —, specielle 75. —, b. psychischen Erregungzuständen 83.
Bandwurm, Nutzen des Extractum aethereum filicis maris 18. —, Wirkung d. Chloroforms 125.
Basedow'sche Krankheit, Pathogenie, Behandlung 20. —, Beziehung zu Jodismus u. Thyreoideismus 21. —, Geistesstörung b. solch. 21. —, Anwendung d. Elektricität 21. —, Kropfoperationen 21. 22. —, Anwendung d. Galle 22.
Bauch, schwere Contusion, Laparotomie 261.
Bauchfell s. Peritonaeum.
Bauchhöhle, Beziehung d. Lymphgefässe d. Zwerchfells zu solch. 7. —, Heberpunktion b. Operationen in solch. 59.
Bauchschnitt, b. Erkrankungen d. Beckenorgane 35.
Bauchwand, aus Resten d. Wolff'schen Körpers entstandene Cyste an d. hintern 254.
Bauchwunde, Verschluss nach Laparotomie 260.
Bayern, Impfwesen 188.
Becken, Abscesse in solch. b. Kindern 44. —, Spaltung b. Ektopie d. Blase 60.
Beckenenge, Prognose d. Entbindung 154.
Beckenorgane, chron. Entzündung, Behandlung mit Schrotbelastung 33. —, Erkrankungen (operative Behandlung) 35. (Beziehung zu Appendicitis) 151. 152. —, b. Weibe, Differentialdiagnose zwischen Phlebitis u. Lymphangitis 157.
Bein, Gangrän während der Schwangerschaft 38. —, complicirte Frakturen, ambulante Behandlung 62. —, Verhütung d. verschied. Länge b. Coxitis 264.
Beingeschwür, Behandlung 63. 176.
Beiträge zu d. Wirkungen d. Jodoforms (von *J. Gross*) 93. —, Beiträge zu einer Reform d. geburtshülfl. Ordnung im preuss. Staate (von *Bertog, Brennecke* u. *Dietrich*) 96.
Beleuchtung, Einfl. d. Richtung b. d. Untersuchung d. Körperoberfläche 25.
Benzoylsuperoxyd, Verhalten im Verdauungskanal 228.
Beriberi, Epidemie in Dublin 23.
Bericht über d. Physiologie d. Cirkulationsapparates 197. — S. a. Årsberättelse; Medicinalbericht.
Bewegungen d. Dünndarms 108. 109. —, d. Kinder im 1. Lebensjahre 258.
Bewegungstherapie in Verbindung mit Balneotherapie 73.
Bibliographie d. Entomologie (von *J. Ch. Huber*. Heft 2) 92.
Bindehaut s. Conjunctiva; Conjunctivitis.
Blasenmole, destruirende 257.
Blindheit nach Blutungen 68.
Blut, lackfarbiges, Verhalten d. Hämoglobins u. d. elektr. Leitungsfähigkeit 9. —, Bedeutung d. Eisens für d. Bildung 17. —, Kohlenoxyd in solch. 72. —, Wirkung d. Eisenquellen auf solch. 74. —, Krankheiten dess. 89. —, Ammoniakgehalt b. Säurevergiftung 122. —, Concentration b. Nierenkrankheiten 136. —, Kohlenoxyd in solch. b. Chloroformanästhesie 218. —, Gerinnung, Wirkung d. Antipeptons u. d. Proteosen 222. — S. a. Anämie; Lymphämie.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/338

Blutcirkulation, Wirkung kühler Bäder 81. —, Wirkung d. Klimatotherapie 87. —, Einfluss d. Centrifugalkraft 198. 199. —, placentare b. eineiigen Zwillingen 220. —, Wirkung d. Einspritzung von Pepton 222. — S. a. Herz-Lungenkreislauf; Kreislaufsorgane.
Blutdruck, Wirkung d. Salze auf dens. 19. —, Einfl. d. Schwerkraft 19. —, Verhalten b. Schlafen, Wachen 200. —, Einfl. d. Körperlage u. Thätigkeit 200.
Blutentziehung, lokale, Einfluss auf Entzündungen 28. —, Anwendung in d. Augenheilkunde 64.
Bluter, Behandlung d. Gelenkkrankheiten b. solch. 61.
Blutextravasate, an Kopf, Hals, Nacken u. Arm nach Compression d. Unterleibs 53.
Blutgefässe, apoplektischer Zustand, Nutzen der Regenbäder 86. —, Veränderungen durch *Esmarch's* Blutleere 119. —, Veränderungen b. Syphilis 228.
Blutgeschwulst s. Hämatom.
Blutkörperchen, weisse (Eisengehalt) 3. (bakterienfeindliche Stoffe in solch.) 9. (Bezieh. zn d. bakteriellen Stoffen im Blutserum) 9. (Verhalten gegen Streptokokken) 10. (Einfl. auf d. Immunisation gegen arsenige Säure) 19. (Phagocytose) 111. —, rothe (Elektrolyten in solch. von lackfarbigem Blute) 9. (Hämoglobingehalt) 9. (Diagnose von Malariaparasiten) 224. —, Einfluss d. Höhenklimas 87.
Blutleere, *Esmarch's*, Wirkung auf d. Blutgefässe 119.
Blutplasma, Gehalt an Eisen 3.
Blutserum, bakterieide Eigenschaften 9. 110. —, Verhalten zu d. Streptokokken 10.
Blutung, Blindheit nach solch. 68. —, aus d. Tuba Fallopiae 101. — S. a. Gebärmutterblutung; Magenblutung.
Boden s. Erdboden.
Boletin de hyjiène i demografia (por *Alejandro de Rio*) 212.
Borsäureschnuller zur Behandlung d. Soor 42.
Bottini's Operation wegen Prostatahypertrophie 60.
Brachialgie 233.
Brachialneuralgie 233.
Brand s. Gangrän.
Brandstiftung durch einen Alkoholiker 272.
Bromäthyl, Wirkung auf d. isolirte Herz 230.
Bromoform gegen Keuchhusten 124.
Bronchialdrüsen, Keimgehalt in normalen 135.
Bronchitis fibrinosa chronica 134.
Brown-Séquard'sche Lähmung 130.
Brustfell s. Pleura.
Brustkorb s. Thorax.
Brustwarze, wunde im Wochenbett, Behandlung 159.
Brutapparate, Gefährlichkeit 159.
Bubo in d. Leiste, Behandlung 31.
Buttermilch, Anwend. zur Ernährung d. Säuglinge 43.

Calciumsuperoxyd, Verhalten im Verdauungskanal 228.
Carcinom, d. Uterus (primäres d. Corpus) 104. (abdominale Hysterektomie) 149. (Behandlung während d. Schwangerschaft) 150. (vaginale Hysterektomie) 150. —, d. Tuba Fallopiae 104. —, experimentelle Erzeugung 117. —, Mikroorganismen in solch. 118. —, endotheliales d. Pleura 118. —, d. Magens, Bezieh. d. Lymphdrüsen u. Lymphgefässe zur Verbreitung 119. —, des Penis, Verbreitung u. Prognose 119. —, chem. Zusammensetzung 219. —, Metastasen in d. Augenmuskeln 268. — S. a. Fibrom.
Caries, d. Wirbel, Behandl. d. Difformitäten 170.
Castration, b. Frauen (Folgezustände) 36. (b. Osteomalacie) 39. —, wegen Prostatahypertrophie 60.
Cellulitis d. Orbita 67.
Centralnervensystem, multiple Sklerose (Aetiologie) 129. (Verlauf) 130. —, Pseudosklerose 130.
Centrifugalkraft, Einfl. auf d. Blutcirkulation 198. 199.
Chinin, Amblyopie durch solch. verursacht 127.
Chinolin, Entgiftung durch Schwefel 19.
Chinosol, Verhalten im Organismus 105.
Chirurgie s. Geschichte.
Chlor, im Organismus d. Säuglings 42. —, Aufnahme im Organismus 270.
Chloralhydrat, Wirkung auf d. isolirte Herz 230.
Chloroform, Anwendung b. Bandwurm 125. —, Wirkung auf d. isolirte Herz 230.
Chloroformnarkose, Anwendung d. Gasometers 47. —, Kohlenoxyd im Blute nach solch. 213.
Chlorose, Wesen 17. —, akute b. akuter Ovariitis 253.
Chlorzink, Injektion in d. Uterus (b. chron. Metritis) 32. (Tod nach solch.) 146.
Cholelithiasis, Entstehung d. Schmerzes 26.
Chorea, Beziehung zu Gelenkrheumatismus 23. —, bei akuter rheumat. Geistesstörung 23. —, tödtl. Verlauf 23. —, Störung d. Rhythmus d. Respiration 249.
Chorion, maligne Entartung d. Epithels 258.
Chylothorax, Entstehung 135.
Cirkulationsorgane, Krankheiten ders. 88. —, Physiologie 197. — S. a. Blutcirkulation.
Cirrhose, d. Leber (Aetiologie, patholog. Anatomie) 13. (Ascites, operative Behandlung) 58. (Vergrösserung d. Milz) 139. — S. a. Pseudocirrhose.
Coagulation d. Blutes, Wirkung d. Antipeptons u. d. Proteosen 222.
Colibacillus s. Bacillus.
Colobom, d. untern Augenlids mit angeb. Falte zwischen d. Stimmbändern 29. —, angebornes d. Linse 267.
Colon, ulcerative Entzündung 13. —, descendens, Resektion mit Fixation d. Quercolon an d. After 57. — S. a. Balantidium.
Colpo-Coeliotomia posterior 253.
Conjunctiva, Injektion unter dies. 64. —, hämorrhag. Lymphektasie 66. —, Keratosis 66. —, Sarkom d. Fornix 178. —, Pseudogono-coccus auf ders. 179.
Conjunctivitis, Meningococcus intracellularis bei eitriger 65. —, Bedeutung d. Toxine f. d. Entstehung 178. —, durch Diplobacillen verursacht 257.
Constipation, während d. Schwangerschaft 37. —, bei peritonäalen Verwachsungen 54. —, Nutzen der Regenbäder 84. —, Hydrotherapie 85. —, Folgen langer Dauer 226.
Cornea, Diagnose d. Endothelerkrankungen 66. —, infektiöses Geschwür, Behandlung 66. —, degenerative Processe in Narben 66. —, Tätowirung (als Ursache von sympath. Ophthalmie) 67. (Einführung von Krankheitkeimen) 67. —, Trübung durch Nitronaphthalin 127.
Corpus luteum (Entstehung von Cysten aus solch.) 256. (prolabirtes) 256.
Corsett s. Redressionscorsett.
Couveuse, Gefährlichkeit 159.
Coxa vara (traumatica, Operation) 173. 264. (congenita) 264.
Coxitis, b. chron. ankylosirender Entzündung d. Wirbelsäule 133. —, Behandlung 178. —, Verhütung der Längenunterschiede d. Beine 264.
Cystadenoma papillare proliferum d. Uterus 254.
Cyste, d. Pankreas (Behandlung) 58. (chem. Beschaffenheit d. Inhalts) 106. —, d. Urachus 145. —, an d. hintern Bauchwand, aus Resten d. Wolff'schen Körpers entstanden 254. —, d. Ovarium, Operation 255. —, Entstehung aus d. Corpus luteum 256. — S. a. Allantoiscyste; Degenerationscyste; Lymphcyste.
Cystenentartung d. Linse 227.
Cystenmyom, intraligamentäres 103.
Cysticercus im Gehirn 122.

Dänemark, Impfwesen 189. 190.
Dampfbad, Wirkung auf d. Magensekretion 81.
Darm, Anatomie 7. —, hämorrhag. Infarkt 13. —, Resorption u. Ausscheidung d. Eisens 16. —, Verschluss (während d. Schwangerschaft u. Entbindung) 37. (nach Ovariotomie) 104. —, operative Ausschaltung 56. —,

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden
http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/339

Perforation b. Typhus, operative Behandlung 57. —, Invagination, Operation 160. — S. a. Colon; Duodenum; Enteritis; Gastro-Enterostomie; Jejunum; Ileus; Rectum; Streptokokkenenteritis; Verdauungskanal.
Darmkoth s. Faeces.
Darmkrankheiten, bei Säuglingen, Ammoniakausscheidung im Harn 42. 43.
Decidua, tuberöses subchorioideales Hämatom 258.
Deciduoma malignum 104.
Decubitus nach d. Entbindung 102.
Degenerationscyste, ganglienähnliche nach Sehnenzerreissung 62.
Delirium, acutum, patholog. Anatomie, Bakteriologie 235. —, tremens, Mord in solch. begangen 272.
Dementia paralytica (Diagnose von syphilit. Pseudoparalyse) 25. (Hydrotherapie) 85.
Demographie s. Boletin.
Dentition, vorzeitige 160.
Dermatomyositis, akute 28.
Dermatosis zoonoica 250.
Dermoidgeschwulst d. Ovarium (als Geburtshinderniss 101. 102. (Behandlung während d. Schwangerschaft) 104.
Desinfektion, inficirter Wunden 161. —, von Kleidern mit Formaldehyd 183. —, im Gewebe thierischer Körper 229. —, b. Pest 229.
Desinfektionsmittel, Alkohol 143. —, Formaldehyd 183.
Deutschland, Heilquellen u. Kurorte 76.
Diabetes mellitus, Kalk- u. Magnesiumausscheidung 123. — b. Kindern 160. — S. a. Phlorhidzindiabetes.
Diacethylmorphin s. Heroin.
Diätkuren b. Störungen d. Ernährung u. d. Stoffwechsels 84.
Diagnostik, gynäkologische (von *J. Veit*, 2. Aufl.) 94.
Diamine, Synthesenhemmung durch solche 231.
Diaphragma, Lymphgefässe dess., Beziehung zur Bauchhöhle u. zur Resorption 7. —, ein angeborenes im Kehlkopf 142.
Diaphyse d. Röhrenknochen,. Totalresektion wegen Osteomyelitis 61.
Diazoreaktion d. Harns, Vorkommen u. Bedeutung 135.
Dijodacetylen, Wirkung 231.
Diphtherie, Vorkommen in Upsala 184. —, neue Literatur 237. —, bakteriolog. Diagnose 241. 242. —, Bezieh. zur Scarlatina 242. —, Erkrankung d. Herzens 245. 247. —, Bacillen im Rachen b. Reconvalescenten 245. 246. —, Giftigkeit d. Milch 247. —. primäre (der Nasenhöhle) 247. (d. Rachenmandel) 247. —, d. weibl. Geschlechtsorgane 247. —, hämorrhagische 247. —, Lähmung b. solch. 247. 248. —, Behandlung 248.
Diphtheriebacillen, dens. ähnl. Bacillen b. Lepra 12. —, Cultur 238. 240. 241. —, Diagnose d. echten u. unechten 239. —, Vorkommen 240. 241. —, im Pharynx b. Reconvalescenten 245. 246. in d. Lungen 247.
Diphtheriegift, Wirkung 245. —, Abschwächung durch Pankreassaft 245. —, Empfänglichkeit verschied. Thiere 245.
Diphtherietoxin, Wirkung auf d. Herz 126.
Diplobacillen, Conjunctivitis durch solche verursacht 267.
Diplococcus, lanceolatus im Sputum, Widerstandsfähigkeit gegen Austrocknung 113. —, magnus in der Luft 225.
Diprosopus distomus 220.
Distichiasis congenita, hereditaria 63.
Diureticum, Harnstoff 230.
Divertikel s. Sackdivertikel.
Doppelmissbildung 220.
Drainage nach Laparotomie 261.
Druckbrand s. Decubitus.
Drüsen, Fettgehalt b. d. Inanition 109. — S. a. Bronchialdrüsen; Speicheldrüsen; Talgdrüse; Thymusdrüse.
Drüsenfieber, *Pfeiffer*'sches, Aetiologie 161.
Dünndarm, Bewegungen, Innervationen 108. 109.
Duodenum, Stenose, Gastro-Enterostomie 55.
Dysenterie, Bacillen b. solch. 13. —, Fehlen bei d. multiplen Amöbenabscess d. Leber 13.
Dysenteriebacillus, Biologie 13.

