

Die narbenerweichende Wirkung des Thiosinamins / von Ludwig Teleky.

Contributors

Teleky, Ludwig, 1872-1957.
Simon, Sir John, 1816-1904
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

[Jena] : [Gustav Fischer], [1901]

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/j68vxybx>

Provider

Royal College of Surgeons

License and attribution

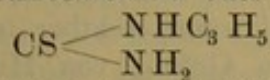
This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. The copyright of this item has not been evaluated. Please refer to the original publisher/creator of this item for more information. You are free to use this item in any way that is permitted by the copyright and related rights legislation that applies to your use. See rightsstatements.org for more information.

**wellcome
collection**

Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

Das Thiosinamin soll schon Berzelius 1828 bekannt gewesen sein; von Hans v. Hebra wurde es im Jahre 1892 in die Therapie eingeführt und seitdem in mannigfacher Weise auf seine toxische, antibakterielle und therapeutische Wirkung hin untersucht.

Das Thiosinamin (Allylsulfocarbamid oder Allylsulfoharnstoff)



gehört zu den Derivaten des ätherischen Senföles und wird aus einer Mischung von Allylsenföl, Alkohol und Salmiakgeist gewonnen. Es sind farblose, bei 74° C. schmelzende Prismen von bitterem Geschmack und lauchartigem Geruch; in kaltem Wasser sind sie schwerer, in zwei Teilen warmem Wasser, Alkohol oder Aether leichter löslich.

Döllken und Lange haben die toxischen Wirkungen des Thiosinamins an Tieren studiert. Bei Fröschen trat — neben der narkotisierenden Wirkung — Anasarka auf, das tagelang anhielt; bei Hunden Erbrechen, verlangsamte Respiration und Schlafsucht. Japanische Ratten (Döllken) verfielen nach subcutaner Injektion von 0,05 Thiosinamin ohne vorhergehendes Excitationsstadium in tiefe Narkose und gingen an Lungenödem und Hydrothorax zu Grunde.

v. Hebra hat bei Hunden, denen er, auch absolut genommen, weit höhere als beim Menschen angewandte Dosen (mit Rücksicht auf das Geschlecht das 10—20fache dieser) injizierte, keinerlei Wirkung auf ihren Allgemeinzustand, auf Respiration oder Blutdruck gesehen.

v. Hebra und Gärtner haben experimentell die lymphagoge Wirkung des Thiosinamins festgestellt, die es — wie Spiegler nachgewiesen — mit einer grossen Anzahl ihm mehr oder minder chemisch verwandter Substanzen teilt.

Van Hoorn untersuchte mit Forster die Wirkung des Allylsulfocarbamids auf Bakterien. Er fand, dass bei Anwesenheit geringer Mengen in Nährmedien die Impfung derselben mit gewissen Bakterien erfolglos sei, dass schon wenige Tropfen die Weiterentwicklung einer Bakterienkultur verhindern, dass aber selbst grössere Mengen Thiosinamin nach mehr als einstündiger Einwirkung nicht immer imstande seien, die Bakterien zu töten.

Was die Wirkung der gebräuchlichen Dosen, 0,03—0,15 g, auf die Zusammensetzung des Menschen anbelangt, so fand Richter kurz nach einer Injektion eine erhebliche Abnahme der Leukocyten im Blute, deren Zahl im B. von 14 000 auf 4000 sank. Diese Leukolyse dauert einige Stunden; vier Stunden nach der Injektion enthält das Blut wieder die normale Zahl an Leukocyten, vielleicht ist dieselbe auch etwas vermehrt. Auch die Zahl der polynucleären Leukocyten scheint etwas gestiegen zu sein. Neunmal unter diesen Fällen hatte der Hämoglobingehalt etwas zugenommen.

Fassen wir die Resultate dieser spärlichen Untersuchungen zusammen, so sehen wir — abgesehen von der Unschädlichkeit therapeutischer Dosen — des Mittels auf den Gesamtorganismus (van Hebra) — dass wir keinerlei antibakterielle Wirkungen (van Hoorn) erwarten dürfen, und dass neben der leichten tonisierenden Wirkung infolge Steigerung des Hämoglobingehaltes (Richter) die hervorragende lymphagoge Wirkung des Mittels (van Hebra und Gärtner, Spiegler) von therapeutischem Nutzen sein wird.

v. Hebra kam durch seine Untersuchungen zu dem Schlusse, dass wir dem Thiosinamin ein Mittel haben, das ohne schädliche Wirkung auf den

Gesamtorganismus eine lokale Reaktion überall dort hervorruft, wo sich krankhaftes, entzündliches, weniger gut genährtes Gewebe befindet. Und diese seine Behauptung wird — wie wir in folgendem sehen werden — von denen, die nach ihm das Thiosinamin anwandten, im grossen und ganzen bestätigt.

Am unmittelbarsten und sofort sichtbar tritt diese lokale Reaktion beim Lupus zu Tage. Unter dem Gefühl von Hitze und Spannung tritt zwei Stunden nach der an einer beliebigen Stelle des Körpers erfolgten Injektion des Thiosinamins eine Rötung und Schwellung der erkrankten Partie auf, eventuell kommt es zum Platzen der Epidermis und des Papillarkörpers in der Regel ohne (Hebra), manchmal (v. Hoorn) mit Transsudation. Diese Reaktion dauert vier bis sechs Stunden an und sind ihre Spuren noch nach 24 Stunden sichtbar. Nach mehrmals vorgenommener Injektion bleibt diese Rötung und Schwellung durch mehrere Tage persistierend. Die flachen, gelben, eingestreuten Lupusknötchen werden am wenigsten beeinflusst, und deshalb hat schon v. Hebra es für unsicher erklärt, ob — wenn durch Thiosinamin-Einwirkung die tuberösen und ulcerösen Formen des Lupus in die „lederne“ mit solchen einzelnen eingestreuten Knötchen verwandelt worden sind — es durch Thiosinamin zu einer Heilung des Lupus selbst kommen könne.