Echinococcus d. Leber, chirurg. Behandlung 58. —, multilokulärer 168. —, Operationsmethoden 168. —, im Peritonaeum 169. —, Verimpfung auf Thiere 159.
Eigelb, Darstellung d. Lecithins aus solch. 106.
Eis, physiolog. Wirkung d. Anwendung 83.
Eisen, Gehalt d. Blutplasma u. d. Leukocyten an solch. 3. —, Resorption u. Ausscheidung im Darmkanal 16. —, Bedeutung f. d. Blutbildung 17. —, Entfernung aus Trinkwasser 71.
Eisenmoor, physiolog. Wirkung 73.
Eisenquellen, Wirkung auf d. Blutbildung 74.
Eiterung, metastat. u. lokale im Knochenmark 14. —, künstliche zu Heilzwecken 27. —, späte nach Schussverletzung 163. — S. a. Encephalitis.
Eiweiss, aus Fleisch hergestelltes Präparat 182. — S. a. Albuminurie.
Eklampsie, Kaiserschnitt b. solch. 40. —, Verhalten d. Temperatur 40.
Ektopie d. Harnblase mit Spaltbecken 60.
Elektricität, Leitungsfähigkeit d. rothen Blutkörperchen 9. —, Anwendung b. Basedow'scher Krankheit 21. —, Einfluss auf d. Herz 200.
Elektrolyten in d. rothen Blutkörperchen 9.
Elephantiasis, angeborne 63.
Empyem, Thoraxfistel b. solch. 54. —, durch Pneumokokken verursacht 135. —, chronisches, Operation 167.
Encephalitis, ohne Eiterung 129. —, b. Säugling 259.
Endothelerkrankung d. Hornhaut, Diagnose 65.
Endotheliom, lymphatisches 18. —, d. Gesichtshaut, klin. Bedeutung 165.
Endothelkrebs d. Pleura 118.
Entbindung, Darmverschluss während ders. 37. —, Ovariendermoid als Hinderniss 101. —, Uterusruptur 102. 153. 256. —, b. Stirnlage 102. 154. —, b. Atresie d. Vagina 144. —, Hysterektomie nach ders. wegen Krebs u. Ruptur 150. —, Abreissung d. Vagina 153. —, b. engem Becken, Prognose 154. —, b. Gesichtslage 154. —, Luftadspiration b. solch. 257. — S. a. Geburt.
Enteritis, b. Säugling, durch Streptokokken verursacht 43.
Entfettung, Methoden 109.
Entmündigung, d. Säufer 271.
Entomologie s. Bibliographie.
Entzündung, Wirkung lokaler Blutentziehungen 28.
Enzym, diastatisches (in d. Faeces d. Säuglinge) 108. (in d. Muttermilch) 108.
Epidemie s. Beriberi; Variola.
Epilepsie, Bezieh. zum Alkohol 24. —, Schädeloperationen b. solch. 49. 50. —, Bedingungen zur operativen Behandlung 50. —, b. idiot. Kindern 130. —, Seelenstörungen 236. —, Auftreten b. Masern 248. —, operative Behandlung 260. — S. a. Status.
Epithel, d. Chorion, maligne Entartung 258.
Erblichkeit, verschiedener Krankheiten 90. —, von Tumoren 133. — S. a. Syphilis.
Erbrechen, unstillbares während der Schwangerschaft 38.
Erdboden, Filtrationkraft 269.
Ernährung, d. Säuglinge (künstliche) 43. 222. (Buttermilch) 43. —, Physiologie 75.
Ernährungstörungen, Diätkuren u. Kaltwasserbehandlung 84.
Erregungzustände, psychische, Hydrotherapie u. Balneotherapie 84.
Erythrocyten, Elektrolyten u. Hämoglobin in solch. 9. —, Diagnose von Malariaplasmodien 224.
Erythromelalgie, Veränderungen in d. erkrankten Geweben 234. —, Hautatrophie b. solch. 251.
Eserin, gegen Accommodationkrampf 181.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden
http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/340

Europa, Kindersterblichkeit in d. verschied. Staaten 69. —, Mineralwässer u. Kurorte 80.
Exophthalmos, pulsirender, Unterbindung d. Carotis communis 179.
Expektoration, Erleichterung 25.
Exstirpation, d. Ganglion Gasseri (Recidiv d. Neuralgie) 52. (Nervenregeneration) 52. —, d. Milz 261. 262.
Extractum aethereum filicis maris, anthelminth. Wirkung 18.
Extrauterinschwangerschaft, Placenta b. solch. 100. —, Complikation mit Uterusmyom 101. —, Diagnostik u. Therapie 156. —, b. gleichzeitiger Intrauterinschwangerschaft 157. — S. a. Tubenschwangerschaft.
Extremitäten, untere (Gangrän während d. Schwangerschaft) 38. (Behandlung im Gehen) 62. —, regionäre Anästhesie b. grösseren Operationen an solch. 47. —, obere, Blutextravasate in solch. nach Compression d. Thorax 53. —, angeb. Hypertrophie 266. — S. a. Arm; Bein; Erythromelalgie.

Fabriken, Gewöhnung an Gase in solch. 270.
Fadenbildung, im Harn 10. —, Bezieh. zur Agglutination 112.
Faeces, b. Säuglingen (proteolytische Bakterien in dens. 43. (diastat. Enzym) 108. (Bacillus coli communis in solch.) 225.
Fäulniss, Wirkung d. Galle auf solche 109.
Falte, angeb. zwischen d. Stimmbändern 29.
Farbenblindheit, angeb. totale 221. —, künstlich hervorgerufen 221.
Favus am Penis 31.
Febris, catarrhalis epizootica canum 226. —, intermittens s. Wechselfieber.
Ferment s. Enzym; Labferment.
Fett, in d. Drüsen b. Hungerzustand 109. —, Abscheidung im Körper 223. — S. a. Entfettung.
Fetthernie d. oberen Augenlider 267.
Fettsucht, Balneotherapie 75.
Fibrillen s. Primitivfibrillen.
Fibrom, d. Uterus (Operation) 103. (b. Schwangerschaft) 103. —, adenomatöses d. Ovarium 255. —, carcinomatöses d. Ovarium 255. — S. a. Adenofibrom; Neurofibrom.
Fibromyom, d. Vagina 103. —, d. Uterus, abdominale Panhysterektomie 149.
Fieber, b. Hysterie 138. — S. a. Wechselfieber.
Filaria, Formen 250.
Filix mas, anthelminth. Wirkung d. äther. Extrakts 18.
Filter zur Entfernung d. Eisens aus Trinkwasser 71.
Filtration, durch d. Erdboden 269. —, durch Sand b. Wasserleitungen 269.
Finger, weicher Schanker an solch. 32. —, angeborene Hypertrophie 266.
Finmarken, Gesundheitverhältnisse an d. Fischereiplätzen 70.
Fische, Conservirung mit Salzen 182.
Fischereiplätze in Finmarken, Gesundheitverhältnisse 70.
Fistel s. Schleimfistel.
Fixationabscesse, Wirkung 27.
Fledermaus, Wirkung von Giften während d. Winterschlafs 128.
Fleisch, aus solch. hergestelltes Eiweisspräparat 182. —, Conservirung mit Salzen 182.
Fleischbeschau in Upsala 183.
Fluor albus, Behandlung mit Hefeculturen 32.
Fluorescin, Anwendung zur Diagnose d. Endotheleerkrankungen d. Cornea 66.
Fluss s. Fluor.
Foetus, Verhältniss d. Gewichts zu dem d. Placenta b. Albuminurie während d. Schwangerschaft 38. —, Extraktion eines lebenden b. Tubo-Abdominalschwangerschaft 101. —, Harnabsonderung 119. —, Bedeutung d. Integrität d. Amnionsackes f. d. Weiterentwickelung 157. —, Entzündung d. Auges b. solch. als Ursache von Mikrophthalmie 180. —, Uebergang von giftigen Substanzen von dems. auf d. Mutter 223. —, 2 aus verschiedenen Schwangerschaftzeiten in dems. Tubensack 257. — S. a. Kind.
Fontanelle s. Sagittalfontanelle.
Formaldehyd, Desinfektion von Kleidern mit solch. 183.
Fraktur, an d. unteren Extremitäten, Gehbehandl. 62.
Frankreich, Heilquellen u. Kurorte 79.
Frauenkrankheiten, Beziehung zu Appendicitis 151. 152.
Frauenpraxis, 100 illustr. Fälle aus ders. (von *Auvard*, deutsch bearb. von *Rosenau*) 208.
Fremdkörper, in d. Trachea 30. —, in Gelenken 61. —, spontane Ausstossung aus d. Auge 67. —, in d. Vagina 144.
Fruchtabtreibung durch Gifte u. andere Mittel (von *M. Brenning*) 96.
Frühgeburt, künstliche 152.
Fundalschnitt, b. Kaiserschnitt 39.
Furunkel im Gesicht, Gefährlichkeit 250.
Fuss, Sarkom d. Knochen 176. —, Bedeutung d. Mittelfussknochen f. d. Statik 265. — S. a. Klumpfuss.
Fussgelenk, Verstauchung, Nachbehandlung 63.
Fussgeschwür, Behandlung 63. 176.
Fussgeschwulst b. Infanteristen 265.
Fussschweiss, Behandlung 125.

Galle, innerl. Anwendung b. Morbus Basedowii 22. —, Einfl. d. Hydrotherapie auf d. Sekretion 81. —, Einfl. auf d. Bewegungen d. Dünndarms 109. —, fäulnisswidrige Wirkung 109.
Gallenblase, Papillom 58.
Gallenfarbstoffe, chem. Verhalten 217.
Gallensteinkolik, Entstehung d. Schmerzes 26.
Gallenwege, angeb. Verschluss 159.
Galvanokaustik, intraoculare 69.
Ganglion, Gasseri, Resektion, Exstirpation 52. 53. —, cervicale supremum d. Sympathicus, Resektion 268. — S. a. Herzganglien.
Gangrän, eines Stimmbandes 30. —, d. Beines während d. Schwangerschaft 38. —, plötzlich auftretende 48. —, Bakterien b. solch. 113. —, d. Lunge, Heilung 249. — S. a. Decubitus.
Gasbadeofen, Kohlenoxydvergiftung durch solch. 183.
Gase, Gewöhnung an solche in Fabriken 270.
Gasometer, Anwendung b. d. Chloroformirung 47.
Gastro-Enterostomie, wegen Stenose d. Duodenum 55. —, Perforation d. Jejunum nach solch. 56.
Gastrostomie, vor Operation d. Sackdivertikels d. Oesophagus 55.
Gaswechsel, respiratorischer, b. Compression d. einen Lunge 220.
Gaumenspalte, Ursachen.
Gebärende, Phlorhidzindiabetes b. solch. 109.
Gebärmutter, Anwendung d. Vaporisation 33. —, Retrodeviationen (Entstehung u. Behandlung) 33. 34. (Retroversion) 34. (Retroflexion) 34. 35. 256. —, Geschwülste: Myom (Behandlung) 35. 146. 147. 148. (b. Extrauterinschwangerschaft) 101. Fibrom (Operation) 103. (b. Extrauterinschwangerschaft) 108. Fibromyom, abdomin. Panhysterektomie) 149. —, conservative Chirurgie 36. —, Naht b. Kaiserschnitt 40. —, Zerreissung 102. 150. 153. 256. —, Ventrofixation zur Heilung von Harnincontinenz 104. —, unteres Segment 153. —, Radiographie während d. Schwangerschaft 153. —, Bakteriengehalt während d. Puerperium 158. —, Puerperalsepsis, Ausschneidung 158. —, Chlorzinkinjektion, Tod 146. —, Gefässstränge ders. 254. —, Cystadenoma papillare proliferum 254. —, Luftinspiration während d. Entbindung 257. — S. a. Hydrometra; Hysterektomie.
Gebärmutteranhänge, Behandlung d. Entzündung 32. 146. —, Entfernung mittels Colpotomie 253.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden
http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/341

Gebärmutterband, Beziehung d. Stärke zu d. Wehenstärke 153.
Gebärmutterblutung, Tamponade d. Vagina 38. —, Diagnose u. Behandlung 146. —, Hysterektomie wegen solch. 257.
Gebärmutterentzündung, chronische, Chlorzinkinjektionen 32. —, Behandlung mit Alumnol 32. —, Behandlung 146.
Gebärmutterhals, Behandlung d. Krebses während d. Schwangerschaft 150.
Gebärmutterkrebs, primärer d. Corpus 104. —, Hysterektomie 149. 150. —, am Collum, Behandlung während d. Schwangerschaft 150.
Gebirgsklima, therapeut. Verwendung 87.
Geburt, Ovariotomie als Hinderniss 101. 102. —, b. Stirnlage 102. —, Luftadspiration während ders. 257. — S. a. Entbindung; Leichengeburt.
Geburtenziffer in Upsala 184.
Geburthülfe, Kunstfehler 42. —, Anwendung des Kolpeurynters 95. —, Leistungen u. Aufgaben d. Institute 96. —, in Preussen 96. —, Bezieh. zu Appendicitis 151. 152. —, Diagnostik u. Therapie (von *O. Schaeffer*, 2. Aufl.) 207. — S. a. Mittheilungen; Taschenphantom; Transactions.
Gefässe s. Blutgefässe.
Gefässnervencentrum im Herzen 203.
Geheimniss, ärztliches, Wahrung vor Gericht 77.
Gehirn, Veränderungen b. Status epilepticus 24. —, Schussverletzung 51. —, Abscess (b. Otitis) 52. (in Folge von Phlegmone d. Orbita) 180. —, Reizung b. Kindern, Hydrotherapie 86. —, Darstellung von Lecithin aus solch. 106. —, Erschütterung, Theorie 121. —, Cysticercus 122. —, Geschwülste (Symptome) 128. (Geruchstäuschungen) 128. (Korsakoff'sche Psychose b. solch.) 236. —, Markfaserschwund in d. Rinde b. Tabes u. Paralyse 129. —, multiple Sklerose (Aetiologie) 129. (Verlauf) 130. —, von solch. ausgehende Lähmung, operative Behandlung 175. 176. —, chirurg. Behandl. d. Krankheiten 260. — S. a. Encephalitis; Thalamus.
Geistesstörung, b. Basedow'scher Krankheit 21. —, Verhalten d. Geschlechtstriebs während d. Menstruation 24. —, b. Pellagra 72. —, Anwendung von Bädern 84. —, mit Nephritis b. Hirngeschwulst 236. —, Beschaffenheit d. Schädels 235. —, b. Epilepsie 236.
Gelbsucht s. Ikterus.
Gelenke, Tuberkulose, Verband u. Prothese 264. — S. a. Fussgelenk; Handgelenk; Hüftgelenk; Kniegelenk; Schultergelenk.
Gelenkkörper, Gelenkmäuse, Bildung u. Behandlung 61. —, nach Verletzung entstanden 174.
Gelenkkrankheiten b. Blutern, Behandlung 61.
Gelenkrheumatismus, infektiöser Charakter 23. —, Bezieh. zu Chorea 23.
Genealogie s. Lehrbuch.
Genfer Convention, Erneuerung ders. (von *Carl Ernst Helbig*) 213.
Genitalien s. Geschlechtsorgane.
Gericht, Wahrung d. ärztl. Geheimnisses vor dems. 71.
Geruch, Täuschungen b. Hirngeschwulst 128.
Geschichte, d. chirurg. Lehrkanzel in Prag (von *A. Wölfler*) 94. —, d. Kolpeurynters 95. —, d. med. Klinik zu Leipzig (von *W. His* d. J.) 216. —, d. ärztl. Standes u. d. ärztl. Vereinswesens in Franken, spec. in Würzburg (von *J. Riedinger*) 216.
Geschlechtsorgane, Krankheiten ders. 89. —, b. Weibe (Diphtherie) 247. (Verhalten d. Haut b. Erkrankungen ders.) 251.
Geschlechtscharaktere, sekundäre, nach Castration 36.
Geschlechtstrieb, Bezieh. zur Menstruation 24.
Geschwülste, Terminologie u. Classifikation 117. —, maligne, chem. Verhalten 219. — S. a. Adenofibrom; Amyloidgeschwulst; Angiosarkom; Cystadenoma; Cyste; Cystenmyom; Deciduom; Endotheliom; Fibrom; Fibromyom; Fussgeschwulst; Gliom; Hämatom; Larynx; Luftgeschwulst; Lunge; Myom; Neurofibrom; Papillom; Sarkom; Trachea.
Geschwüre, b. Entzündung d. Colon 13. —, infektiöse d. Cornea, Behandlung 66. — S. a. Beingeschwür; Decubitus.
Gesellschaft s. Obstetrical Society.
Gesetzeskunde, ärztliche 212.
Gesetzgebung s. Quarantainefrage.
Gesicht, Endotheliom d. Haut 165. —, Furunkulose 250.
Gesichtslage, abnorme Haltung d. Extremitäten 154.
Gesundheitverhältnisse, d. Metallschleifer 183. —, in Upsala 183.
Gewebe, todte, Mitosen, Kerntheilung 5. —, Desinfektion im Körper 229.
Gewicht d. Foetus u. d. Placenta b. Albuminurie in d. Schwangerschaft 38.
Gicht, Harnsäureausscheidung 135.
Gift, Uebergang vom Foetus auf d. Mutter 223. — S. a. Diphtheriegift; Herzgifte.
Giftigkeit d. normalen Harns 105. —, d. Milch b. Diphtherie 247.
Giftwirkung d. organ. Phosphorverbindungen 232.
Glandula sublingualis, Bezieh. zu Ranula 160.
Glaskugel, Implantation in d. Orbita 180.
Glasspritze, aseptische 122.
Gliom d. Retina 268.
Glomeruli d. Niere, Funktion 8.
Glycerin gegen Nierensteine 125.
Glykokoll, Vorkommen u. Nachweis 217.
Glykosamin salzsaures, Verhalten im Thierkörper 106.
Gonococcus s. Pseudogonococcus.
Gonorrhöe s. Vulvovaginitis.
Graves'sche Krankheit s. Basedow'sche Krankheit.
Grossstädte, Acclimatisation in solch. 69.
Grundwasser, Fortschwemmen von Bacillen mit solch. 269.
Gummi, Bildung im Kehlkopfe 143.
Gymnastik, in Verbindung mit Balneotherapie 73. —, b. Lungentuberkulose 86.
Gynatresie, Aetiologie u. Therapie 144. 145.
Gynäkologie s. Frauenkrankheiten; Frauenpraxis; Mittheilungen.
Gynäkologische Diagnostik (von *J. Veit*, 3. Aufl.) 94.