Richter sah keinerlei resorbierende Wirkung des Allylsulfocarbamids auf das Lupusgewebe. Spiegler sah während der Thiosinaminbehandlung das Aufschliessen neuer Lupusknötchen; Mertens kam zu dem Schlusse, dass das Thiosinamin nicht imstande sei, Lupus zu heilen, aber bei stark ausgebreiteten Prozessen neben der lokalen Behandlung nicht ohne Erfolg als Hilfsmittel gebraucht werden kann, während v. Hoorn es zur Beseitigung unangenehmer Folgezustände nach der lokalen Behandlung aufsparen will.

Mit sehr gutem Erfolge wandte v. Hebra das Thiosinamin bei der Behandlung der Sklerodermie an (drei Fälle), wo es sich infolge seiner lymph-treibenden Wirkung auf das beste bewährte.

Keitel und Mertens versuchten unser Mittel bei Psoriasis (drei Fälle).

Tousey verwandte das Thiosinamin zur Behandlung inoperabler maligner Tumoren und will zeitweiligen Stillstand des lokalen Prozesses bei Besserung des Allgemeinbefindens beobachtet haben. Doch wird hier wohl der Einwand Geltung haben, den Spiegler gegen die Anwendung lymphogoger Mittel bei der Lupusbehandlung vorbringt: dass nämlich deren Anwendung bedenklich sei bei einem Gewebe, das virulente Keime enthalte, da dadurch die Lymphbahnen geöffnet und Verschleppung der Keime herbeigeführt werden könnten.

v. Hebra zeigte, dass chronisch entzündliche Drüsentumoren durch Thiosinamin zur Verkleinerung und zum endlichen Verschwinden gebracht werden können. Unter 22 Fällen sah Békéss viermal die Drüsen ganz verschwinden, siebenmal Verkleinerung derselben, fünfmal keine Wirkung und sechsmal Vereiterung, auf welche letztere Erscheinung wir noch später zu sprechen kommen werden. Syphilitische Drüsenanschwellungen jedoch sollen — nach v. Hebra — auf Thiosinamin nicht reagieren.

Die eminenteste Wirkung aber, die sowohl an Intensität als auch an praktischer Verwendbarkeit die vorerwähnten weit übertrifft, scheint das Thiosinamin auf jede Art von Narbengewebe auszuüben, obwohl eine unmittelbare, sichtbare Reaktion der Narben, ein Röter- und Prallerwerden nur zweimal (Békéss, Newton) beobachtet wurde.

v. Hebra hatte das Mittel zunächst bei Narben nach Lupus angewandt, aber bei Narben jeder Provenienz entfaltet es dieselbe Wirkung; das Narben-

gewebe wird weich und geschmeidig, bekommt wieder eine gewisse Elasticität, lässt sich von seiner Unterlage abheben und gestattet wieder Beweglichkeit, wo früher die Narbe bewegungshemmend wirkte. Bei einem jungen Mädchen, dessen Finger durch Lupusnarben so gekrümmt waren, dass die Nägel in die Hand hineinwuchsen, erzielte v. Hebra durch Thiosinaminbehandlung wieder Gebrauchs- und Arbeitsfähigkeit der Hand. Newton berichtet über einen ähnlichen Erfolg. Bei Ektropium, bei Narben des Halses, welche die Bewegung des Kopfes behinderten, wandte v. Hebra sein Mittel mit dem besten Erfolge an. Nach 25 Injektionen war das Ektropium bis auf ein Viertel des ursprünglichen verringert und der Lidschluss ermöglicht. Tousey, Newton, Unna bestätigen vollkommen die Angaben v. Hebra's und wandten das Thiosinamin in zahlreichen Fällen sowohl bei einfachen Narben, als auch Narbenkeloiden, bei fibrösen Strängen nach Varicen und Syphilomen etc. an. Auch Richter — der sich sonst höchst skeptisch über das Thiosinamin äussert — sah bei Dermatitis und Narbenbildung nach Ulcus cruris eine Besserung der Beweglichkeit nach Thiosinaminbehandlung.

Aber nicht nur Hautnarben reagieren in so günstiger Weise auf diese Behandlung. v. Hebra erzielte auch bei Oesophagusstrikturen gute Erfolge. Ich selbst fand eine über 20 Jahre alte Oesophagusstriktur, die ich bis zu Bougie Nr. 17 erweitert hatte, bei welcher Bougiestärke ich aber trotz monatelanger Bemühungen keine fernere Erweiterung mehr erzielen konnte, nach 10 Thiosinamininjektionen für ein viel dikeres Bougie (Nr. 21) durchgängig. Tousey berichtet über einen Fall von Harnröhrenstriktur, der für die Sonde ganz unpassierbar war, nach einer Thiosinaminkur jedoch das Einführen und die Erweiterung durch Sonden gestattete.

Wir werden uns meiner Meinung nach vor Augen halten müssen, dass die Narben durch das Thiosinamin zwar dehnbar gemacht, aber nicht gedehnt werden; es wird einer, wenn auch nur geringen, mechanisch dehnenden Kraft bedürfen, um die gewünschten Erfolge zu erzielen. Als solche Kräfte wirken bei Hautnarben die aktiven Bewegungsversuche der betreffenden Teile (Lid, Finger etc.), beim Oesophagus die verschluckten Speisen; bei der Harnröhre wird wohl eine direkte mechanische Erweiterung durch Bougies, wenigstens in schweren Fällen, hinzukommen müssen. Vielleicht sind auf Ausserachtlassung dieses Momentes neben einer zu geringen Zahl von Injektionen die Misserfolge Richter's (zwei Fälle) zurückzuführen.

Auch auf verkürzte Bänder und Sehnen sah v. Hebra günstige Wirkung.