Hämatokolpos b. Gynatresien 145.
Hämatom, d. weichen Hirnhäute b. Milzbrand 248. —, tuberöses subchorioideales d. Decidua 258.
Hämatommole 258.
Hämatomyelie, nach Schussverletzung 22.
Hämatoporphyrin, im Harne 218.
Hämoglobin, Einfluss d. Kupfers u. d. Zinksalze auf d. Bildung 3. —, Schicksale im Organismus 3. —, chem. Zusammensetzung 4. —, Derivate 4. —, Verhalten im lackfarbigen Blut 9. — S. a. Oxyhämoglobin.
Hämophilie, Behandlung der Gelenkkrankheiten bei solch. 61.
Hals, Blutextravasate an solch. nach Compression d. Unterleibs 53.
Handbuch, d. prakt. Medicin (herausgeg. von *W. Ebstein*) 88.
Handgelenk, Verstauchung, Nachbehandlung 63.
Handschuhe f. Operationen 49.
Harn, Einfluss d. oxygenirten Wassers 5. —, Ausscheidung (von Ammoniak b. magendarmkranken Säuglingen) 42. 43. (gepaarter Schwefelsäuren) 105. (von Harnsäure b. Gicht) 135. —, Giftigkeit d. normalen 105. —, Absonderung im Fieber 109. —, Diazoreaktion, Wesen u. Bedeutung 135. —, Concentration b. Nierenkrankheiten 136. —, Fixirung u. Conservirung d. Sedimente 137. —, Hämatophyrin in solch. 218. — S. a. Albuminurie.
Harnblase, Aponeurosen, morpholog. Bedeutung 7. —, Zerreissung, Entstehung u. Symptome 59. —, Ektopie mit Spaltbecken 60. —, Folgen lange andauernder

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden
http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/342

ungenügender Entleerung 226. —, Lähmung b. Diphtherie 248. —, Tetanie 259. — S. a. Pericystitis.
Harnincontinenz, geheilt durch Ventrofixatio uteri 104.
Harnindican, quantitative Bestimmung 218.
Harnleiter, Verletzung b. abdominaler Hysterektomie 150.
Harnorgane, Balneotherapie d. Krankheiten 77.
Harnretention, während d. Schwangerschaft 37. —, b. einem Säugling 160. —, Folgen 226.
Harnröhre, Verletzungen 194.
Harnröhrenschnitt, Ausführung 59.
Harnsäure, Verhalten im Organismus 135. —, Ausscheidung im Harn b. Gicht 135. —, unter physiolog. u. patholog. Bedingungen (von *E. Schreiber*) 207.
Harnstoff, Bildung aus Osmiumsäure im Organismus 4. —, als Diureticum 230.
Haut, Durchgängigkeit d. unversehrten 16. —, idiopath. Atrophie 31. —, Sarkomatose 31. —, Transplantation gestielter Lappen 49. 162. —, Ausdünstung u. Quellung im warmen Bade 82. —, Verletzung, Wirkung des Protargols 125. —, Endotheliom im Gesicht 165. —, Oxydase in ders. b. Batrachiern 218. —, Ausscheidung von Wasser u. Kohlensäure durch dies. 223. —, angeb. diffuse Hyperkeratose 227. —, Verhalten b. d. Schwangerschaft u. Erkrankungen d. weibl. Genitalien 251. —, Atrophie b. Erythromelalgie 251. —, Depigmentirung 252. — S. a. Dermatomyositis; Dermatosis; Melanodermie.
Hautkrankheiten, Hydrotherapie 86. —, Wirkung d. Protargols 125. —, b. Kindern, Anwendung d. Xeroforms 126.
Hautlappen, gestielte, Transplantation 49. 162.
Hebammen, Uebertragung von Pemphigus durch solche 159. —, d. Rechte u. Pflichten ders. (von *Springfeld*) 208.
Heberpunktion b. Operationen in d. Bauchhöhle 59.
Hefeculturen gegen Fluor albus 32.
Heilpflanzen, d. verschied. Völker u. Zeiten (von *G. Dragendorff*) 207.
Heilquellen u. Kurorte: Ajaccio 88. Baden-Baden 76. Biarritz 88. Brückenau 77. Dorna-Watra 78. Driburg 77. Franzensbad 78. Kissingen 75. Las Palmas 88. Levico 78. Matigny-les-Bains 80. Mitterbad 79. Montana 88. Nenndorf 76. Oeynhausen 77. Pistyan 78. 79. Reinerz 77. Saint-Jullien-des-Chazes 80. Saint Nectaire-le-Haut 79. Saint Yorre 80. Schinznach 76. Vichy 76. 80.
Helleborein, Wirkung auf d. isolirte Herz 230.
Helsingfors s. Arsberättelse.
Hemianästhesie, alternirende 22.
Hepatitis s. Leber.
Hermaphroditismus verus 220.
Hernia, Ruptur durch Selbsttaxis 56. —, cruralis nach unblutiger Behandl. d. angeb. Hüftgelenksverrenkung 56. — S. a. Fetthernie.
Heroin, Wirkung auf d. Respiration 123.
Herz, Affektion b. Kropf 20. —, Bloslegung durch Eröffnung d. Thorax 168. —, Resektion d. Wandung 168. —, Naht 168. —, Einfluss auf d. Thätigkeit (Muskelarbeit) 198. 199. (Respiration) 205. —, Bewegungen (Verhalten) 198. 199. (Theorie) 203. (unmittelbare Aufzeichnung) 206. —, Einfluss d. elektr. Reizung 200. —, Störungen d. Rhythmus 200. 201. —, Innervation 201. 202. 203. —, Wogen, Flimmern 203. —, Wirkung d. Vagus 203. 204. 205. —, Bezieh. zur Schilddrüse 205. —, Wirkung d. Kalisalze 206. —, Wirkung d. Toxine 206. —, Lage, Grenzen 206. —, Anatomie d. Regio mitro-aortica 206. —, Capillaren, Anatomie 206. —, Lymphbahnen 206. —, Kalkablagerungen an d. Serosa 227. —, Wirkungen verschied. Gifte auf d. isolirte 230. —, Hypertrophie b. einem Kinde 259.
Herzbeutel, Schussverletzung 53. —, topograph. Anatomie 206.
Herzganglien, Bau ders. 5.
Herzgifte, Wirkung 205.
Herzkammern, Druckcurve ders. 206.
Herzkrankheiten, b. Kindern, Diagnose 46. 259. —, Balneotherapie 75. —, Pharmakotherapie 124. —, b. Diphtherie 245. 247.
Herz-Lungenkreislauf, Isolirung 204.
Herzmuskel, Veränderungen in solch. nach Durchschneidung extrakardialer Nerven 6. —, Wirkung d. Streptokokken auf dens. 116. —, Degeneration nach Vagusdurchschneidung 204.
Herzschlag, Mechanismus 198. 199. —, Unregelmässigkeiten 202. 203. 204. — S. a. Arrhythmie.
Herzstoss 198. 199.
Herztöne, graph. Aufzeichnung 207. —, Photographie 207.
Heteroplastik in d. Orbita 180.
Heufieber, Affektion d. Augen b. solch. 177.
Hirnabscess, b. Otitis 52. —, in Folge von Phlegmone d. Orbita 180.
Hirnhaut, Hämatom d. weichen b. Milzbrand 248.
Hirnrinde, Markfaserschwund b. Tabes u. Paralyse 129.
Hode s. Testikel.
Höhenklima, Einfluss auf d. Blutkörperchen 87. —, therapeut. Verwendung 87.
Homatropin gegen muskuläre Asthenopie 180.
Horn s. Hyperkeratosis.
Hornhaut s. Cornea; Keratitis.
Hüftgelenk, Luxation (angeborne, Behandlung) 56. 171. 172. (traumat. b. Kindern) 171. —, Entzündung (b. chron. ankylosirender Entzündung d. Wirbelsäule) 133. (Behandlung) 173. —, Osteomyelitis 173. —, Osteoarthritis 264. — S. a. Coxa; Coxitis.
Humor aqueus, Nachweis von Sublimat in solch. 127.
Hundestaupe, Bacillus ders. 226.
Hunger, Fettgehalt d. Drüsen b. solch. 109.
Husten, Erleichterung d. Auswurfs 25.
Hydrargyrum, chloratum im Humor aqueus 127.
Hydrocephalus externus, angeborner 259.
Hydrometra b. Neugebornen 103.
Hydrotherapie, Bericht über d. neueren Leistungen 73. —, Methodik, Indikationen 80. 81. —, Einfluss auf d. Gallensekretion 81. —, als Lehrgegenstand 82. —, allgem. Wirkungen 82. —, hygiein. Anwendung 82. —, zur Geschichte 82. —, b. psych. Erregungzuständen 83. —, b. Ischias 84. —, b. Abdominaltyphus 85. —, b. chron. Stuhlverstopfung 85. —, b. allgem. Paralyse 85. —, b. chron. Krankheiten 85. —, b. Lungentuberkulose 86. —, b. Erkrankungen d. Haut 86. —, b. Reizzuständen d. Gehirns b. Kindern 86. — S. a. Abreibung; Bad; Kaltwasserbehandlung; Regenbad.
Hygieine s. Boletin; Revista.
Hyoscin, Wirkung u. Anwendung 123.
Hyperkeratosis diffusa congenita 227.
Hypurgie d. Expektoration 25.
Hysterektomie abdominale totale (wegen Fibromyom u. Krebs) 149. (Technik) 150. —, vaginale wegen Krebs, 15. —, wegen puerperaler Sepsis d. Uterus 168. — wegen unstillbarer Blutung 257.
Hysterie, Fieber b. solch. 133. —, Neuritis ascendens 234. —, chirurg. Eingriffe b. solch. 235. — S. a. Krämpfe.

Jahrbuch f. praktische Medicin (herausgeg. von *J. Schwalbe* 1899) 89.
Jahresbericht aus d. Marienkrankenhause in Helsingfors (1898) 214. —, aus d. akadem. Krankenhause in Upsala (1897 u. 1898) 215.
Janiceps asymmetros 221.
Idiotie, b. Kindern, epilept. u. hyster. Krämpfe 130.
Jejunum, Perforation nach Gastro-Enterostomie 56.
Ikterus, infektiöser b. Kindern 46.
Ileotyphus s. Typhus.
Ileus, durch Narbenstrang nach Ovariotomie verursacht 65. —, Anwendung d. Atropins 123.
Immunisation gegen arsenige Säure, Einfl. d. Leukocyten 19.
Immunität, passive, Dauer 111.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden
http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/343

Impfschäden 193.
Impfung s. Schutzimpfung; Vaccination.
Impfwesen, Berichte 188. 189. 190.
Inanition, Fettgehalt d. Drüsen 109. —, Veränderungen d. Nervenzellen 122.
Indican s. Harnindican.
Indien, niederländisches, Vaccination 190.
Indol, Schicksale im Organismus 218.
Infarkt, hämorrhagischer im Mesenterium u. im Darme 13.
Infektion, von Wunden (Bedeutung d. Drucks in d. Geweben) 47. (durch d. Luft) 47. —, durch Streptokokken 114. —, peritonäale mit Streptokokken 116. — S. a. Puerperalinfektion.
Influenza, Vorkommen in Upsala 184.
Infusion, von Salzwasser b. akuten Krankheiten 134.
Inguinalbubonen, Behandlung 31.
Inguinalgegend, cystisches Adenofibrom 227.
Injektion, subconjunctivale 64.
Innervation, d. Dünndarms 108. —, d. Herzens 201. 202. 203. 204.
Inspirationluft, Gehalt an Kohlensäure im Freien u. im Zimmer 270.
Intubation, b. Diphtherie 248.
Invalidenanwärter, Untersuchung u. Begutachtung ders. (von *Walther Stempel*) 211.
Jodismus, Bezieh. zu Basedow'scher Krankheit 21.
Jodoform, Beiträge zur Wirkung dess. (von *J. Gross*) 93.
Jodothyrin, Wirkung auf d. Herz 205.
Iris, Risse in solch. 179.
Irrenanstalt, Beriberiepidemie in solch. 23.
Ischias, Skoliose nach solch. 64. 264. —, Hydrotherapie 84.
Jugenderinnerungen eines alten Arztes (von *Adolf Kussmaul*, 3. Aufl.) 100.

Kaiserschnitt, Schnitt (fundaler) 39. (hinterer Längsschnitt) 40. —, vaginaler 39. 150. —, nach *Porro* b. Osteomalacie 39. —, Naht nach solch. 40. —, b. Eklampsie 40. —, in d. Agonie 40. —, wegen eingekeilter Dermoidgeschwulst 102.
Kali causticum, Wirkung auf d. Gewebe 252.
Kalk, Ausscheidung b. Diabetes mellitus 122. —, Ablagerung an d. serösen Häuten d. Herzens 227.
Kalksalze, Wirkung auf d. Herz 206.
Kaltwasserbehandlung b. Störungen d. Ernährung u. d. Stoffwechsels 84.
Kapselbacillus, Arten, Cultur 112. —, b. Tonsillitis 240.
Kardiogramm, unmittelbar vom Herzen aufgenommen 206.
Kardiograph f. kleine Thiere 207.
Keratosis d. Conjunctiva 66.
Kerker-Palimpseste (von *Cesare Lombroso*, übersetzt von *H. Kurella*) 98.
Kerntheilung, Nachweis in todtem Gewebe 5.
Keuchhusten, Bakterien dess. 12. —, Nutzen des Bromoforms 124.
Kind, Becken- u. Nabelabscesse 44. —, Lumbalpunktion 45. —, Diagnose d. Herzkrankheiten 46. —, infektiöser Ikterus 46. —, Sterblichkeit in d. europäischen Staaten 69. —, Reizzustände des Gehirns, Hydrotherapie 86. —, in geburtshülfl. Beziehung (Extraktion eines lebenden b. Tuboabdominalschwangerschaft) 101. (Geburt b. Stirnlage) 102. 154. (Gesichtslage, abnorme Haltung d. Extremitäten) 154. (Schreien während d. Geburt) 257. —, Xeroform gegen Hautkrankheiten 126. —, Idiotie mit Krämpfen 130. —, Diabetes mellitus 160. —, Aorteninsufficienz 160. —, schmerzhafte Lähmung 161. —, traumat. Luxation d. Hüftgelenks 171. —, Krampf d. Musc. ciliaris 181. —, gonorrhoische Vulvovaginitis 208. —, Anämie im frühen Alter 258. —, Bewegungen im 1. Lebensjahre 258. —, Herzhypertrophie 259. —, posttyphöse Periosteitis 259. — S. a. Neugeborne; Säugling.
Kinderlähmung, spinale, cerebrale, Behandlung 175. 176. —, hereditäre halbseitige 233.
Klauenseuche, histolog. Veränderungen 250.
Kleider, Desinfektion mit Formaldehyd 183.
Klima s. Höhenklima.
Klimatotherapie, Einfluss auf d. Blutkreislauf 87.
Klinik s. Geschichte.
Klumpfuss, Behandlung 174. 265. —, nach Verletzung 265.
Kniegelenk, Verstauchung, Nachbehandlung 63.
Knochen, Neubildung in der Trachea 143. —, Verkrümmung nach entzündl. Erweichung 165. —, des Fusses, Sarkom 176. —, Tuberkulose, Verband, Prothese 264. —, d. Vorderarms, Wachsthumstörung 266. — S. a. Osteitis; Osteomalacie; Osteomyelitis; Röhrenknochen.
Knochenmark, lokale u. metastat. Eiterung 14. — S. a. Osteomyelitis.
Kochsalzlösung, Infusion bei akuten Krankheiten 134.
Körperoberfläche, Inspektion b. schiefer Beleuchtung 25.
Körperstellung, Einfl. auf d. Blutdruck 200.
Körpertemperatur, Verhalten b. Eklampsie 40.
Kohlenoxyd, im Blute 72. 218. —, Vergiftung, Verhütung 183.
Kohlensäure, Ausscheidung durch d. Haut 223. —, Gehalt d. Inspirationluft im Freien u. im Zimmer 270.
Kolik b. peritonäalen Verwachsungen 54.
Kolpaporrhexis sub partu 153.
Kolpeurynter, seine Geschichte u. Anwendung in d. Geburtshülfe (von *Rud. Biermer*) 195.
Kopenhagen, Impfwesen 181.
Kopf, Blutextravasate an solch. nach Compression des Unterleibs 53. —, Verhalten b. Rhachitis 161.
Koprostase, während d. Schwangerschaft 37.
Krampf, epilept. u. hyster. b. idiot. Kindern 130. —, d. Accommodation, Nutzen d. Eserins 181. —, d. Musc. ciliaris b. Kindern 181. —, epileptischer b. Masern 248.
Krankenhäuser, Verwaltung, Betrieb u. Einrichtung (von *H. Merke*) 97. — S. a. Årsberättelse; Paracelsus.
Krebs, d. Uterus (primärer d. Corpus) 104. (abdominale Hysterektomie) 149. (Behandl. während d. Schwangerschaft) 150. (vaginale Hysterektomie) 150. —, d. Tuba Fallopiae 104. —, experimentelle Erzeugung 117. —, Mikroorganismen in solch. 118. —, endothelialer der Pleura 118. —, d. Penis, Verbreitung, Prognose 119. —, d. Magens, Beziehung d. Lymphdrüsen u. Lymphgefässe zur Verbreitung 119. —, chem. Verhalten 219. —, Metastasen in d. Augenmuskeln 268. — S. a. Fibrom.
Kreissende, Phlorhidzindiabetes 109.
Kreislaufsorgane, Krankheiten ders. 88.
Kreosotöl, Nutzen zur Entfernung falscher Membranen aus d. Trachea 30.
Krise, b. akuten Krankheiten, Bedeutung u. Behandlung 134.
Kropf, Herzaffektion b. solch. 20. —, operative Behandlung 21. —, gutartiger metastasirender 166.
Krystalle, *Charcot-Leyden*'sche, Bezieh. zu d. *Böttcher*'schen Spermakrystallen 5.
Kunstfehler in d. Geburtshülfe 42.
Kupfer, Einfluss auf d. Hämoglobinbildung 3.
Kur s. Diätkuren.
Kurzsichtigkeit, operative Behandlung 69. 181.