Latzko, der bei chronischer Perimetritis und fixierten Retroflexionen des Uterus Thiosinamin anwandte, erzielte in einigen Fällen letzterer Art leichtere Aufrichtbarkeit des Uterus.

In mehreren Fällen wurde Aufhellung von Cornealnarben und damit Verbesserung der Sehschärfe erzielt; über solche Fälle berichten v. Hebra, Richter, Tousey, Ruoff. Wenn Békéss berichtet, dass in seinen Fällen die Maculae corneae unverändert blieben, so ist dies vielleicht teils auf das sehr jugendliche Alter seiner Patienten, das eine Aufnahme der Sehschärfe nicht gestattete, teils auf die sehr kleinen Dosen zurückzuführen, mit denen er auch ältere Individuen behandelte.

Suker wandte Thiosinamin bei Chorioiditis disseminata exsudativa an und erzielte in seinen beiden Fällen schnelle und energische Besserung der Sehschärfe. Tousey schlägt vor, das Thiosinamin bei der Cataractbehandlung zu versuchen.

Ein weiteres Feld für die Wirksamkeit des Thiosinamins bilden jene Fälle von Schwerhörigkeit und Taubheit, die durch fibröse Massen und narbige Veränderungen in der Paukenhöhle bedingt werden. Tousey erzielte in einem solchen Falle einen sehr guten Erfolg.

Auf eines werden wir bei der Anwendung des Thiosinamins stets achten müssen: dass es nämlich nicht nur auf die Narbe wirkt, auf die wir zu wirken wünschen, sondern dass es auch auf das Gefüge jeder anderen im Körper befindlichen Narbe lockernd wirkt, und dass es imstande ist, latente entzündliche Prozesse zu neuerlichem Aufflackern zu bringen.

v. Hebra warnt in seinen „Weiteren Mitteilungen“ eindringlich davor, beim Vorhandensein irgend eines Entzündungsherdens im Körper Thiosinamin anzuwenden; besonders empfindlich scheinen nach ihm Augenentzündungen auf dieses Medikament zu reagieren. Richter sah eine Phlyktäne neu entstehen; einige von v. Hebra's Lupuspatienten, die auch an Lungentuberkulose litten, begannen unter der Thiosinaminwirkung zu fiebern; eine Knochennarbe nach Caries brach auf und es kam zur Abstossung eines Sequesters (v. Hebra). Békéss beobachtete das Entstehen einer akuten Endocarditis bei schon längere Zeit bestehendem Vitium cordis und in sechs von 22 Fällen von chronischen Drüsentumoren Vereiterung derselben. Ich selbst sah bei einer Gastrostomie-wunde, die 14 Tagen vorher angelegt worden war und tadellos funktioniert hatte, wenige Stunden nach der ersten Thiosinamininjektion ein Lösen der Magenwand von der Bauchwand an der unteren Circumferenz der Fistel. Können wir aber das Bestehen eines Entzündungsherdens oder einer frischen Narbe ausser der, die wir beeinflussen wollen, ausschliessen, so können wir das Thiosinamin ohne irgend welche Gefahr für den Gesamtorganismus anwenden.

v. Hebra, Tousey und Békéss fanden, dass das Allylsulfocarbamid leicht tonisierend wirke, dass das subjektive Befinden der Patienten sich hebe und das Körpergewicht steige. Die Diurese wird durch das Thiosinamin erheblich gesteigert (Tousey, Mertens), nach v. Hebra um 200—500 ccm.

Unangenehme Nebenwirkungen von irgend einer Bedeutung treten — ausser dem eben erwähnten Aufflackern alter Entzündungen — niemals auf. Bei zu grossen oder zu rasch aufeinanderfolgenden Dosen sahen Latzko und Tousey Brechreiz oder Erbrechen, die aber beim Aussetzen des Mittels sofort aufhörten und bei späterem, vorsichtigerem Gebrauche nicht wiederkehrten. v. Hoorn sah bei zwei Frauen nach 15monatlicher Behandlung Appetitlosigkeit und Mattigkeit auftreten, die aber nach Aufhören der Behandlung verschwanden. Keitel sah nach einer am Vorderarm vorgenommenen Injektion das Entstehen einer circumscribten Hautanästhesie, die sich bald wieder besserte. (Wahrscheinlich war dieser Zwischenfall auf mechanische Verletzung des betreffenden Hautnervenastes zurückzuführen.)

In welcher **Form** und **Dosis** sollen wir das Thiosinamin anwenden? Am meisten erprobt ist bis jetzt die von v. Hebra angegebene 15-proz. alkoholische Thiosinaminlösung, subcutan injiziert. v. Hebra macht die Injektion mit feiner Nadel sorgfältig subcutan (nicht intracutan!) unter die Rückenhaut zwischen den Schulterblättern. Er beginnt mit der Injektion von zwei bis drei Teilstrichen einer Pravaz'schen Spritze, steigt bald auf eine halbe, nach einigen Wochen auf eine ganze Pravazspritze pro dosi. Er macht die Injektionen zweimal wöchentlich. Die Injektion ist etwas schmerzhaft, doch lerschwindet das Brennen in kürzester Zeit. v. Hebra widerrät die Anwendung wässriger Lösungen, wogegen Silfverskiöld 5-proz. wässrige Lösung mit Zusatz von 0,5-proz. Carbolsäure anwendet.

Newton verwendete 10proz. alkoholische Lösung bis zu zwei Pravazspritzen pro dosi.

Békéss, unter dessen Fällen sich neun Kinder im Alter unter 20 Monaten befinden, verwandte von einer 5 proz. alkoholischen Lösung einen bis vier Teilstriche.

v. Hoorn, Ruoff, Tousey verwandten eine 10prozentige Lösung in einem sterilisierten Gemisch von Wasser und Glycerin zu gleichen Teilen. Die beiden letzteren injicierten intramuskulär in den Triceps oder die Glutaei.