Labferment in d. Lymphe 217.
Lähmung, d. Nervus recurrens, Veränderungen im Kehlkopfe 30. —, Brown-Séquard'sche 130. —, schmerzhafte bei Kindern 161. —, des Arms in Folge von Schulterluxation 233. —, b. Diphtherie 247. 248. —, in Folge von Spondylitis, Resektion d. Wirbelbogen 262. — S. a. Kinderlähmung.
Laparomyomotomie 148.
Laparotomie, b. Tubenschwangerschaft 155. —, Ver-

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden
http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/344

hütung d. Sepsis 253. —, Verschluss d. Bauchwunde 260. —, Drainage nach solch. 261.
Laryngitis desquamativa 29.
Larynx, angeb. Falte zwischen d. Stimmbändern, Diaphragmabildung 29. 142. —, Pachydermie 29. —, Geschwülste (Operation) 29. (Polypen, Operation) 29. (Amyloidgeschwulst) 30. (Luftgeschwulst in d. Ventrikeln) 30. (Gummi) 143. —, Tuberkulose 30. —, Verhalten b. einseitiger Recurrenslähmung 30. —, Perichondritis b. Scharlach 142. —, chron. Schleimhautpemphigus 142. —, Einpflanzung von Rippenknorpel zur Heilung von Stenosen u. Defekten 166. —, Oedem d. Eingangs b. Wasserleichen 183. —, Intubation bei Diphtherie 248.
Lateralsklerose, amyotrophische 132.
Lebensversicherung s. Todesfälle.
Leber, Abscess (multipler mit Amöben ohne Dysenterie) 13. (chirurg. Behandlung) 58. —, Pseudocirrhose b. chron. Perikarditis 14. —, Echinococcus, chirurg. Behandlung 58. —, Sternzellen 107. —, Wirkung der Streptokokken auf dies. 115. —, nekrotisirende Entzündung 120. — S. a. Perihepatitis.
Lebercirrhose, Aetiologie, Veränderungen b. solch. 13. —, Ascites, operative Behandlung 58. —, Vergrösserung d. Milz 139.
Lecithin, Darstellung aus Extrakten von Gehirn u. Eigelb 106.
Lehrbuch d. gesammten wissenschaftl. Geneälogie (von *Ottokar Lorenz*) 99.
Leiche s. Wasserleiche.
Leichengeburt 71.
Leistengegend, cystisches Adenofibrom 227.
Leistungen u. Aufgaben d. geburtshülfl. Institute im Dienste d. Humanität (von *Herm. Löhlein*) 96.
Lepra, dem Diphtheriebacillus ähnliche Bacillen bei ders. 12.
Leprabacillen, Cultur 225.
Leukämie, Ausscheidung von Phosphor u. Stickstoff 219. — S. a. Pseudoleukämie.
Leukocyten, Eisengehalt 3. —, bakterienfeindl. Stoffe in solch. 9. —, Verhalten gegen Streptokokken 10. —, Einfluss auf d. Immunisation gegen arsenige Säure 19. —, Phagocytose 111.
Lichtbehandlung d. Variola 187.
Ligamentum uteri rotundum (Bezieh. d. Stärke dess. zur Stärke d. Wehen) 153. (operative Verkürzung) 253.
Ligatur, resorbirbares Material 162. —, d. Carotis communis b. pulsirendem Exophthalmus 179. —, d. Tuba Fallopiae 254.
Linse, angeb. Colobom 267.
Lippen, Transplantation d. Schleimhaut an d. Augenlidränder 65. —, Entwickelung atroph. Talgdrüsen an solch. 251.
Lues s. Syphilis.
Luft, Infektion von Wunden durch solche 47. —, überhitzte, therapeut. Verwendung 48. —, Diplococcus magnus in ders. 225. —, Aspiration während d. Entbindung 257. — S. a. Inspirationluft.
Luftbad 83.
Luftgeschwulst in d. Morgagni'schen Ventrikeln 30.
Luftkur b. Lungentuberkulose 86.
Luftröhre s. Trachea.
Luftwege, chron. Schleimhautpemphigus d. oberen 142.
Lumbalpunktion b. Kindern 45.
Lunge, Geschwulst, Diagnose 26. —, Wirkung der Streptokokken auf dies. 116. —, chirurg. Behandlung d. Krankheiten 167. —, Wirkung d. Compression d. einen auf d. respirator. Gaswechsel 223. —, Veränderungen nach Injektion von Typhusbacillen in d. Trachea 226. —, Diphtheriebacillen in solch. 247. —, Gangrän, Heilung 249.
Lungenentzündung, Behandlung 248.
Lungenkrankheiten, Behandlung mit heissen Bädern 74.
Lungentuberkulose, Luftkuren, Gymnastik, Hydrotherapie 86. —, Bekämpfung 87.
Luxation d. Hüftgelenks (angeborne, Behandlung) 56. 171. 172. (traumat. b. Kindern) 171. —, d. Schultergelenks, habituelle, Radikaloperation 63. 266. —, des Augapfels 68. — S. a. Subluxation.
Lymphämie 138.
Lymphangitis, Diagnose von Phlebitis der Beckenorgane 157.
Lymphbahnen d. Herzens 206.
Lymphcyste, retroperitonäale 59.
Lymphdrüsen, d. Magens, Bezieh. zur Verbreitung d. Carcinoms 119.
Lymphe, Labferment in solch. 217. — S. a. Vaccinelymphe.
Lymphektasie, hämorrhagische d. Conjunctiva 66.
Lymphgefässe, d. Diaphragma, Bezieh. zur Bauchhöhle u. zur Resorption 7. —, d. Magens, Beziehung zur Verbreitung d. Carcinoms 119.
Lymphosarkomatose, Bezieh. zu Pseudoleukämie 137.

Maasspipette, automatische, für keimfreie Flüssigkeiten 111.
Magen, Einfluss d. Dampfbäder auf d. Sekretion 81. — S. a. Gastro-Enterostomie; Verdauungskanal.
Magenblutung, Atrophie d. Sehnerven nach solch. 68.
Magenkrankheiten, b. Säugling, Ammoniakausscheidung im Harne 42. 43.
Magenkrebs, Beziehung d. Lymphdrüsen u. Lymphgefässe zur Verbreitung 119.
Magnesia, Ausscheidung b. Diabetes mellitus 122.
Malaria, Parasiten 10. 11. 12. 224. 225. —, Uebertragung 11. 12. —, bösartige 11. —, Schutzimpfung 12. —, Behandlung mit Methylenblau 124. — S. a. Reiseberichte.
Malariaplasmodien 10. 11. 12. 224. 225.
Maltafieber 226.
Mamma, Krebs, Metastasen in d. Augenmuskeln 268.
Mandeln s. Tonsillen.
Manie b. Basedow'scher Krankheit 21.
Markfasern, Schwund in der Hirnrinde bei Tabes u. Paralyse 129.
Marktmilch, Schmutzgehalt 182.
Masern s. Morbilli.
Mastdarm s. Rectum.
Mastitis, im Wochenbett, Behandlung 159.
Medicin s. Handbuch; Jahrbuch.
Medicinalbericht von Württemberg (1896) 213.
Medulla oblongata, Veränderungen b. Status epilepticus 24.
Melanodermie, durch Arsenik hervorgerufen, Diagnose von Addison'scher Krankheit 141.
Meningococcus intracellularis b. eitriger Conjunctivitis 65.
Menstruation, Bezieh. zum Geschlechtstrieb 24. —, b. Affen u. b. Weibe 103. — S. a. Mittelschmerz.
Mesenterium, hämorrhagischer Infarkt 13.
Metallschleifer, Gesundheitsverhältnisse 183.
Metastase, suppurative im Knochenmark 14. —, krebsige in d. Augenmuskeln 268.
Metatarsus, Subluxation d. V. 285. —, Bedeutung f. d. Statik d. Fusses 265.
Methylenblau, Anwendung b. Malaria 124. —, Ausscheidung durch d. Nieren 124.
Methyljodid, Wirkung auf d. isolirte Herz 230.
Metritis, Behandlung 32. 146.
Mikrococcus d. Variola 196.
Mikroorganismen, b. Malaria 10. 11. 12. 224. 225. —, Verhalten auf Speicheldrüsenmucin 111. —, Differentialdiagnose 111. —, b. Noma 113. —, pathogene in Schleussen 117. —, b. Krebs 118. —, in normalen Bronchiallymphdrüsen 135. —, latente 163. —, b. d. Variola 196.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/345

Mikrophthalmos, als Folge von fötaler eitriger Entzündung 180.
Mikroskopische Technik (von *Carl Friedländer*) 211.
Milch, Giftigkeit b. Diphtherie 247. — S. a. Buttermilch; Marktmilch; Muttermilch.
Milz, Vergrösserung b. Lebercirrhose 139. —, Exstirpation wegen Zerreissung 261. 262.
Milzbrand, Empfänglichkeit der Vögel für solch. 225. —, d. Zunge, Heilung 248. —, Hämatom d. weichen Hirnhäute b. solch. 248.
Mineralmoorbäder, Wirkungen u. Indikationen 75.
Mineralwässer, physikal.-chem. Analyse 73. —, Bakteriengehalt 74.
Missbildung, in Folge von amniot. Bändern 102. —, angeb. d. Trachea 259. — S. a. Diprosopus; Doppelmissbildungen; Janiceps.
Mitosen, Nachweis in todten Geweben 5.
Mitralklappe, Anatomie 206.
Mittelfussknochen, Subluxation d. V. 265. —, Bedeutung f. d. Statik d. Fusses 265.
Mittelohr, Entzündung bei Scarlatina, Diphtheriebacillen im Eiter 240.
Mittelschmerz 103.
Mittheilungen aus den Abtheilungen f. Geburtshülfe u. Gynäkologie in Klagenfurt (von *Franz Torggler*) 208.
Mole s. Blasenmole; Hydatidenmole.
Monstrosität s. Missbildung.
Moor s. Eisenmoor.
Moorbäder, Wirkung u. Indikationen 75.
Morbilli, Epidemien 184. —, Nervenerscheinungen b. solch. 248.
Morbus, *Addisonii* (akute Entwickelung) 140. (Verlauf, anatom. Veränderungen) 140. (Diagnose von Melanodermie) 141. —, *Basedowii* (Pathogenie) 20. (Behandlung) 20. 21. 22. (Bezieh. zu Jodismus u. Thyreoideismus) 21. (Geistesstörung b. solch.) 21. (Kropfoperationen) 22.
Mord, im Delirium tremens begangen 272.
Morgagni'scher Ventrikel, Aërocele in solch. 30.
Mortalität, d. Kinder in d. europäischen Staaten 69. —, Vergleichbarkeit in verschied. Zeiträumen 70. —, in Upsala 184.
Mucin, aus Speicheldrüsen, Einfluss auf d. Wachsthum d. Mikroorganismen 11.
Mucocele d. Sinus frontalis 266.
Mucormykosen im Respirationapparat 118.
Mundhöhle, ulceröse Entzündung d. Schleimhaut 30. —, Entwickelung atroph. Talgdrüsen in d. Schleimhaut 251.
Mundspeichel, Wirkung verschied. chem. Stoffe auf dens. 108.
Musculus ciliaris, tonischer Krampf b. Kindern 181.
Muskelarbeit, Einfluss auf d. Herzthätigkeit 198. 199.
Muskelatrophie b. Lateralsklerose 132.
Muskeln, Flüssigkeitresorption in dens. 105. —, Störungen in Folge von Kinderlähmung, operative Behandlung 176. — S. a. Augenmuskeln; Dermatomyositis.
Muskulatur d. Herzens, Veränderungen nach Durchschneidung extrakardialer Nervenfasern 6.
Mutter, Uebergang von giftigen Substanzen vom Foetus aus auf dies. 223.
Muttermilch, Enzym in solch. 108.
Myelinsubstanzen, Darstellung 106.
Myelitis, akute, Neuritis d. Opticus b. solch. 268. — S. a. Poliomyelitis.
Mykose s. Mucormykose.
Myokardium, Wirkung d. Streptokokken auf dass. 116.
Myom, des Uterus (Behandlung) 35. 146. 147. 148. (bei Extrauterinschwangerschaft) 101. —, d. Ovarium 253. — S. a. Cystenmyom; Fibromyom.
Myopie, operative Behandlung 69. 181.

Nabel, Abscess an solch. b. Kindern 44.
Nachbilder, centrale u. extramaculare, negative 221.
Nacken, Blutextravasate an solch. nach Compression d. Unterleibs 53.
Naevus pigmentosus, Bezieh. zu Neurofibrom 119.
Nahrung, Assimilation b. Säugling 43.
Naht, d. Uterus nach Kaiserschnitt 40. —, resorbirbares Material 162. —, d. Herzens 168. — S. a. Tabaksbeutelnaht.
Naphthalan, Anwendung 125.
Naphthalin s. Nitronaphthalin.
Narbe, in d. Trachea 30. —, Strang aus solch. nach Ovariotomie als Urs. von Ileus 55. —, in d. Cornea, degenerative Abscesse 66.
Narkose, mit Chloroform, Messung mit d. Gasometer 47.
Nase, Einspritzung von Oel 30. —, primäre Diphtherie 247.
Nasenrachenhöhle, Amyloidgeschwülste, Bezieh. zu Deformitäten 266.
Nebenniere, innere Sekretion 8. —, Insufficienz bei Addison'scher Krankheit 140.
Nekrose, durch Phosphor verursacht 120. —, b. Hepatitis 120.
Nephritis, mit Geistesstörung b. Hirngeschwulst 236.
Nephrolithiasis, Behandlung mit Glycerin 125.
Nerven, extrakardiale, Veränderungen im Herzmuskel nach Durchschneidung 6. —, peripherische (Wirkung d. Streptokokken auf dies.) 116. (Histogenese, Regeneration) 223.
Nervencentrum s. Gefässnervencentrum.
Nervenfasern, Endigung in d. Herzganglien 6. —, markhaltige, Degeneration 107.
Nervensystem, Wirkung d. Salze auf dass. 9.
Nervenzellen, Veränderungen nach Säureintoxikation u. Inanition 122.
Nervus, *ischiadicus*, Neuralgie, Skoliose nach solch. 14. 264. —, *lumbo-inguinalis*, Resektion wegen Neuralgia spermatica 61. —, *mandibularis*, Wirkung der Durchschneidung 107. —, *occipitalis*, Neuralgie, operative Behandlung 165. —, *opticus* (Atrophie nach Magenblutung) 68. (Neuritis retrobulbaris) 68. (peripherische Atrophie) 68. (Neuritis b. Myelitis acuta) 268. —, *recurrens*, Lähmung, Veränderungen im Kehlkopfe 30. —, *spermaticus externus*, Resektion wegen Neuralgia spermatica 61. —, *sympathicus*, Resektion des Ganglion cervicale supremum 268. —, *trigeminus* (Regeneration nach Exstirpation d. Ganglion Gasseri) 52. (Neuralgie nach Exstirpation d. Ganglion Gasseri) 53. —, *vagus*, Wirkung auf d. Herz 203. 204. 205.
Netzhaut s. Retina.
Neugeborne, Wachsthum d. Niere b. solch. 7. —, Asphyxie, Hypertrophie d. Thymus als Hinderniss f. d. Wiederbelebung 72. —, Sagittalfontanelle 102. —, Hydrometra 103. —, Phlorhidzindiabetes 109. —, Hygieine 159.
Neuralgie, d. Trigeminus, Recidiv nach Exstirpation d. Ganglion Gasseri 53. —, d. Spermaticus, Resektion d. Nervus lumbo-sacralis u. d. Spermaticus externus 61. —, d. Ischiadicus (Skoliose nach solch.) 64. 264. (Hydrotherapie) 84. —, d. Armnerven 238. — S. a. Occipitalneuralgie.
Neuritis, retrobulbaris 68. —, peripherische mit gesteigerten Sehnenreflexen 133. —, multiple, anatom. Veränderungen 133. —, ascendens b. Hysterie 234. —, d. N. opticus b. Myelitis acuta 268.
Neurofibrom, Bezieh. zu Pigmentmälern 119.
Neurologie, Bezieh. zur Orthopädie 175.
Niederlande, niederländisch Indien, Vaccination 190.
Niere, postfötales Wachsthum 7. —, Funktion d. Glomeruli 8. —, Mechanismus d. Sekretion u. Exkretion in d. Zellen 8. —, innere Sekretion 8. —, Ausscheidung durch dies. (d. Streptokokken) 116. (d. Methylenblaues) 124. —, Cystenentartung 227.
Nierenkrankheiten, Concentration des Harns u. Blutes 136.
Nierensteine, Behandlung mit Glycerin 125.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden
http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/346

Nitronaphthalin, Trübung d. Hornhaut durch solch. 127.
Noma, Bakterien b. solch. 113.
Nomenclatur, internationale d. Todesursachen 211.
Norwegen, Vaccination 190.