Suker und Mertens fanden, dass das Thiosinamin per os ebenso wie subkutan wirke; ersterer gab es in Dosen zu 0,03 in Gelatine kapseln, eine bis sechs Kapseln täglich.

Unna verwandte das Thiosinamin als Pflastermull an unbehaarten und bedeckten, als Seife an behaarten Stellen des Körpers und im Gesicht. Es wurden 10 — 30 g Thiosinamin zu einem Meter Pflastermull, respektive 0,5 — 2,0 g Thiosinamin zu 10 g Sapon. unguinos. verwendet. Die Wirkung der Seife ist viel langsamer als die des Pflasters. Unna kombinierte auch die Thiosinaminbehandlung mit der Behandlung durch Massage und Quecksilberpflastermull.

Die Dauer der Behandlung wird von der Festigkeit und Ausdehnung des Krankheitsherdes, auf den eingewirkt werden soll, abhängen. v. Hebra gibt an, dass die Intensität der Reaktion zur Extensität des Prozesses in umgekehrten Verhältnissen steht. Wir werden uns deshalb nicht wundern dürfen, wenn in manchen Fällen (Suker, einzelne Fälle von Békéss; Richter, eigener Fall) wenige Injektionen genügen, um die Wirkung hervorzurufen, in vielen Fällen 20—30 Injektionen, während in anderen die Behandlung viele Monate lang dauert (Tousey). Bei längerer Behandlung wird man mit den Dosen etwas steigen müssen. Bei Lupus tritt — nach v. Hebra — nach zwei- bis dreimonatlicher Behandlung die gewünschte Reaktion nicht mehr ein. Man wird — und was für Lupus gilt, gilt wahrscheinlich für die Wirkung des Mittels überhaupt — zwei bis drei Wochen aussetzen müssen, nach welcher Zeit die Reaktion wieder mit ihrer ursprünglichen Stärke auftritt.

Schlussbemerkungen.

Fassen wir alles zusammen, so glaube ich sagen zu dürfen, dass — wenn wir das Vorhandensein eines Entzündungsherdes im Körper (eine scheinbar ausgeheilten Tuberkulose und dergl.) ausschliessen können — wir das Thiosinamin ohne jeden Schaden für den Patienten anwenden können, dass wir in den Fällen, in welchen es sich um Schädigungen oder Entstellungen durch Narben handelt, einen guten Erfolg erzielen werden. Gegen Drüsenumoren und alte Exsudate werden wir es dann mit Erfolg anwenden können, wenn der Entzündungsprozess schon so lange vollkommen abgelaufen ist, dass ein Wiederaufflackern desselben nicht mehr zu befürchten ist.

Ein Versuch der Behandlung von peritonealen Adhäsionen, von Verengerungen der grossen Luftwege durch Rhinosklerom und alte Lues, von Stenosierungen der Rachenhöhle oder des Oesophagus, von der narbigen Pylorusstenose und den cicatriciellen Stenosen des Darmes überhaupt wäre mit Rücksicht auf die bisherigen Resultate dringend zu empfehlen. Auszuschliessen

wären von dieser Behandlung Stenosierungen durch maligne Tumoren und noch nicht abgelaufene Entzündungsprozesse.

Von den verschiedenen Anwendungsweisen werden wir der subcutanen Injektion einer alkoholischen Lösung den Vorzug geben, bei sehr empfindlichen Personen jedoch die interne Medikation oder die Applikation von Pflastern und Salben anwenden. Auf eine richtige subcutane Ausführung der Injektion werden wir, wie bei allen Alkoholinjektionen zu achten haben.

II. Referate.

A. Physiologie, Pathologie, Pathologische Anatomie.

Recherches sur la pression artérielle dans l'anaesthésie par le chloroforme et par l'éther. Von S. Duplay und L. Hallion. Archives gén. de médec. 1900.

Die Kenntnis des Blutdrucks ist bei der Narkose mit Chloroform und Aether so wichtig, weil beide Stoffe, wenn auch in verschiedener Weise, auf den Blutdruck wirken und wir an der Höhe des Blutdrucks einen Massstab für etwa drohende Gefahr der Narkose haben. Bis jetzt hat man nur indirekt von Puls und Atmung auf den Blutdruck geschlossen. Die Verff. suchen zunächst experimentell klarzulegen, ob Schwankungen des Blutdrucks mit Schwankungen des Pulses und der Atmung zusammenfallen. Als Versuchstier wurde der Hund benützt. Um die Menge des Narcoticums genauer messen zu können, wurde die Zufuhr der Gase durch eine Trachealanüle bewerkstelligt. Es zeigte sich, dass weder bei Chloroform- noch bei Aethernarkose die Schwankungen von Puls und Temperatur als Mass der Blutdruckschwankungen angenommen werden können. Es bestand durchaus kein Parallelismus dieser Schwankungen. In dem zweiten Abschnitt besprechen die Verff. die Wirkung der untersuchten Narcotica auf die Gefässe. Sie kommen auf Grund ihrer Experimente zu dem Schlusse, dass es sich um eine Wirkung auf die vasomotorischen Centren handelt, die durch Vermittelung des Blutes zustande kommt. Im dritten Abschnitt endlich, der von vorwiegend praktischem Interesse ist, werden die Unglücksfälle durch die Narkose besprochen. Der Tod könnte theoretisch durch Respirationsstillstand oder Herzstillstand herbeigeführt sein. Die nächste Frage, ob der Herzschlag oder die Atmung zuerst aufhören, ist schon lange dahin beantwortet, dass zunächst die Atmung sistiert. Doch darf man das Aufhören der Atmung nicht als Ursache des Herzstillstands ansehen. Vielmehr beweisen die Blutdruckmessungen, dass das Fallen des Blutdrucks, das zum Tode führt, schon vor dem Stillstand der Respiration beginnt. Auch ist bekannt, dass künstliche Atmung durchaus nicht immer den Tod aufhält. Das Aufhören der Atmung ist zwar ein Zeichen, dass auch der Blutdruck sinkt, aber oft ein zu spätes Zeichen. Die unmittelbare Todesursache, das Fallen des Blutdrucks, könnte nur dadurch stets vermieden werden, dass man den Blutdruck direkt bei der Narkose beobachtet, wie es die Verff. in ihren Experimenten am Hunde thaten. Bis jetzt ist dies am lebenden Menschen nicht möglich gewesen, doch stellen die Verff. am Schluss eine Methode in Aussicht, welche eine solche Messung ermöglichen soll.

Ernst Schwalbe (Heidelberg).

Notiz über den Einfluss des Petroleums auf den Diphtheriebacillus.

Von J. Papatiriu. Münchener med. Wochenschr. 1900, Nr. 40.

Die Angaben verschiedener Autoren, dass durch Petroleumpinselungen eine diphtheritische Rachenerkrankung günstig beeinflusst werde, hat der Verfasser im Laboratorium zu kontrollieren versucht. Er kommt dabei zu dem Resultat, dass das Petroleum das Wachstum des Löffler'schen Bacillus in Reinkultur im Reagensglase nicht nur nicht hemme, sondern sogar mitunter zu befördern scheine. Worauf die günstigen Erfolge der Petroleumpinselungen beruhen, bleibt somit noch dunkel.

Heilighenthal (Baden-Baden).

Ein Fall von Heilung der sogen. spontanen Gangrän durch konstanten

Strom. Von S. F. Derjushinski. Die Chirurgie, 1899, Dezember.

(Russisch.)

Derjushinski bringt die fast zweijährige Krankengeschichte eines 60jährigen Patienten, der an allgemeiner Gefässatheromatose litt. Häufige Anfälle von Angina pectoris. Periodisch stellen sich nervöse Erscheinungen in den Zehen ein: Unruhegefühl, Taubheit, quälende Schmerzen, die selbst durch Morphinum nicht zu stillen sind. Endlich trat periodisch Gangrän der grossen Zehen auf. Nachdrücklich angewendete Elektrizität (konstanter Strom) brachte jedesmal Besserung und schliesslich Heilung: die Gangrän und die Schmerzen schwanden. Der Fall beweist den nervösen Ursprung der Gangrän. — In einem zweiten Fall waren die sklerotischen Veränderungen der Nerven schon zu weit vorgeschritten und elektrische Behandlung blieb erfolglos. Patient ging an Dysenterie zu Grunde.

Gückel (B. Karabulak, Saratow).

Ueber die Jodkaliumbehandlung der menschlichen Aktinomykose. Von

Lieblein. Beiträge zur klin. Chirurgie, Bd. XXVIII, H. 1, p. 198.

Auf Grund von kasuistisch-statistischen Aufstellungen kommt Verf. zu dem Schlusse, dass wir in dem Jodkali zwar kein Specificum gegen die menschliche Aktinomykose haben, aber doch ein Mittel, durch das in der Mehrzahl der Fälle eine günstige Beeinflussung des Leidens erzielt werden kann. Bei der bakteriologisch nachgewiesenen Verschiedenheit der einzelnen Strahlenpilzformen wäre es denkbar, dass die Erfolglosigkeit der Jodkaliumtherapie in einzelnen Fällen auf solchen Unterschieden der Infektionsträger, vielleicht auch auf dem Bestehen von Mischinfektionen beruht. Das Jodkali scheint dadurch zu wirken, dass es die Elimination der Erkrankungsherde durch ihr beschleunigtes Vorrücken gegen die Hautoberfläche und ihr rascheres Erweichen im Centrum begünstigt, wie ja überhaupt die offene Form günstigere Heilungsbedingungen bietet als die geschlossene. Daher reagiert auch die Hautaktinomykose und die meist oberflächlich lokalisierte an Kiefer und Hals am besten auf Jodkali, während die tiefe Lungen- oder Intestinalaktinomykose weniger beeinflusst wird. So kamen bei konservativer Behandlung mit Jodkali und Spalten der Abscesse von 49 Kiefer- und Halsaktinomykosen 36 zur Heilung, sechs wurden gebessert. Die Narben dabei waren zumeist kosmetisch sehr befriedigend. Auch bei andern Lokalisationen der Strahlenpilzerkrankung werden die Erfolge einer eingreifenderen operativen Behandlung durch eine vorbereitende oder nachfolgende Jodkalibehandlung erheblich gebessert.

Die Behandlungsdauer schwankt von einem Monat bis über ein Jahr. Die Zahl der Recidive ist nicht grösser als nach weitgehenderen chirurgischen Eingriffen. Die Medikation beginnt nach Wölfler mit 1—2 g pro die und steigt nach eingetretener Gewöhnung, ohne 3—5 g pro die zu übersteigen. Die erkrankten Bezirke werden mit in 10% Jodkalilösung ge-

tauchten Kompressen bedeckt, Abscesse tamponiert. Wird das Mittel schlecht vertragen, so gibt man an drei aufeinanderfolgenden Tagen 1—2—3 g, um dies nach je dreitägiger Pause beliebig zu wiederholen.

Schiller (Heidelberg).

Experimentella studier öfver den intravenösa koksaltinfusionens verkan vid akut anemi. Von F. Zachrisson. Upsala Lakarefören-Ferh., N. F. Bd. V, p. 179.

Experimentelle Versuche an 49 Kaninchen, die Verf. in Prof. Tigerstedt's und Oehrvoll's Laboratorium angestellt hat, ergaben als Resultat:

1. Dass entgegen den Angaben von Maydl, Schramm und Feis die intravenöse Kochsalzinfusion, wenigstens beim Kaninchen, bei akuter Anämie lebensrettend wirken kann;

2. dass die Kochsalzinfusion stimulierend auf die Cirkulation und Respiration einwirkt;

3. dass diese stimulierende Wirkung insofern nicht von Dauer ist, als der Zustand des Tieres unmittelbar nach der Infusion am besten ist, nach und nach aber schlechter wird, ohne dass jedoch ein letaler Ausgang notwendig eintritt.