Obstetrical Society of London, Transactions (XL. 1898) 100.
Obstipation, während d. Schwangerschaft 37. —, b. peritonäalen Verwachsungen 54. —, Nutzen d. Regenbäder 84. 85. —, Hydrotherapie 85. —, Folgen lange dauernder 226.
Occipitalneuralgie, operative Behandlung 155.
Oedem d. Kehlkopfeinganges b. Wasserleichen 183.
Oel, Einspritzung in d. Nase 30. — S. a. Terpentinöl.
Oesophagus, Sackdivertikel, chirurg. Behandlung 53.
Oesterreich, Heilquellen u. Kurorte 78.
Ofen s. Gasbadeofen.
Ohrenkrankheiten, Hirnabscess nach solch. 52.
Operationen, Handschuhe b. solch. 49.
Ophthalmie, sympathische (Diagnose im Beginne) 66. (nach Tätowirung d. Cornea) 67. (Entstehung) 179.
Ophthalmoskop s. Augenspiegel.
Opticus s. Nervus.
Orbita s. Augenhöhle.
Organe d. Körpers, Desinfektion im Gewebe 229.
Orthopädie, Leistungen 175. —, blutige u. unblutige Behandlungsmethoden 175. —, Beziehung zur Neurologie 175. —, Behandlung d. spinalen Kinderlähmung 175. 176.
Os temporis, oto-chirurg. Anatomie 51. —, pubis s. Symphysis.
Osmiumsäure, Bildung von Harnstoff aus solch. im Organismus 4.
Osmose, Bezieh. zur Assimilation 110.
Osteitis, Deformität durch solche 265.
Osteoarthritis d. Hüftgelenks 264.
Osteomalacie, Behandlung 39. —, b. Manne 142. —, b. Weibern, Aetiologie u. Behandlung 151.
Osteomyelitis, experimentell erzeugte 14. —, Totalresektion d. Diaphyse d. Röhrenknochen 61. —, tuberkulöse d. Schaftes langer Röhrenknochen 164. —, am Hüftgelenk 173.
Ostindien, niederländisches, Vaccination 190.
Otitis, Hirnabscess nach solch. 52. —, media b. Scarlatina, Diphtheriebacillen im Eiter 240.
Ovariotomie, Resultate 35. —, Narbenstrang nach solch. als Ursache von Ileus 65. —, Darmverschluss nach solch. 104. —, Technik 256.
Ovarium, Dermoidgeschwulst (als Geburthinderniss) 101. 102. (während d. Schwangerschaft) 104. —, akute Entzündung mit akuter Chlorose 253. —, Sarkom 255. —, Fibroma adenomatosum 255. —, Myom 255. —, Adenofibroma colloides 255. —, carcinomatöses Fibrom 255. —, Cyste, Operation 255. —, Geschwulst als Complikation d. Schwangerschaft 256.
Ovulation b. Affen u. b. Weibe 103.
Oxychinolin, Verhalten im Organismus 105.
Oxydase, in d. Haut einiger Batrachier 218.
Oxydation d. arsenigen Säure im Organismus 232.
Oxyhämoglobin, Bestandteile b. Pferde 3.
Oxyuris vermicularis, Nutzen d. Extractum aethereum filicis maris 18.
Ozon, Sterilisation d. Trinkwassers mit solch. 182.

Pachydermia laryngis 29.
Paludismus, Pilze dess. 10. 11. 12.
Pankreas, Behandl. d. Erkrankungen 58. —, chem. Untersuchung d. Inhaltes einer Cyste 106. —, Steinbildung in solch. 139. —, Abschwächung d. Diphtheriebacillen durch d. Saft 245.
Papillom d. Gallenblase 58.
Paracelsus, Privatkrankenhaus zu Zürich, Bericht (von *Kaelin-Benziger*) 94.
Paralyse, allgem. progressive (Diagnose von Pseudoparalysis syphilitica) 25. (Hydrotherapie) 85. (Veränderungen im Thalamus opticus) 128. (Markfaserschwund in d. Hirnrinde) 129. (Frühdiagnose) 236. (Statistik, Aetiologie, Symptomatologie) 236. — S. a. Pseudoparalyse.
Parasiten d. Wechselfiebers 10. 11. 12. 224. 225.
Parotis, Speichel ders. 107.
Pathologie u. Therapie d. Sterilität beider Geschlechter (von *M. Sänger* u. *E. Finger*) 209.
Pellagra, Geistesstörung b. solch. 72.
Pemphigus, der Schleimhäute 30. 142. —, Uebertragung durch Hebammen 159.
Penis, Favus an solch. 31. —, Carcinom, Ausbreitung u. Prognose 119.
Pental, Wirkung auf d. isolirte Herz 230.
Pepton, Wirkung nach Einspritzung in d. Kreislauf 222.
Periarteriitis nodosa 28.
Perichondritis am Kehlkopfe b. Scharlachfieber 142.
Pericystitis im Puerperium 158.
Perihepatitis chronica hyperplastica 14.
Perikarditis, chron., Pseudocirrhose d. Leber 14.
Perikardium, Schussverletzung 52. —, Reizung als Ursache von Arrhythmie 200. —, topograph. Anatomie 206.
Periosteitis, nach Typhus b. Kindern 259.
Peritonaeum, Lymphangitis hinter dems. 59. —, Infektion durch Streptokokken von dems. aus 116. —, Echinococcus in solch. 169.
Pertussis, Bakterien b. solch. 12. —, Nutzen d. Bromoform 124.
Pes varus (Behandlung) 173. 265. (nach Verletzung) 265.
Pest, Desinfektion b. solch. 229.
Pestbacillus, Vernichtung 229.
Pfählung, Verletzung durch solche 261.
Pferd, Bestandtheile d. Oxyhämoglobins 3. —, topograph. Anatomie 211.
Pflanzen s. Heilpflanzen.
Phagocytose, b. Streptokokken 10. —, Vorgang 111.
Phantom s. Taschenphantom.
Pharynx, Tuberkulose 30. —, Diphtheriebacillen in dems. b. Reconvalescenten 245. 246.
Phlebitis der Beckenorgane, Differentialdiagnose von Lymphangitis 152.
Phlegmone d. Orbita, Hirnabscess nach solch. 180.
Phloridzindiabetes b. Schwangern, Kreissenden u. Neugebornen 109.
Phosphor, Nekrose 120. —, Lokalisation in d. Geweben 218. —, Ausscheidung b. Leukämie 219. —, organ. Verbindungen, Giftwirkung 232.
Photographie d. Herztöne 207.
Phototherapie d. Variola 187.
Phthisis, Luftkur, Gymnastik, Hydrotherapie 86. —, Bekämpfung 87.
Pigment, in d. Haut, Beseitigung 252.
Pigmentmal, Bezieh. zu Neurofibrom 119.
Pilocarpin, Nutzen b. Diphtherie 248.
Pilze b. Paludismus 10. 11. 12. 224. 225.
Pipette s. Maasspipette.
Placenta, Verhältniss des Gewichts ders. zu dem des Foetus b. Albuminurie während d. Schwangerschaft 38. —, Retention, fehlerhafte Lösung 39. —, b. Extrauterinschwangerschaft 100. —, früheste Entwickelung 219. —, Kreislauf, Gefässverbindungen bei eineiigen Zwillingen 220. —, Wirkung der nach d. Conception erworbenen Syphilis auf dies. 228.
Plasma s. Blutplasma.
Plasmodien b. Wechselfieber 10. 11. 12. 224. 225.
Pleura, Endothelkrebs 118. —, chirurg. Behandlung d. Krankheiten 167.
Pleuritis, eiterige, Punktion mit Salzwasserinjektion 259.
Pneumokokken, Empyem durch solche verursacht 135.
Pockenlymphe, Staphylokokken in solch. 116.
Polbakterien b. Keuchhusten 12.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden
http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/347

Poliomyelitis, akute 121.
Polyneuritis, anatom. Veränderungen 133.
Polyp im Larynx, Operation 29.
Porro'sche Operation b. Osteomalacie 39.
Pott'sche Krankheit, Veränderungen d. Wirbel 263.
Prag s. Geschichte.
Preussen, Reform d. geburtshülfl. Ordnung 96.
Primitivfibrillen, Verhalten bei Degeneration der markhaltigen Nervenfasern 107.
Processus, vermiformis, Entzündung (während der Schwangerschaft) 38. (Bezieh. zur Gynäkologie u. Geburtshülfe) 151. 152. —, Abscess mit folgender Schleimfistel 227.
Proctoplastik b. extramedianer Afterspalte 145.
Prostata, Hypertrophie, Behandlung (Castration) 60. 210. (nach *Bottini*) 60. 210. (Veränderungen nach Operationen) 210.
Prostatahypertrofiens behandling (af *Björn Floderus*) 210.
Protargol, Wirkung b. Krankheiten u. Verletzungen d. Haut 125. —, innere Anwendung 125. —, gegen Augenkrankheiten 125. 126.
Protoplasma d. Zelle, Struktur 106.
Pseudocirrhose d. Leber bei chron. Perikarditis 14.
Pseudodiphtheriebacillen 239. 240. 241. 242.
Pseudogonococcus auf d. Conjunctiva 179.
Pseudoleukämie, Beziehung zu Lymphosarkomatose 137.
Pseudoparalyse, syphilitische, Diagnose von Dementia paralytica 25.
Pseudosklerose d. Centralnervensystems 130.
Pseudotrachom 67.
Puerperaleklampsie, Kaiserschnitt wegen solch. 40. —, Verhalten d. Temperatur 40.
Puerperalinfektion, Ursachen u. Zustandekommen 41.
Puerperalsepsis d. Uterus, Hysterektomie 158.
Puerperalseptikämie, geheilt durch Antistreptokokkenserum 102.
Puerperaltetanus, Aetiologie, Symptomatologie, Therapie 158.
Puerperium, Bakteriengehalt d. Uterus 158. —, Pericystitis 158.
Punktion s. Heberpunktion.
Pyämie, Nutzen d. Erregung künstl. Eiterung 27.
Pyosalpinx, doppeltseitige 104.

Quarantänefrage in d. internationalen Gesetzgebung (von *G. Kobler*) 97.
Quecksilber s. Hydrargyrum.
Quellen s. Eisenquellen; Heilquellen.
Quellung d. Haut im warmen Bade 82.
Quercolon, Fixation in d. Analring b. Resektion d. Colon descendens 57.
Querfalte im Kehlkopfe 142.
Quetschung des Unterleibs (ausgedehnte Blutextravasate an Kopf, Hals u. Arm) 53. (peritonäale Verwachsungen nach solch.) 54. (Laparotomie) 261.

Rachenmandel, primäre Diphtherie 240.
Radiographie d. schwangern Uterus 153.
Ranula, Bezieh. zur Sublingualdrüse 166.
Rechts- u. Gesetzeskunde, ärztl. (von *J. Schwalbe* u. *O. Rapmund*) 212.
Rectum, Vorfall (Pathogenese u. Therapie) 57. (bei extramedianer Afterspalte) 145. —, Folgen ungenügender Entleerung 226. — S. a. Proctoplastik.
Recurrens s. Nervus.
Redressement b. Verkrümmung d. Wirbelsäule 170. 263.
Redressionscorsett zur Behandlung d. Skoliose 170.
Reflex s. Sehnenreflex; Zehenreflex.
Regenbäder, gegen Constipation 84. —, gegen apoplekt. Gefässzustand 86.
Regenbogenhaut s. Iris.
Reiseberichte über Rinderpest, Texasfieber, chron. Malaria, Schwarzwasserfieber u. s. w. (von *Robert Koch*) 89.
Resektion, d. Ganglion Gasseri, Erfolge 52. —, des Nervus spermaticus externus u. d. N. lumbo-inguinalis wegen Neuralgia spermatica 61. —, totale d. Diaphyse d. Röhrenknochen wegen Osteomyelitis 61. —, d. Herzwand 168. —, d. Tibia, Deformität nach solch. 264. —, d. Ganglion cervicale supremum d. Sympathicus 268.
Resorption, Bezieh. d. Lymphgefässe d. Zwerchfells zu solch. 7. —, d. Eisens im Darmkanal 16. —, von Flüssigkeiten in Muskeln u. Seifen 105.
Respiration, Wirkung (d. Heroins) 123. (d. Weingeistes) 123. (d. Compression d. einen Lunge auf d. Gaswechsel) 223. (d. Arsens) 232. —, Einfluss auf d. Herzthätigkeit 205. —, Störung d. Rhythmus b. Chorea 249.
Respirationsorgane, Krankheiten 88. —, Mucormykosen 118.
Retina, centrale u. extranucleare, negative Nachbilder 221. —, Gliom 268.
Revista, Chilena de hijiene (por *Alejandro de Rio*) 213.
Revulsion, in d. Augenheilkunde 64.
Rhachitis, Verhalten d. Kopfes 161.
Rheumatismus, Geistesstörung b. solch. 23. — S. a. Gelenkrheumatismus.
Rhythmus, d. Herzthätigkeit, Störungen 200. 201.
Rinderpest s. Reiseberichte.
Rippenknorpel, Einpflanzung in d. Kehlkopf zur Heilung von Stenosen u. Defekten 166.
Röhrenknochen, Totalresektion d. Diaphyse wegen Osteomyelitis 61. —, tuberkulöse Osteomyelitis des Schaftes 164.
Röntgenstrahlen, Untersuchung des schwangern Uterus mit solch. 153.
Rückenmark, Veränderungen b. progress. perniciöser Anämie 28. 131. —, Erschütterung, Theorie 121. —, multiple Sklerose (Aetiologie) 129. (Verlauf) 130. —, Erkrankungen d. untern Abschnittes 131. —, amyotroph. Lateralsklerose 132. — S. a. Haematomyelie; Poliomyelitis.
Rückenmarkskanal, Punktion b. Kindern 45.
Ruhr s. Dysenterie.
Rumänien, Heilquellen u. Kurorte 79.

Sackdivertikel, d. Oesophagus, chirurg. Behandlung 55.
Säufer, forens. Beurtheilung 271. —, Entmündigung 271.
Säugling, Chlor u. Stickstoff im Organismus 42. —, Ammoniakausscheidung im Harn b. Magendarmkrankheiten 42. 43. —, Ernährung, künstliche 43. 222. —, proteolyt. Bakterien in d. Faeces 43. —, Streptokokkenenteritis 43. —, Verdauung b. solch. 43. —, Pflege 44. —, diastat. Enzym in d. Faeces 108. —, Harnretention 160. —, Bacillus coli communis in d. Faeces 225. —, Encephalitis 259.
Säure, arsenige, Einfluss d. Leukocyten auf d. Immunisation gegen dies. 19.
Säurevergiftung, Veränderungen d. Nervenzellen 122. —, Ammoniakgehalt d. Blutes 122.
Sagittalfontanelle b. Neugeborenen 102.
Salicylsäure s. Aspirin.
Salpinx s. Pyosalpinx.
Salze, Wirkung 19. — S. a. Zinksalze.
Salzwasser, Wirkung d. Abreibungen mit concentrirtem 82. —, Infusion b. akuten Krankheiten 134. —, Injektion b. eitriger Pleuritis 259.
Same, chem. Zusammensetzung d. Flüssigkeit 217.
Sand, Filtriren durch solch. b. Wasserleitungen 269.
Sanitätsgesetzgebung s. Quarantänefrage.
Sarkom, d. Testikels 60. 228. —, d. Knochen d. Fusses 176. —, d. Fornix conjunctivae 179. —, d. Ovarien 255. — S. a. Angiosarkom; Lymphosarkomatose.
Sarkomatose d. Haut 31.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden
http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/348