Köster (Gothenburg).

B. Serumtherapie und Serodiagnostik.

Studies in serum diagnosis. Von R. C. Cabot. Boston med. and surg. journ., Bd. CXL, Nr. 6.

Es wurden 376 Widal-Reaktionen gemacht. Autor zieht folgende Schlüsse:

1. Die Widal-Reaktion kann leicht ambulatorisch gemacht werden.

2. 204 Fälle mit anderen Krankheiten als Typhus waren negativ in der Reaktion.

3. 39 Fälle von sicherem Typhus wurden in Zeiträumen von 1 bis 18 Monaten nach der Entfieberung untersucht; 13 davon waren positiv, einer bei einer Verdünnung von 1 : 100.

4. Ein Fall reagierte 1 : 1000 durch einige Wochen.

Prognostische Schlüsse konnten nicht gezogen werden.

Siegfried Weiss (Wien).

Sérotherapie reconstituante par le sérum du lait. Von Lereboullet. Bull. de l'Acad. de méd., Bd. XLII, Nr. 28, p. 96.

Die Art der Bereitung des Serums aus Milch möge im Originale nachgesehen werden. Es wird für sich verwendet oder dient als Vehikel für andere Medikamente, die subcutan appliziert werden. 10—20 ccm rufen beim Menschen gesteigertes Wohlbefinden, allgemeines Wärmegefühl, Verlangsamung von Puls und Respiration und Polyurie hervor. Verf. gab es mit gutem Erfolge bei allen Schwäche- und Entkräftungszuständen, bei Neurasthenikern, Pemphigus und Tuberkulose, event. abwechselnd mit Arsen, wodurch noch schneller gute Resultate erzielt wurden.

Pinard erinnert an die guten Erfolge, die er bei schwächlichen, von tuberkulösen Eltern stammenden Kindern mit Hundeserum erzielt hat.

J. Sörgo (Wien).

Ein Fall von eigentümlicher Erkrankung nach Anwendung des Diphtherieheilserums. Von F. Szontagh. Archiv für Kinderheilkunde, Bd. XXVIII.

Einem 12 Jahre alten Mädchen wurden wegen starker Rachendiphtherie 3000 Antitoxineinheiten von Höchster Diphtherieheilserum in zwei Dosen links und

rechts am Thorax injiziert. Während 48 Stunden vollkommene Entfieberung und Rückgang des lokalen Prozesses. Vom 5. bis zum 10. Tage Fieberbewegungen trotz Schwinden des Belages bei neuerlicher Zunahme der Drüenschwellungen am Halse. Am 11. Tage urticariaartiges Serumexanthem, das an folgenden Tage noch stärker wurde, doch bald wieder abblasste. Am Ende der zweiten Krankheitswoche klagte das in seiner Stimmung auffallend veränderte Kind über rasende Schmerzen in den Beinen, besonders in den Knien; dabei bestanden die Fieberbewegungen fort und war das Allgemeinbefinden auffallend verschlechtert. An den folgenden Tagen verbreiterten sich die Schmerzen über den ganzen Körper, das Kind lag regungslos da, die leiseste Berührung war äusserst schmerzhaft, Schwellung der Gelenke, besonders der Knie- und Fussgelenke. Beim Versuche, die Beine zu heben, heftiger Tremor.

Vom 30. Tage an entschiedene Besserung, die nach und nach zunahm. Am Ende des zweiten Monats vollkommene Heilung. Die angewendeten Mittel (Natrium salicylicum, Phenacetin, Antipyrin) hatten nur vorübergehenden Effekt gezeigt.

Neurath (Wien).

A case of tetanus treated with antitoxin. Von G. M. Converie. Medical Record 1900.

Subakuter schwerer Tetanus, der sich unter dem Gebrauch von Antitoxin allmählich besserte.

Der Patient ging an einer Pyämie zu Grunde, deren Entstehung dem Gebrauch von mangelhaft verwahrtem Antitoxin zuzuschreiben ist.

Eisenmenger (Wien).

Ein Fall von Tetanus, behandelt mit Behring'schem Antitoxin. Von A. Dörner. Wiener klinische Rundschau, 13. Jahrg., Nr. 41.

Der Fall ist zunächst durch die lange Incubationszeit (6 Wochen) und das allmähliche Einsetzen der tetanischen Symptome als ein von vornherein prognostisch günstiger charakterisiert. Ferner wurde neben dem Antitoxin auch noch Chloralhydrat therapeutisch verwendet. Es ist daher der Ausgang des Falles in definitive Heilung nicht gut als ein Beweis für die günstige Wirkung des Antitoxins zu verwerten. — Mit der ersten Zufuhr von Behring's Antitoxin wurde das Chloral ausgesetzt und das Resultat war eine beträchtliche Verschlimmerung des Zustandes. Erst am nächsten Tage, als mit dem Antitoxin wieder Chloral verabfolgt wurde, trat Besserung ein.

Trotzdem hält der Autor daran fest, dass das Antitoxin den Verlauf der Krankheit günstig beeinflusst habe.

Die Notwendigkeit, neben dem Antitoxin auch noch Sedativa zu verwenden, begründet er mit Sahli damit, dass das Antitoxin zwar unverbrauchtes Gift unschädlich machen, nicht aber auf schon im Rückenmark gesetzte Veränderungen einwirken könne.

Eisenmenger (Wien).

Tétanus guéri à la suite d'injections sous-cutanées de serum. Von Quénu. Bull. et mém. de la Société de chirurgie de Paris, Tom. XXV, Nr. 22—23.

Ein 69jähriger Mann, der seit mehreren Jahren an Ulcus cruris litt, erkrankte an Tetanus. Quénu injizierte durch vier Tage je 10 ccm Serum, nach acht Tagen eine weitere Injektion von 60 ccm auf einmal. Daneben Chloralklysmen und lokale Wundbehandlung. Am Ende der dritten Woche waren alle Krankheitserscheinungen geschwunden.

Quénu will aus diesem Erfolge keine weitergehenden Schlüsse auf die Wirksamkeit des Serums ziehen, sondern nur den thatsächlichen Zusammenhang feststellen.

Monod: Injektionen von Serum bei Tetanus können nur präventiv, vor dem Auftreten der Symptome, wirksam sein.

Berger: Die Wirksamkeit der Injektionen ist sehr anzuzweifeln, die Misserfolge zahllos.

Bazy: Die Präventivwirkung der Injektionen ist nicht zu leugnen. Bei schon entwickeltem Symptomenkomplexe dagegen ist nur das Chloral wirksam.

Piqué beobachtete einen Fall von Tetanus bei einem 33jährigen Manne, der sich einen Holzsplitter unter einen Fingernagel eingezogen hatte. Die ersten Er-

scheinungen traten erst 11 Tage nach dem Trauma auf, und war der Verlauf ein sehr schwerer. Die Behandlung bestand in lokaler Wunddesinfektion, grossen Chloraldosen (täglich 4–10 g) und Injektion von 10 ccm Serum täglich vom Tage nach dem Auftreten der ersten Erscheinungen an bis 12 Tage nachher. Vollständige Heilung.

Peyrot zweifelt, ob es sich in allen diesen rasch und günstig verlaufenden Fällen um echten Tetanus handle, da auch Fälle von Pneumonie mit Kontrakturen verlaufen könnten.

Tuffier: Zweifellos echte Fälle von Tetanus heilen unter Darreichung von Chloral und Morphin, einige sogar spontan. Von Einfluss ist natürlich auch die Schwere des Falles. Je früher nach der Verletzung der Beginn, desto maligneren Charakter bieten die Krankheitsbilder.

F. Hahn (Wien).

Das Antistreptococcenserum. Eine klinische Studie. Von Scharfe. Hegar's Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie 1900, Bd. III, H. 2.

Nach den widerspruchsvollen Angaben über den Wert des Antistreptococcenserums bei Puerperalfieber muss man es mit Freude begrüßen, dass Verf. über eine grössere Reihe von Fällen aus Fehling's Klinik in Halle berichtet, welche einen Schluss auf die Wirkung dieses Mittels zu ziehen gestatten.

Gleich allen anderen Autoren stellt auch Scharfe die vollkommene Unschädlichkeit des Serums fest. Was die positiven Resultate betrifft, so waren dieselben in 15 aufeinanderfolgenden Fällen ganz einwandfrei: zum Teil prompter, zum Teil langsamer Abfall des Fiebers nach Seruminjektion in reinen Fällen von Streptococcusinfektion, vollständige Wirkungslosigkeit bei Anwesenheit anderer Bakterien im Uterussektret. Verf. hat zwar nie den Eindruck gewonnen, dass die alte Behandlung — Uterusspülung — in diesen Fällen machtlos gegen die Krankheit gewesen wäre und dass ihm das Serum bei hoffnungslos aufgegebenen Kranken eine freudige Ueberraschung bereitet hätte, aber er glaubte doch, für geeignete Fälle ein vorzügliches Mittel gegen das Puerperalfieber zu besitzen.

Dieses günstige Ergebnis seiner Versuche erlitt jedoch einen heftigen Stoss, als das Serum in vier Fällen von reiner Streptococcusinfektion gänzlich versagte. Eine Patientin ging zu Grunde, drei andere machten langwierige fieberhafte Wochenbetten durch, ohne dass das Serum auch nur den geringsten Einfluss auf die Temperatur oder das Allgemeinbefinden geäussert hätte. Und als Verf. nun des Vergleiches wegen in zwei folgenden Fällen von Puerperalfieber mit Streptococccen im Uterus die alte Behandlung eintreten und einen dritten Fall ganz unbehandelt liess, fand er erstaunlicherweise dieselbe Art des Fieberabfalles wie in seinen ersten, anscheinend mit Serum günstig behandelten Fällen.

Seine Resultate zusammenfassend, gelangt daher Scharfe zu dem Schlusse, dass die Behandlung mit Marmorek's Antistreptococcenserum auf den Verlauf puerperaler Infektionen keinen nachweisbaren Einfluss hat.

Rud. Pollak (Prag).

Antistreptococcus-serum in erysipelas. Von A. W. Harrison. Brit. med. Journ. 1900, Nr. 2062.

Autor berichtet über eine Heilung eines Erysipels bei einer 26jährigen Patientin durch Einspritzung von 80 ccm Antistreptococcus-Serum. Er bezieht die Heilung ohne Zögern auf die Serumwirkung und betont, dass Patientin zur Zeit der Einspritzung beinahe moribund war.

Siegfried Weiss (Wien).

C. Maligne Tumoren und ihre Therapie.

The infectivity of malignant growths. Von G. Bellingham Smith u. J. W. Washbourn. The Edinburgh med. journ. 1900, Jan.

Die Verff. stellen in diesem Vortrag alle klinischen und experimentellen Erfahrungen und Thatsachen zusammen, welche für eine parasitäre Aetiologie der malignen Tumoren bisher beigebracht worden sind. Etwas Neues enthält die Arbeit nicht, bildet aber ein gutes Seitenstück zu dem Aufsatz von Czerny in den Beiträgen zur klinischen Chirurgie, Band XXV, Heft 1.

R. v. Hippel (Dresden).

Zur Verbreitung des Carcinoms. Von F. Reiche. Münchner medicin. Wochenschr. 1900, Nr. 39.

An der Hand eines reichen, sich über Jahre und Jahrzehnte erstreckenden statistischen Materials hat der Verf. die Morbidität und Mortalität an Carcinom im Stadtgebiet Hamburg von verschiedenen Gesichtspunkten aus untersucht.