Sauerstoff, mit solch. übersättigtes Wasser, Einfluss auf d. Harn 5.
Scarlatina, Perichondritis laryngea 142. —, Epidemie in Upsala 184. —, Mittelohrentzündung b. solch. Diphtheriebacillen im Eiter 240.
Schädel, Operationen an solch. b. Epilepsie 49. 50. —, penetrirende Schussverletzung 51. —, Aktinomykose im Innern 53. —, Beschaffenheit b. Geisteskranken 235. —, Operationen an solch. b. Gehirnkrankheiten 260.
Schambein s. Symphysis.
Schanker, weicher an d. Fingern 32.
Scharlachfieber s. Scarlatina.
Schatten, diagnost. Bedeutung auf d. Körperoberfläche 25.
Schenkelhernie s. Hernia.
Schielen s. Strabismus.
Schilddrüse, therapeut. Anwendung d. Präparate 124. —, Bezieh. zum Herzen 205. —, Tetanie nach Exstirpation 249. — S. a. Struma; Thyreoidismus.
Schläfenbein, otochirurg. Anatomie 51.
Schlaf, Wirkung auf d. Blutdruck 200. — S. a. Winterschlaf.
Schlammbad s. Schwefelschlammbad.
Schleimfistel, nach Abscess d. Proc. vermiformis 227.
Schleimgeschwulst d. Sinus frontalis 266.
Schleimhaut, Pemphigus 30. 142. — S. a. Lippenschleimhaut; Mundhöhle.
Schleussen, pathogene Mikroorganismen in solch. 117.
Schmerz, Entstehung b. d. Gallensteinkolik 26. —, im Arme 233.
Schmutz, in d. Marktmilch 182.
Schneuzen, Luxation d. Augapfels b. solch. 68.
Schrotbelastung gegen Affektionen d. weibl. Beckenorgane 33.
Schultergelenk, habituelle Luxation (Operation) 63. 268. (Lähmung d. Arms nach solch.) 233.
Schultergürtel, totale Entfernung des knöchernen 265.
Schussverletzung, Hämatomyelie nach solch. 22. —, d. Schädels u. Gehirns 51. —, d. Herzbeutels 53. —, späte Eiterung nach solch. 163.
Schutzimpfung gegen Wechselfieber 12.
Schwachsichtigkeit, durch Schielen verursacht 181. 269.
Schwangerschaft, Behandlung d. Retroflexio uteri während ders. 35. —, in d. Tuba (Operation) 35. (Ruptur) 101. (anatom. Untersuchung) 101. (tubo-abdominale, Extraktion eines lebenden Kindes) 101. —, Frühdiagnose 36. —, Harnretention u. Koprostase 37. —, Darmverschliessung während ders. 37. —, unstillbares Erbrechen 38. —, Albuminurie 38. —, b. Uterusfibrom 103. —, Entfernung eines eingeklemmten Dermoids während ders. 104. —, Phloridzindiabetes 109. —, Behandlung d. Uteruskrebses während ders. 150. —, Radiographie d. Uterus 153. —, gleichzeitig innerhalb u. ausserhalb d. Uterus 157. —, Verhalten d. Haut 251. —, Complikation mit Ovariengeschwulst 256. — S. a. Extrauterinschwangerschaft; Tubenschwangerschaft.
Schwarzwasserfieber s. Reiseberichte.
Schwefelsäuren, Ausscheidung gepaarter im Harn 105.
Schwefelschlammbad Pistyan 79.
Schweissfuss, Behandlung 125.
Schwerkraft, Einfluss auf d. Blutdruck 199. 200.
Schwitzen, prophylaktischer Werth 83.
Scopolamin, Wirkung u. Anwendung 123.
Sectio caesarea s. Kaiserschnitt.
Seelenstörung b. Epilepsie 236.
Sehnen, Zerreissung am Vorderarm 62. —, Ueberpflanzung b. Kinderlähmung 176.
Sehnenreflexe, gesteigerte b. peripher. Neuritis 133.
Sehnerv s. Nervus.
Seife, Flüssigkeitresorption in solch. 103.
Sepsis, d. puerperalen Uterus, Hysterektomie 158. —, Verhütung b. Laparotomie 253.
Septikämie s. Puerperalseptikämie.
Serosa, d. Herzens, Kalkablagerung an solch. 227.
Serotaxis, durch Aetzkalilösungen 252.
Serum, Fadenbildung 10. —, therapeut. Anwendung b. Pneumonie 249. — S. a. Antistreptokokkenserum; Blutserum.
Silber s. Argyrose; Protargol.
Sinus frontalis, Mucocele 226.
Skiaskopie, b. Accommodationskrampf 181.
Sklerose, multiple d. Gehirns u. Rückenmarks (Aetiologie) 129. (Verlauf) 130.
Skoliose, nach Ischias 64. 264. —, angeborene, Entwickelung u. Behandlung 169. 170.
Soldaten, Bäder f. solche 74.
Sonderegger in seiner Selbstbiographie u. seinen Briefen (von *E. Haffter*) 100.
Soolbäder, Methode d. Anwendung 74.
Soor, Behandlung mit d. Borsäureschnuller 42.
Sozon, aus Fleisch hergestelltes Eiweisspräparat 182.
Speichel, d. Parotis 107. — S. a. Mundspeichel.
Speicheldrüsen-Mucin, Einfl. auf d. Wachsthum d. Bakterien 111.
Speiseröhre s. Oesophagus.
Sperma, chem. Zusammensetzung 217.
Spermakrystalle, *Böttcher*'sche, Bezieh. zu den *Charcot-Leyden*'schen Krystallen 5.
Spermatozoën, chem. Zusammensetzung d. Flüssigkeit 217.
Spinalkanal, Punktion b. Kindern 45.
Spinallähmung, in d. Kindheit, chirurg. Behandlung 175. 176.
Spirillum volutans, Biologie 225.
Spondylitis, Behandlung 170. 171. —, Lähmung durch solche, Resektion d. Wirbelbogen 262.
Spondylosis rhizomelica 133. 141. 142.
Spritze s. Glasspritze.
Sputa, Hülfsmittel zur Expektoration 25. —, Diplococcus lanceolatus in solch. 113. —, Beschaffenheit b. Bronchitis fibrinosa chronica 134.
Stadt s. Grossstädte.
Staphylokokken, in d. Vaccinelymphe 116.
Status epilepticus, anatom. Veränderungen b. solch. 24.
Stein, Bildung im Pankreas 139. — S. a. Nierenstein.
Sterblichkeit, d. Kinder in d. europäischen Städten 69. —, Vergleichbarkeit in verschied. Zeiträumen 70. —, in Upsala 184.
Sterilität, b. Manne 209.
Sternzellen d. Säugethierleber 107.
Stickstoff, im Organismus d. Säuglings 42. —, Ausscheidung b. Leukämie 219.
Stimmbänder, angeb. Falte zwischen dens. 29. —, Gangrän 30.
Stirnhöhle, Schleimgeschwulst 266.
Stirnlage, Entbindung b. solch. 102. 154.
Stoffwechsel, Physiologie 75. —, Diätkuren u. Kaltwasserkuren gegen Störungen dess. 84.
Stomatitis ulcerosa (Gangrän eines Stimmbandes b. solch.) 30. (Bakterien b. solch.) 113.
Strabismus, Bezieh. zur Schwachsichtigkeit 181. 269.
Streptokokken, Verhalten zu Blutserum u. Leukocyten 10. —, auf gesunden Tonsillen 113. —, Infektion durch solche 114. —, in verschied. Organen 115. —, Ausscheidung durch d. Nieren 116. —, peritonäale Infektion 116. —, verschied. Arten 226.
Streptokokkenenteritis b. Säuglingen 43.
Struma, Herzaffektion b. solch. 20. —, operative Behandlung 21. —, gutartige metastasirende 166.
Studien über d. hereditäre Syphilis (von *Carl Hochsinger*) 91.
Studier over gonokokken og gonoroisk vulvovaginit hos börn (af *Lyder Nicolaysen*) 208.
Stuhlverstopfung, während d. Schwangerschaft 37. —, b. peritonäalen Verwachsungen 54. —, Nutzen d.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden
http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/349

Regenbäder 84. 85. —, Hydrotherapie 85. —, Folgen lange dauernder 226.
Stypticin, Wirkung 124.
Sublimat s. Hydrargyrum.
Sublingualdrüse, Bezieh. zu Ranula 166.
Subluxation d. Metatarsus V. 265.
Sumpffieber, Parasiten 10. 11. 12. —, Uebertragung 11. —, bösartiges 11. —, Schutzimpfung 12.
Suppuration, lokale u. metastat. im Knochenmark 14. —, künstl. zu Heilzwecken 27. —, späte nach Schussverletzung 163. — S. a. Encephalitis.
Surrakrankheit 89.
Symphysis ossium pubis, Tuberkulose 164.
Syphilis, Pseudoparalyse b. solch. 25. —, hereditäre, Studien über dies. (von *Carl Hochsinger*) 91. —, Veränderungen d. Blutgefässe 228. —, Einwirkung der nach d. Conception erworbenen auf d. Placenta 228. —, Bezieh. zu allgem. progress. Paralyse 236. — S. a. Gummi.

Tabaksbeutelnaht 260.
Tabes dorsalis, Markfaserschwund in d. Hirnrinde 129.
Taenia, Nutzen d. Extractum aether. filicis maris 18. —, Wirkung d. Chloroforms 125.
Tätowirung d. Cornea (als Ursache von sympath. Ophthalmie) 67. (Einführung von Krankheitkeimen) 37.
Talgdrüsen, atrophische, an d. Schleimhaut d. Lippen u. d. Mundes 251.
Tamponade, d. Vagina wegen Blutung 38.
Taschenphantome, geburtshülfliche (von *K. Shibata*) 94.
Teichmann, Max, Todesanzeige 272.
Terpentinöl, Wirkung d. Einathmung 270.
Testikel, Sarkom 60. 228. —, Heilungsvorgänge nach Verletzungen 228.
Tetanie, nach Exstirpation d. Schilddrüse 249. —, echte 249. —, d. Harnblase 259.
Tetanus, puerperalis, Aetiologie, Symptomatologie, Therapie 158.
Texasfieber s. Reiseberichte.
Thalamus opticus, Veränderungen b. progress. Paralyse 128.
Thiochinanthren 19.
Thiocol Roche, therapeut. Anwendung 17.
Thorakoplastik b. Empyem 54.
Thorax, Verletzungen 167. —, Eröffnung zur Bloslegung d. Herzens 168.
Thränenfluss, anfallsweiser 267.
Thymusdrüse, Hypertrophie als Hinderniss f. die Wiederbelebung asphyktischer Neugeborener 72.
Thyreoidea, therapeut. Anwendung d. Präparate 124. —, Exstirpation, Tetanie nach solch. 249.
Thyreodismus, Bezieh. zu Basedow'scher Krankheit 21.
Tibia, Resektion, Deformität nach solch. 264.
Tod, Mitosen in Geweben nach solch. 5.
Todesanzeige von *Max Teichmann* 272.
Todesfälle, 7066, d. Baseler Lebensversicherungsgesellschaft (von *Arthur Hesse*) 89.
Todesursachen, internat. Nomenclatur (von *J. von Körösy*) 211.
Tonsilla pharyngea, primäre Diphtherie 247.
Tonsillen, Streptokokken auf gesunden 113.
Tonsillitis ulcerosa, Bakterien b. solch. 113. 240.
Toxine, d. Streptokokken in verschied. Organen d. Körpers 115. —, Bedeutung f. d. Entstehung von Conjunctivitis 178. —, Wirkung auf d. Herz 206.
Trachea, Geschwülste 30. —, Narbe 30. —, Fremdkörper 30. —, Entfernung falscher Membranen mittels Creosotöl 30. —, Knochenbildung in ders. 143. —, Injektion von Typhusbacillen in dies., Veränderungen in d. Lungen 226. —, angeb. Missbildung 259.
Trachom s. Pseudotrachom.
Transactions of the obstetrical Society of London (XL. 1898) 100.
Transplantation, gestielter Hautlappen 49. 162. —, von Lippenschleimhaut an d. Augenlider 65. —, von Rippenknorpel in d. Kehlkopf zur Heilung von Stenosen u. Defekten 166. —, von Sehnen b. Kinderlähmung 176.
Traumen d. männl. Harnröhre (von *M. A. Wassiliew*, 1. Theil) 94.
Tremor, hereditärer 133. —, Zustandekommen 234. —, b. Masern 248.
Trepanation b. Epilepsie 49. 50.
Trichinen, Vorkommen in Upsala 184.
Trigeminus s. Nervus.
Trinker, forens. Beurtheilung 271. —, Entmündigung 271.
Trinkwasser, Filter zur Entfernung von Eisen 71. —, Sterilisation mittels Ozon 182.
Tripper s. Vulvovaginitis.
Tropon, Werth 182.
Tuba Fallopiae, Blutung aus solch. 101. —, Zerreissung 101. —, Ligatur 254. — S. a. Pyosalpinx.
Tubenschwangerschaft, Operation 35. —, Ruptur 101. 157. —, unvollständiger Abortus 101. —, anatom. Untersuchung 101. —, Pathologie u. Anatomie, Entbindung 156. —, 2 Fötus von verschied. Alter in einem Sacke 257.
Tuberkulose, d. Larynx 30. —, d. Pharynx 30. —, primäre d. Vulva 143. —, d. Symphysis ossium pubis 164. —, Mortalität in Upsala 184. —, d. Knochen u. Gelenke, Behandlung 264. — S. a. Lungentuberkulose; Osteomyelitis.
Tunis, Impfwesen 189.
Tusche, chinesische, Sterilisirung 67.
Tussis convulsiva, Bakterien b. solch. 12. —, Nutzen d. Bromoforms 124.
Typhus, abdominalis (operative Behandlung d. Darmperforation) 56. (Hydrotherapie) 85. (Periosteitis nach solch. b. Kindern) 259.
Typhusbacillen, Injektion in d. Trachea, Veränderungen in d. Lungen 225.

Ulna, Wachsthumstörung 266.
Ungarn, Heilquellen u. Kurorte 78.
Unterbindung, d. Carotis communis b. pulsirendem Exophthalmus 179. —, d. Tuba Fallopiae 254.
Unterleib, Quetschung (ausgedehnte Blutextravasate an Kopf, Hals u. Arm) 53. (peritonäale Verwachsungen als Folge) 54. (Laparotomie) 261.
Unterleibshöhle, Heberpunktion b. Operationen in ders. 59.
Unterleibstyphus s. Typhus.
Unterschenkel, Geschwür, Behandlung 63. 176.
Upsala, Gesundheitverhältnisse 183. 184. — S. a. Årsberättelse.
Urachus, Cyste 145.
Urämie, Pathogenie 136.
Ureter, Verletzung b. abdominaler Hysterektomie 150.
Urethrotomie, Ausführung 59.

Vaccination, Schutzkraft 185. 193. 194. —, in Kopenhagen 181. —, Berichte 188. 189. 190. —, in Bayern 188. —, in Dänemark 189. 190. —, in Norwegen 190. —, in d. Niederlanden u. niederl. Indien 190. —, Erfolge 191. —, Schädigung durch dies. 193. —, allgemeine Pathologie 195. 196. —, animale 196. — S. a. Impfwesen.
Vaccine, generalisirte 191. 192.
Vaccinelymphe, Staphylokokken in solch. 116. —, Wirksamkeit 190. 191. —, animale 196.
Vagina, Behandlung d. Fluor albus mit Hefeculturen 32. —, Tamponade gegen Blutung 38. —, Kaiserschnitt von solch. aus 39. 150. —, Fibromyom 103. —, Fremdkörper in ders. 144. —, Atresie (erworbene) 144. (Entbindung b. solch.) 145. (Aetiologie u. Therapie) 145. —, Hysterektomie von solch. aus 150. —, Abreissung b. d. Entbindung 153. —, Bakterien in ders. 226. — S. a. Haematokolpos; Vulvovaginitis.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/350

Vagitus uterinus 257.
Vagus s. Nervus.
Valvula mitralis, Anatomie 206.
Vaporisation, Anwendung in d. Uterushöhle 33.
Varicella, Vorkommen 186.
Variola, Epidemien 185. 186. 187. —, Schutz d. Vaccination 185. 193. 194. —, Behandlung im rothen Lichte 187. —, Mikroorganismen 196.
Variolois, Vorkommen 187. 188.
Vegetarianismus, therapeut. Bedeutung 26.
Venen s. Phlebitis.
Ventrikel, Morgagni'sche, Aërocele 30.
Ventrofixation d. Uterus zur Heilung von Harnincontinenz 104.
Verdauung b. gesunden u. kranken Kindern 43.
Verdauungskanal, Verhalten d. Benzoyl- u. Calciumsuperoxyds in solch. 228.
Verdauungsorgane, Krankheiten ders. 89.
Vereinswesen s. Geschichte.
Vergiftung s. Jodismus; Kohlenoxyd; Säurevergiftung.
Verletzung, Pes varus nach solch. 265. — S. a. Harnleiter; Harnröhre; Haut; Perikardium; Pfählung; Schussverletzung; Testikel; Thorax; Unterleib; Wundheilung.
Verschwiegenheit d. Arztes vor Gericht 71.
Verstauchung von Gelenken, Nachbehandlung 63.
Verstopfung, während d. Schwangerschaft 39. —, b. peritonäalen Verwachsungen 54. —, Nutzen der Regenbäder 84. —, Hydrotherapie 85. —, Folgen lange andauernder 226.
Vertrauensärzte, Hülfs- u. Taschenbuch f. solche (von *Georg Herxfeld*) 211.
Virus d. Diphtherie, Wirkung 245.
Vision, im Lichte d. Culturgeschichte (von *Knauer*) 98.
Vitalitätstatistik von Upsala 184.
Vögel, Empfänglichkeit f. Milzbrand 225.
Vorderarm, Sehnenzerreissung 62. —, Wachsthumsstörung d. Knochen 266.
Vulva, primäre Tuberkulose 143. —, Diphtherie 247.
Vulvovaginitis, gonorrhoische b. Kindern 208.

Wachsthum, Störung an d. Vorderarmknochen 266.
Wangenkrebs s. Noma.
Wasser, oxygenirtes, Wirkung auf d. Harn 5. —, therapeut. Wirkungen 82. —, Ausscheidung durch d. Haut 223. — S. a. Grundwasser; Hydrotherapie; Kaltwasserbehandlung; Mineralwasser; Salzwasser; Trinkwasser.
Wasserleichen, Oedem d. Kehlkopfseinganges 183.
Wasserleitung, doppelte Sandfiltration 269.
Wechselfieber, Mikroorganismen 10. 11. 12. 124. 125. —, Uebertragung 11. 12. —, bösartiges 11. —, Schutzimpfung 12. —, Behandlung mit Methylenblau 124. — S. a. Reiseberichte.
Wehen, Bezieh. d. Stärke zur Stärke d. Ligamenta rotunda 153.
Weinen s. Thränenfluss.
Weingeist, Wirkung auf d. Respiration 123.
Winterkurorte 88.
Winterschlaf, Wirkung von Giften auf Fledermäuse während dess. 128.
Wirbel, Caries, Behandlung d. Difformitäten 170. —, Resektion d. Bogen 262. —, Affektion b. Pott'scher Krankheit 263. — S. a. Spondylitis.
Wirbelsäule, chron. ankylosirende Entzündung 138. 141. 142. —, Verkrümmung, Entwickelung u. Behandlung 169. 170. 263. —, nicht tuberkulöse Erkrankungen 263. — S. a. Skoliose.
Wochenbett, diagnost. Bedeutung d. Pulsfrequenz 41. —, Behandlung d. Mastitis 159.
Wolfsrachen, Ursachen 160.
Württemberg, Medicinalbericht f. 1896 213.
Wundbehandlung, offene nach Augenoperationen 64.
Wunde, Luftinfektion 47. —, Desinfektion 161.
Wundheilung, neue Methoden ders. (von *C. L. Schleich*) 93.
Wundinfektion, durch d. Luft 47. —, Bedeutung d. Druckes in d. Geweben 47.
Wurmfarn s. Filix.
Wurmfortsatz s. Processus vermiformis.

Xeroform gegen Hautkrankheiten b. Kindern 126.
X-Strahlen, Untersuchung d. schwangern Uterus mit solch. 153.

Zähne, vorzeitiger Durchbruch 160.
Zehen, angeb. Hypertrophie 266.
Zehenreflex, Bedeutung 128.
Zellen, d. Niere, Mechanismus d. Sekretion u. Exkretion 3. —, physiolog. Charaktere 106. —, Struktur d. Protoplasma 106. — S. a. Nervenzellen; Sternzellen.
Zellgewebe, Entzündung in d. Orbita 67.
Zeugenpflicht, Widerstreit mit Wahrung d. ärztl. Geheimnisses 71.
Zinkchlorür, Injektion in d. Uterus, Wirkung u. Nachtheile 32. 146.
Zinksalze, Einfl. auf d. Hämoglobinbildung 3.
Zittern, erbliches 133. —, Zustandekommen 234. —, b. Masern 248.
Zuckergussleber 14.
Zündhütchen, spontane Ausstossung eines Stückes aus d. Auge 67.
Zunge, Milzbrand, Heilung 248.
Zurechnungsfähigkeit d. Säufer 27.
Zwerchfell, Bezieh. d. Lymphgefässe zur Bauchhöhle u. zur Resorption 7. — S. a. Diaphragma.
Zwillinge, eineiige, Placentarkreislauf 220.
Zwitter s. Hermaphroditismus.

Namen-Register.

Abba, Francesco, 269.
Abel, R., 188. 189.
Abel, S., 187.
Abraham, Otto, 107.
Abramow, S., 228.
Acconci, L., 39.
Adair, J. H., 236. 239.
Addario, C., 127.
Addinsell, A. W., 103.
Adler, Richard, 125.
Ahlfeld, Friedrich, 143.
Aitkin, Ch. W., 237. 242.
Allan, C. M., 22.
Almquist, Ernst, 111.
Alterthum, Ernst, 36.
Anderson, H. B., 237. 244.
Anguita, V., 212.
Arnaud, F., 185.
Arnozan, A., 237. 247.
Aschaffenburg, Gustav, 271.
Ascher 196. 197.
Aschoff, L., 227.
Ascoli, V., 141.
Ast, Fritz, 248.
Athanasiu 197. 199.
Audry 251.
Ausset, E., 238. 248.
Auvard, A., 208*.

Babes, V., 12.
Backman, Herman, 187.

* bedeutet Bücheranzeige.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden
http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/351

Badano, F., 231.
Baginsky, Adolf, 238. 248.
Banti, G., 139.
Barbacci, Ottone, 11.
Barbèra, A. G., 197. 203.
Bardescu, N., 63.
Bardier 198. 206.
Barnard, H., 197. 199. 200.
Baron, C., 182.
Baron, P., 223.
Barratt, Wakelin, 13. 223.
Barth, L., 38.
Baruch, S., 85.
Batsch 123.
Bauer, Eduard, 27.
Baum, H., 211*.
Bayer, H., 153.
Bayliss, W. M., 108.
Beck, A., 221.
Beclère, J., 194. 198.
Belly 82.
Benda 168.
Bendix, Bernhard, 42. 222.
Benoit, F., 237. 245.
Berend, Nikolaus, 126.
Berger, Paul, 142.
Bernard, Léon, 140.
Bernard, Raymond, 234.
Berndt, F., 47. 59.
Bernhardt, M., 22.
Bernheim, A., 193. 194.
Bertelsmann 26.
Bertog 96*.
Berton, Ludwig, 44.
Bertrand, L., 161.
Besnard, Jules, 212.
Besredka 19.
Bethe, Albrecht, 107.
Bettmann 191. 198.
Biedl 197. 201.
Bier, A., 119.
Biermer, Rud., 95*.
Bignami, A., 138.
Bihler, W., 66.
Binet, Maurice, 232.
Binz, C., 232.
Björksten, Max, 115.
Birch-Hirschfeld, A., 66.
Blacker, G. F., 102.
Blumberg, M., 229.
Blumenthal, Arthur, 237. 238.
Bock, Joh., 230.
Bodon, K., 179.
Böcker 175.
Böing 193. 194.
Boeri, G., 17.
Boinet, Ed., 21.
Boisson 265.
Bókay, Joh. von, 259.
Bolin, Ernst, 183.
Bond, F. T., 188. 189.
Bondesen, J., 190. 193. 194.
Bonn, E., 86.
Bonnifay, Jean, 161.
Bonsdorff, Axel von, 116. 214. 215.
Borchardt, M., 176.
Both, H. von, 155.
Bottazzi, Fil., 197. 198. 200. 206.
Botwinnik, N., 268.
Bouma, Jac., 218.
Bourgeois, A., 66.
Boxall, R., 102.
Brasch, R., 75.
Bratz 24.
Braun, H., 53. 56. 89*.
Braun, Ludwig, 197. 198.
Braun, W., 49.
Braun-Fernwald, Rich. von, 36. 256.
Breitenstein, A., 81.
Brennecke 96*.
Brenning, M., 96*.
Brentano 168.
Broeckhaert 237. 247.
Bronner, Adolf, 180.
Brosin, A., 159.
Brownlee, J., 185. 187.
Brulard 76.
Brunner, A., 176.
Bruns, Hayo, 117.
Bruns, P. von, 173.
Budier, M., 198. 207.
Bülow-Hansen 121.
Büngner, O. von, 164.
Burckhard, Georg, 220.
Burckhardt, Albrecht, 237. 246.
Burckhardt, Otto, 39.
Burnett, Charles B., 237. 247.
Burwinkel 211*.
Butler, G. R., 198. 206.
Butler-Smythe 101.
Buxton, Joseph T., 13.

Cabezas, Joaquin, 213.
Cadiz 212.
Camerer, W., 31.
Cannieu, A., 198. 206.
Carter, R. J., 191.
Carvallo 197. 199.
Castaigne, J., 223.
Cauteret 191.
Celli 12.
Chabade, J., 237. 243.
Chambon 194. 195.
Chapotot 265.
Charrin 198. 206. 237. 245.
Chase, Lincoln, 74.
Chatitoff 197. 201.
Chevalier, E., 88.
Clar, Conrad, 87.
Clemens, P., 135.
Cobbett, Louis, 111. 237. 245.
Cohn, Martin, 128. 137.
Cohnheim 135.
Colombini 31.
Comby 86.
Cominotti 140.
Coolidge, J. N., 21. 266.
Cordes, H., 243.
Córdova, L., 213.
Cotton, S., 5.
Coues, W. F., 238. 247.
Cozette 191. 192.
Credé, B., 253.
Cross, Richardson, 179.
Cullingworth, Charles J., 101.
Cunéo, B., 7.
Cuoghi Constantini, Ferruccio, 237. 244.
Curschmann, H., 120. 216.
Curtin, J. Roland, 198. 205.
Cushing, Harvey W., 22.
Cushny 197. 200.
Cyon, E. von, 198. 205.
Czaplewski 12. 116.
Czerwenka, Karl, 254.

Däubler, C., 9.
Dakin 102.
Dalén, Albin, 268.
Danelius, Karl, 215.
Daniels, C. W., 250.
Davis, Louis Dudley, 237. 240.
Dawson, Rumley, 101.
Dedet 80.
Deguy 198. 206.
Dehner 266.
Deiters 236.
Delbanco 251.
Delbet, Pierre, 32.
Demange 253.
Denucé 264.
De Renzi, Errico, 17. 249.
Desoil, P., 188.
Diemer, Fritz, 227.
Dietrich, E., 96*. 193. 194. 212*.
Dingle, C. V., 183. 186.
Dippe, H., 133.
Dixon, Walter E., 229.
Dobrowolsky, W., 181.
Dogiel, A. S., 5.
Donath, Julius, 61.
Doran, Allan, 101. 104. 145.
Douglas, J. J., 237. 244.
Dragendorff, G., 207*.
Dreesmann 170.
Dreser, H., 17.
Dubois 84.
Dührssen, A., 35. 150. 152.
Dujon, V., 144.
Duplay, Simon, 233.
Dziergzowski, K., 237. 244.

Eberlin, A. M., 144.
Eberth, C. J., 211*.
Ebstein, Wilhelm, 86*. 89*.
Eckhard, C., 109.
Edgren, J. G., 90*.
Edinger, A., 19.
Eichel 53.
Eicken, C. von, 161.
Ehret, H., 64.
Ehrnroth, Ernst, 214.
Ellenberger, W., 211*.
Elmassian 178. 237. 244.
Emmert 125.
Enderlen 14.
Engel, C. S., 224.
Engelmann, F., 126.
Englisch, Jos., 238. 248.
Enriquez, E., 141.
Epstein, Alois, 89*.
Epstein, Ladislaus, 129.
Erb, A., 67.
Escherich, Theodor, 42. 43.
d'Espine 191.
Etienne, G., 253.
Ewald, C. A., 124.
Ewart, William, 30.

Fabian, Edmund, 106.
Fabre 228.
Falk, Edmund, 124.
Feer, E., 124.
Fein, Johann, 160.
Felix, J., 79.
Fibiger, Joh., 238. 246.
Figenschau, K. J., 71.
Finger, E., 209*.
Fischer, Alphons, 225.
Fischl, Rudolf, 258. 259.
Flexner, Simon, 237. 244.
Floderus, Björn, 210*.
Floresco, N., 217.
Floret 125.
Foges, Arthur, 60.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden
http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/352

Forel, A., 271.
Forstmann, Richard, 197.
Foss 74. 77.
Fränkel, C., 65.
Fraenkel, Eugen, 151. 256.
Fraenkel, L., 254.
Frank, D., 140.
Frank, Otto, 198. 206.
Fraser, Th. R., 229.
Fredet, Pierre, 254.
Freudweiler 135.
Freund, Georg, 26.
Freund, Hermann W., 251.
Freund, Walther, 42.
Freyer, M., 196.
Frickenhaus 252.
Fried, B., 83.
Friedeberg 125.
Friedländer, Carl, 211*.
Friedmann, M., 129.
Friedrich, P. L., 47. 52.
Fritsch, Heinrich, 95. 148.
Fromaget, C., 267.
Fryding, J., 252.
Fuchs, Hans, 159.
Fuchs, Otto, 253.
Fürstner 84.
Fuld, Alphons, 42.
Funke, A., 33. 150.
Funke, R., 6.

Gabler-Coester, F., 212.
Galvani 266.
Garrè 52. 168. 169.
Gaudier, H., 29.
Geppert, J., 47.
Gerhardt, Dietrich, 122.
Gerulanos, M., 54.
Gersuny, R., 55.
Gezelius, Karl Joh., 215.
Gibney, V. P., 170.
Giudiceandrea, V., 139.
Glück, L., 31.
Glücksmann, S., 112.
Gmeiner, Jos., 40.
Gocht, H., 61. 176.
Godding, W. N., 85.
Göppert 259.
Götze, Eugen, 269.
Goldthwait, Joel E., 170.
Gottschalk, Sigmund, 258.
Gottstein, G., 161.
Goumy 191. 192.
Gow, W. J., 103.
Graetzer, H., 163.
Grammatikati, J., 32.
Grancher 213.
Graupner 133.
Greco, Vincenzo, 230.
Gregor, Konrad, 122. 259.
Gres, L., 213.
Griffith, John, 179.
Grijns, G., 190.
Grisstede, Ernst, 34.
Gross, H., 167.
Gross, J., 93*.
Grüneberg 258.
Guitéras, R., 60.
Gummert, L., 257.

Haab, O., 94*.
Haase 191. 193.
Haeberlin 156.
Häusermann, Emil, 3.
Haffter, E., 100*.
Hagenbach-Burckhardt, E., 237. 246. 259.
Hahn, E., 135.
Hahn, Johann Sigmund, 81.
Hainebach, J., 161.
Haldane, John, 4.
Hallauer, Otto, 266.
Hallé, J., 226.
Hanke, Victor, 127.
Hansen, Sören, 187. 189.
Hansson, Rs., 72.
Harbitz, Francis, 121.
Hardy, W. B., 106.
Harley, Vaughan 13. 223.
Harrington, W., 197. 204.
Hartisch 193. 194.
Hartz, A., 254.
Hasebroek, K., 63.
Haslund 191. 192.
Haudek 169.
Haultain, F. W. N., 35.
Heape, W., 103.
Heinricius, G., 257.
Heitler, M., 197. 200.
Helbig, Carl Ernst, 213*.
Hellendall, H., 26.
Henle, A., 162.
Henschen, S. E., 215*.
Hering, H. E., 198. 204.
Hern, John, 177.
Herrgott, A., 37.
Herringham, W. P., 105.
Herrmann, Aug., 125.
Hertel, E., 69.
Hervieux, E., 185. 186. 188. 189.
Herz, Max, 118.
Herzfeld, Georg, 211*.
Hesse, Arthur, 89*.
Heubner, Otto, 222.
Heymann, H., 237. 241.
Hibler, E. von, 112.
Hilbert, Paul, 113. 237. 243.
Hill, Leonard, 197. 199. 200.
Hinsberg, V., 165.
Hinterstoisser, Joh., 271.
Hirschberger 169.
His, H., 135.
His d. J., W., 135. 216*.
Hitschmann, F., 48.
Hochsinger, Carl, 91*.
Hödlmoser, K., 78.
Höfer 50.
Hoerschelmann, E., 185. 186.
Hösslin, A. von, 82.
Hoffa, Albert, 142. 172. 174.
Hoffmann, Friedr. Albin, 26.
Hoffmann, G., 74.
Hoffmann, Reinhard, 267.
Hofmann, A., 17. 198. 204.
Hofmann, C., 55.
Hofmann, F. B., 197. 201. 202.
Hofmam, H., 177.
Holden, Ward A., 127.
Holowinski, A. de, 198. 207.
Holzapfel, Karl, 153.
Homén, E. A., 115.
Honsell, B., 166. 173.
Hopkins, Gowland, 219.
Hoppe 180.
Horn, F., 153.
Huber, J. Ch., 92*.
Hückel, A., 196.
Hültl, Fidelis, 61.
Hunt, R., 197. 204.
Jaboulay 264.
Jacobs, Barton, 21.
Jagerink 170.
Jarotzky, A., 198. 206.
Jastrowitz, M., 23.
Jaunin, P., 21.
Idsinger, J., 190.
Jeandin 191.
Jeannot-Hackel 85.
Jess 226.
Jež, V., 79.
Illoway 191.
Imbach, Fritz, 237. 243.
Joachimsthal 264.
Jolles, Adolf, 217.
Jolly 84.
Jones, Robert, 170. 264.
Joos, A., 237. 238.
Jopson, John H., 227.
Joseph, M., 31.
Jottkowitz, P., 61.
Joukovsky, V., 160.
Ipsen 72.
Isler, Jacob, 268.
Israel, E., 59.

Kälble, Joh., 135.
Kaelin-Benziger 94*.
Kämpffer, Richard, 267.
Kaplan, L., 236.
Kaposi, Hermann, 170.
Kapteyn, H. P., 71.
Kassel, Carl, 237. 247.
Kayser (Hamburg) 228.
Kazowsky 235.
Keiller, W., 198. 206.
Keitler, Heinrich, 58.
Keller, Arthur, 43.
Kellogg, J. H., 82.
Kern, F., 111.
Kiribuchi, A., 68.
Kirmisson 265.
Kisch, E. Heinrich, 73.
Kissel, A., 46. 259.
Kissinger, Philipp, 154.
Klein, E., 117.
Klein, Ferd., 25.
Klein, G., 256.
Klingelhöffer 179.
Knauer 98*.
Knoll, Phil., 197. 203.
Kober, G. M., 60.
Koblanck 41.
Kobler, G., 97*.
Koch, Rob., 89*.
Kocher, Th., 50.
König, Franz, 50. 61. 88*.
König, Fritz, 266.
Koenig, W., 130.
Koeninck, A., 127.
Könitzer 265.
Koeppe 73.
Körösy, J. von, 211*.
Köstlin, K., 272.
Kolischer, G., 158.
Kolster, Rud., 228. 257.
Koschier, Hans, 30.
Kowalski, E., 81.
Krahnass, A., 212.
Kraus, F., 89*.
Kraus, Fr., 20.
Kraus, Hugo, 142.
Kraus, K., 86.
Kraus, R., 112.
Krause, F., 48. 165.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden
http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/353

Kreisch, E., 155.
Kroenig, B., 226.
Kroenlein, U., 51.
Kronecker, H., 197. 202.
Krukenberg, Fr., 179.
Krumm, Ferd., 63.
von Kubassow 10.
Kübel, Fr., 108.
Kübler 193. 194.
Kühnau, W., 237. 244.
Külz, Ludwig, 7.
Kümmell, Herm., 57.
Küss, Georges, 107.
Küttner, H., 119. 164.
Kummer, E., 144.
Kupffer, C. von, 107.
Kwella, H., 98*.
Kurth 237. 240.
Kussmaul, Adolf, 100*.
Kutschuk, K. A., 225.

Laache, S., 89*.
Laar, C., 232.
Lack, H. Lambert, 117.
Lagrange, F., 181.
Lahmann, H., 83.
Laitinen, Taav., 115.
Landau, Theodor, 32.
Lange, Th., 74.
Langendorff, O., 197. 200.
Lauenstein, C., 59.
Lawrow, D., 3.
Lea, A. W., 102.
Lebedeff, G. J., 146.
Ledderhose 55.
Lehmann, K. B., 270.
Leichtenstern, Otto, 125.
Lenhartz, Hermann, 88*. 134.
Lennander, K. G., 40. 215.
Lenoble, Emile, 28.
Leopold, Gerhard, 55.
Lépine, R., 87. 226.
Lereboullet, P., 141.
Leubuscher, G., 223.
Levaditi 237. 245.
Levy, Benno, 5.
Levy, E., 117.
Levy-Dorn 234.
Lewandowsky, M., 8. 123.
Lewers, A. H. N., 104.
Lewin, L., 96*.
Lewy 21.
Lichtenfeld, H., 182.
Liebermeister 86*.
Lindemann, Ludwig, 136.
Lindemann, W., 232.
Lindenthal, O. Th., 48. 154.
Lindfors, A. O., 215.
Lindsay, W. J., 185. 186.
Lingelsheim, W. von, 114.
Lipstein, A., 58.
Livi, R., 193. 194.
Lobit 88.
Lockhart, F. A. L., 149.
Loeb, Jaques, 105.
Loebel, A., 84. 85.
Löhlein, Hermann, 96*.
Löwenstein, J., 14.
Loimann, G., 75.
Lombroso, Cesare, 98*.
Londe, Paul, 249.
Lorenz, Ottokar, 99*.
Lotsch, Carl, 129.
Lowe, J., 191. 193.
Ludloff, K., 57.
Ludwig, E., 78.
Ludwig, V., 78.
Lüthje, Hugo, 136.
Lundmark, Rudolf, 215.
Lympius 250.
Lyonnet, B., 226.

Maass, Paul, 197. 201.
Macallum, A. B., 218.
Mc Caw, Dysart, 103.
Mc Daniel, O., 236. 239.
Mac Gregor, Alex., 237. 245.
Mc Kenzie, B. E., 173.
Madlener, M., 262.
Mainzer, F., 145.
Mainzer, M., 63.
Maiss 256.
Malato, V. E., 196.
Malkoff 23.
Malm, O., 190.
Mangoldt, F. von, 166.
Manicatide 122. 236. 238.
Manke 187. 188.
Marchand, Gérard, 266.
Marchand, L., 10.
Marcus 237. 243.
Masset 191. 193.
Matthews 197. 200.
Matthiolius 49.
Mauclaire, P., 149.
Maximow, Alexander, 228.
Mayer, Fr., 72.
Mayer, Georg, 111.
Mayer, H., 250.
Mayerhof, Max, 236. 238.
Mebert, E., 231.
Meigs, A., 198. 206.
Mellinger, C., 64.
Ménard 194. 195. 263.
Mendelsohn, Martin, 25.
Menge 226.
Menke, H., 97*.
Menko 27.
Menzel, M., 126.
Merckens, W., 52.
Merttens, J., 150.
Méry 237. 244.
Metcalfe, R., 82.
Metin 237. 245.
Meyer, Heinrich, 237. 245.
Meyer, Leopold, 37.
Meyer, W., 63.
Miller, J., 49.
van Millingen 69.
Mintz, W., 166.
Minxewitsch, G., 260.
Mitchell, S. Weir, 234.
Mönckeberg, Georg, 107.
Mönkemöller, G., 236.
Mohr, M., 66.
Morax, V., 178. 237. 244.
Morgenroth 74.
Moritz 183.
Moro, Ernst, 108.
Mosse, Max, 109.
Most, A., 119.
Mouchet 264.
Müller, A. W. K., 238. 247.
Müller, Erich, 122.
Müller, Franz C., 73.
Müller, Friedrich, 124.
Müller, Ludwig Robert, 131.
Münzer, Egmont, 19.
Muhm, T., 212.
Mulert 237. 246.
Muskat, G., 265.
Muskens, L. J. J., 197. 203.
Musser, J. H., 226.
Mutterer 133.
Myers, F. Halsted, 263.

Nachod 14.
Nagel, W., 220.
Narath, A., 56.
Naumann, F. O., 182.
Neisser, Max, 237. 240. 241.
Nencki, M., 228.
Neubauer, W., 28.
Neuber, O., 174.
Neugebauer, Franz, 157.
Neumann, A., 261.
Neumann, Egon, 58.
Neumann, F., 88.
Newman, F. L., 67.
Nicloux, Maurice, 218.
Nicolas, Joseph, 197. 201. 237. 240.
Nicolaysen, Lyder, 208*.
Nicoll, J. H., 22.
Niehans, P., 76.
Nijland, A. H., 190.
Nikolaides, R., 109.
Noack, J., 54.
Nocht 12. 225.
Noïca 249.
Nonne, M., 132.
Nyberg, E. W., 71.
Nyström, G., 198. 206.

Obkirchner, A., 76.
Odebrecht, Ernst, 143.
Okada, W., 51.
Oliver 180.
Ollwig 124.
Onufrowicz, J., 237. 244.
Oppenheim, Hermann, 128. 130. 233.
Orlandi, Edmondo, 269.
Orthmann, E. G., 255.
Otto, Richard, 142.
Ottolenghi, Donato, 113.
Ousoff, P., 7.

Pal, J., 132.
Panzer, Th., 76.
Parfits, O. D., 238. 247.
Parmentier 80.
Parona, Ernesto, 18.
Patel 228.
Peña, Carlos Fernandez, 213.
Pergens, Ed., 64.
Perl, J., 170.
Perrin de la Touche, E., 72.
Perthes 113.
Peters, Hubert, 219.
Petrone, Gius. Antonio, 15.
Petry, Eugen, 219.
Pettersson, Alfred, 112. 182.
Pfaundler, Meinhard, 10. 45. 198. 207.
Pförringer 122.
Pfuhl, A., 196. 197.
Phelps, A. M., 263.
Phillips, J., 100. 102. 103.
Phisalix, C., 218.
Picqué, L., 149.
Pignatti-Morano, G. B., 249.
Pillie, J., 229.
Pinard, Adolphe, 38. 152.
Pincus, L., 33.
Pitfield, Robert L., 237. 240.
Pit'ha, W., 158.
Placzek, S., 233.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden
http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/354

Platt, J. E., 57.
Plimmer, H. G., 118.
Podack, M., 118.
Pohl, Julius, 231.
Poupin, A., 212. 213.
Praun, E., 126.
Preisich, Kornel, 237. 243.
Prevost, J. L., 197. 203.
Preisz, Hugo, 238. 247.
Preysz, C., 78.
Přibram, A., 89*.
Prinzing, Fr., 69. 70.
Prochownick, L., 158. 258.

Quervain, F. de, 53. 260.

Rählmann, E., 65.
Rammstedt 248.
Ransom, F., 111.
Rapmund, O., 212*.
Rath 113.
Redlich, L., 80.
Reilly, F., 237. 245.
Respinger 135.
Ribbert 237. 245.
Richardière, H., 237. 240.
Richelot, L. G., 33.
Richter, M., 183.
Ridlen, John, 170.
Rieck, A., 143.
Riedinger, J., 216*.
Riegel, Franz, 123.
Riemann, H., 169.
Riesmann, David, 13.
Riley, W. H., 86.
Ringel 58.
del Rio, Alejandro, 212*. 213.
Ripperger, A., 238. 248.
Roberts, H., 104.
Robin, Albert, 232.
Rodet 197. 201.
Römpler 87.
Röpke 183.
Roger, J., 82.
Romberg, E., 88*.
Rondelli, Alipio, 269.
Ronsse, J., 154.
Roper, G., 102.
Rosenau, A., 208*.
Rosenbach, O., 134.
Rosenberg, Albert, 29.
Rosenfeld, Georg, 109.
Rosenfeld, L., 258.
Rosenthal, A. G., 225.
Rositzky, Alexander von, 183.
Rost, E., 105.
Rothberger, L. J., 111.
Routh, Amand, 101. 104.
Rubeška, W., 159.
Rubner, Max, 222.
Ruge, Carl, 219. 220.
Ruhemann, J., 125.
Rumpf, F., 34.

Sachs, M., 181. 269.
Sachs, W., 183.
Sänger, Max, 209*.
Sailer, J., 226.
Saint-Paul, G., 188. 189.
Saint-Yves-Menard 191. 193.
Salomon, H., 113.
Sander, M., 235.
Sanfelice, F., 196.
Schäfer 183.
Schaeffer, O., 207*.
Schär, O., 260.
Schaller, L., 109.
Schanz, A., 265.
Schanz, Fritz, 68. 237. 239.
Schapilewski, E., 16.
Scharff 165.
Schattenfroh, A., 9.
Schatz, Friedrich, 220.
Scheff, J., 89*.
Schein, M., 66.
Schenck, Fr., 106.
Scheube, Bodo, 23.
Schiller, Arnold, 21.
Schlagintweit, F., 77.
Schleich, C. L., 93*.
Schlepckow, Friedrich, 210*.
Schlesinger, Eugen, 238. 248.
Schlesinger, Wilhelm, 122.
Schlöss, Heinrich, 272.
Schloffer, H., 49.
Schlossmann 191. 193.
Schmaltz, Richard, 14.
Schmid, A., 44.
Schmid, Max, 146.
Schmidt, Alexander, 258.
Schmidt, H., 73.
Schmidt, Rud., 134.
Schmidt-Petersen 191.
Schmidt-Rimpler, H., 67. 69. 267.
Schnell, Ferdinand, 151. 256.
Schnitzler, Jul., 56. 163.
Schorss, Friedrich, 210*.
Schrader, Th., 145.
Schreiber, E., 207*.
Schroeder, E., 150.
Schröter (Eichberg) 24.
Schrötter, Hermann von, 29. 30. 143.
Schrötter, L. von, 26. 27.
Schüler, L., 128.
Schürenberg, G., 166.
Schütz, R., 251.
Schultz, J., 34.
Schultz, N., 229.
Schultze, Ernst, 128.
Schurig 3.
Schwalbe, J., 88*. 89*. 212*.
Schwarz, Eduard, 236.
Schwarz, Leo, 4.
Seeligmann, L., 261.
Seiffert (Leipzig) 160.
Sellheim, Hugo, 226.
Semon, Felix, 29.
Seng, W., 10.
Senger, Emil, 172.
Sergent, Em., 140.
Shattock, Samuel C., 237. 244.
Shegalow 250.
Sherman 171.
Shibata, K., 94*.
Shiga, K., 13.
Sibut, L., 32.
Sicherer, O. von, 67.
Siebert, W., 128.
Siegert, Ferdinand, 258. 259.
Siegrist, A., 84.
Sievers, R., 214*.
Silfvast, J., 116.
Simon, A., 81.
Simon, Jules, 237. 245.
Simond 186.
Simpson, Francis G., 235.
Sippel, Albert, 40.
Slawyk 236. 238.
Smith, Henry Lee, 225.
Smith, Noble, 176.
Sneguireff, W. F., 162.
Sörensen 237. 242.
Soldan 119.
Solowij, A., 153.
Soltan 197. 199. 200.
Soltmann, Otto, 46.
Sorodecki 30.
Soton, A. D., 248.
Spencer, H. R., 101. 103. 104.
Spiegelberg, H., 44.
Spiller, William G., 234.
Spirig, Wilhelm, 236. 239.
Spiro, Karl, 217.
Spitta, O., 82. 222.
Sprengel 178.
Sprengeler, H., 236.
Springfeld 208*.
Stadelmann, E., 124.
Staehelin, Aug., 197. 198.
Stähler, F., 158.
Starling, Ernest H., 8. 108.
Stecchi, Remigio, 238. 248.
Steffen, Wilhelm, 238. 241.
Stein, Ph., 84.
Stempel, Walter, 211*.
Stephani, Th., 88.
Stephens, J. W., 238. 247.
Stewart, G. N., 9.
Sticker, G., 89*.
Stockmann, F., 60.
Stoecklin, Henry de, 237. 244.
Stooss, Max, 159. 237. 243.
Stopnitzki, S., 7.
Storoscheff, H., 83. 86.
Strassmann, Paul, 146.
Strehl, H., 59.
Strong, L. W., 112.
Strümpell, Adolf von, 130. 133.
Stubenrauch, L. von, 120.
Stumpf, C., 188. 189.
Sudeck, P., 173.
Sutton, Bland, 101.
Swirski, G., 16.
Sykes, W., 188.
Sziklai, Carl, 238. 248.
Szulislawski, Ad., 180.
Szymanski 196. 197.

Tait, Lawson, 36. 257.
Tallqvist, T. W., 116.
Targett, H., 104.
Tate, W., 103.
Tauszk, F., 75.
Tebb, W. S., 193. 194.
Teich, Max, 225.
Tellemer, L., 237. 240.
Teuffel, R., 257.
Theilhaber, A., 227.
Theobald, Sam., 68.
Thomas (Strassburg) 157.
Thompson, W. H., 222.
Thomsen, R. S., 83. 185. 187.
Thomson, H., 157.
Thorn 62.
Thorner, Walther, 221.
Tietze, A., 262.
Tilmann 121.
Toeplitz, Th., 160.
Torggler, Franz, 41. 208*.
Trambusti, A., 8.
Trendelenburg, F., 261. 262.
Treupel, G., 19.
Trinks, Otto, 39.
Trousseau, A., 67.
Truslow, Walter, 169.
Tubly 170.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden
http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/355

Tubenthal, O., 56.
Türk, Wilhelm, 137.
Tweedy, E. Hastings, 38.

Uhthoff, W., 21. 221.
Umlauf, K., 196. 197.
Unverricht 88*.
Urfey 253.
Ustvedt, Yngvar, 70.

Valude, E., 68. 180.
Vanselow 116. 196.
Varnier, H., 41. 153.
Veau, V., 7.
Veit, J., 94*.
Velhagen 181.
Verdy 74.
Versepny 79.
Vertun, M., 126. 217.
Vestin 21.
Vetlesen, H. J., 20.
Vierordt, Oswald, 135.
Villeumier, P., 237. 241.
Vincent, Swale, 8.
Vogel, G., 16.
Vogt (Butzbach) 225.
Voigt, L., 188. 189. 193. 194.
Voigt, Max, 257.
Voigt, W., 77.
Volland 86.
Vulpius, Oscar, 171. 174. 175. 176. 264.

Wagner, H., 162,
Wallgren, Axel, 116.
Walter, O., 64.
Walters, A. R., 102.
Walters, J., 102.
Walther, A., 221. 264.
Walz, Carl, 25. 110.
Wang, Eyvin, 218.
Wasiliew, M. A., 94*.
Washbourn, J. W., 237. 242.
Wassermann, A., 23.
Wassmuth, A., 227.
Weber, A., 198. 206.
Weber, E. Parkes, 80.
Weber, H., 80.
Weber, L. W., 24.
Weber, O., 14.
Wehner 77.
Wehr, V., 168.
Weil, Robert, 28.
Weinberg, H., 7.
Weiss (Mannheim) 179.
Weisz, E., 78. 79.
Weleminsky. F., 69.
Wendelstadt, H., 123.
Wenusch, Friedrich von, 197. 199.
Werbrook, F., 236. 239.
Werner, S., 23. 133.
Westhoff, C. H. A., 65.
Westphal 23.
Wetterer, J., 191. 192.
Wex 193. 194.
Weyl, Th., 97*. 182.
White, Charles Powell, 117.
White, W. Hale, 218.
Wilson, L. B., 236. 239.
Winckel, Franz von, 95*. 208.
Winckler, A., 76.
Windscheid, Franz, 123.
Winkler, F.. 198. 205.
Winternitz, W., 82. 85. 87.
Wintersteiner, H., 268.
Wippermann, Carl, 38.
Wölfler, Anton, 94*.
Wörner 62. 255.
Wolf, W., 3.
Wolff, H., 5.
Wolff, Rich., 60. 172.
Wolpert 222.
Woltemas 185.
Woodhead, G. Sims, 238. 247.
Woolacott, F. J., 238. 241.
Wormser, E., 159.
Würtz, Adolf, 259.

Zaleski, J., 228.
Zdarek, Emil, 106.
Zeynek 78.
Ziegelroth 83.
Ziem, Ernst, 248.
Zimmermann, Ferd., 66.
Zimmermann, W., 181. 268.
Zülzer, G., 106.
Zusch, Otto, 12.
Zweifel, P., 146.

Leipzig, Walter Wigand's Buchdruckerei.

Sächsische Landesbibliothek – Staats- und Universitätsbibliothek Dresden
http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/356

Sächsische Landesbibliothek –
Staats- und Universitätsbibliothek Dresden
http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/357

Sächsische Landesbibliothek –
Staats- und Universitätsbibliothek Dresden
http://digital.slub-dresden.de/id401554635-18990264/358