Er bestätigt dabei die Beobachtung, dass eine Zunahme der Carcinom-erkrankungen zu konstatieren ist, sowie dass sich die Altersgrenze für das Carcinom nach dem jugendlichen Alter zu verschoben hat. Die Zunahme ist bei dem männlichen Geschlecht eine stärkere als bei dem weiblichen.

Ganz unabhängig ist die Häufigkeit der Carcinomfälle von der Beschaffenheit der hygienisch Verhältnisse eines Stadtviertels. Während mit der Verbesserung dieser Verhältnisse ein stetiger Rückgang der Tuberkulose und der allgemeinen Mortalität sich einstellte, zeigt das Carcinom in den reichsten wie ärmsten Stadtteilen sein langsames, stetiges Fortschreiten.

Bezüglich der Lokalisation des Carcinoms präponderieren die Neoplasmen des Digestionstractus, jedoch lässt sich eine relative Zunahme dieser nicht nachweisen.

Der Williams'schen Hypothese, dass das Ueberwiegen von Fleischnahrung an der Zunahme des Carcinoms Schuld trage, steht der Verf. auf Grund seiner Beobachtungen sehr skeptisch gegenüber.

Heiligenthal (Baden-Baden).

Preliminary report on the presence and nature of parasitic amoebae (cancriamoeba macroglossa) in the epithelial carcinoma. Von G. Eisen. Medical Report 1900.

Vorläufiger Bericht über den Befund einer parasitischen Amöbe in den Centren der Zellnester bei Epithelialcarcinom. Für ihre Darstellung ist es hauptsächlich notwendig, das zu untersuchende Gewebe vor und während der Härtung nicht abkühlen zu lassen.

Eisenmenger (Wien).

Ännu några orel om behandlingar af kankroider utan blodig operation.

Von C. J. Rossander. Hygiea, Bd. LXII, H. 1, p. 406.

Verf., der 1891 über einige Versuche, Cancroide im Gesicht durch Injektion einer Lösung von Kaliumhydrat zu heilen, berichtet hat (Nord. med. Arch., Bd. XXIII, Nr. 21), ergreift hier wieder das Wort, teils um seine damals ausgesprochene Ansicht über die Wirkung der Einspritzungen zu berichtigen, teils infolge einiger neuer Beobachtungen.

Der erste Fall gilt einem von Adamkiewicz mittelst Cancroin behandelten Fall, über den derselbe in seinem Werke „Untersuchungen über den Krebs und das Prinzip seiner Behandlung, experimentell und klinisch, Wien 1893, p. 86“ ausführlich berichtet. Als der zweite Versuch mit Cancroin kein Resultat ergab, wandte sich Pat. an den Verf. Sein Zustand war, wie ihn Adamkiewicz beim ersten Besuch

schilderte. Da eine vorgeschlagene Radikalexstirpation abgelehnt wurde, wurde mit den ziemlich schmerzhaften Einspritzungen einer 1% Kalihydratlösung, $\frac{1}{2}$ Pravazspritze an 3—4 Stellen ausserhalb der Geschwulst, mit der Spitze unter die Geschwulst gerichtet, begonnen, jeden dritten Tag. Nach einigen Einspritzungen beginnende Heilung und nach zwei Monaten nur eine 2 qcm grosse Ulceration mit mikroskopischer Cancroidstruktur des Gewebes. Pat. reiste ab, um sich zu Hause weiter fortbehandeln zu lassen. Nach einem halben Jahre sah Verf. Pat. wieder, der die Injektionen versäumt hatte. Die Wunde hatte sich erweitert und Pat. soll 1897 an allgemeiner Carcinose gestorben sein.

Der zweite Fall betraf eine 89jährige Frau, die seit vielen Jahren einen braunen Fleck von Haselnussgrösse in der rechten Stirnhälfte gehabt hatte. Derselbe wuchs in 14 Tagen äusserst schnell, so dass bei der Untersuchung eine schwarze, $3\frac{1}{2}$ cm hohe, $1\frac{1}{2}$ cm breite Geschwulst entstanden war, die sich ungefähr 8 cm über die Stirnfläche erhob; rund um diese Geschwulst ein dreifacher Ring von hanfsamengrossen schwarzen Klumpen. Da Exstirpation abgelehnt, Behandlung wie im vorigen Falle. Die Nadel wurde unter die Geschwulst bis an den Frontalknochen eingestochen. Nach der ersten Einspritzung hörte das Wachsen der Geschwulst, die die letzten 24 Stunden noch an Grösse zugenommen hatte, ganz auf. Nach der zweiten Einspritzung fing die Geschwulst an, kleiner und die kleinen Flecken heller zu werden und zu schrumpfen. Nach 10 Einspritzungen im Verlaufe eines Monats war die ganze Partie in eine feste, an das Stirnbein adhärente, bedeutend hellere Narbe verwandelt. Ein Jahr später war die Narbe kleiner und blass, Recidiv war nicht zu konstatieren und jetzt, nach vier Jahren, lebt Patientin noch mit kaum sichtbarer Narbe, nur ein grauer Fleck von der Grösse eines Kleinfingernagels nimmt den Platz der früheren Geschwulst ein.

Verf., der anfangs die Ansicht vertrat, dass das Kalihydrat eine zerstörende Einwirkung auf die Krebszellen ausübte, ist jetzt zu der Auffassung gelangt, dass die Einspritzungen eine Koagulation des Blutes und Obstruktion der zuführenden Gefässe durch Irritation des Gewebes hervorrufen und infolgedessen Absorption des Gewebes eintritt. Verf. hat nämlich niemals ein Zeichen einer Zerstörung der Geschwulstmassen mit Abstossen gangränöser Teile beobachten können, das Verschwinden hatte immer den Charakter einer Absorption. Diese Auffassung erklärt auch das Misslingen der Methode in vielen Fällen; es ist in diesen eben nicht gelungen, auf die ganze Peripherie der Geschwulst einzuwirken und alle zuführenden Gefässe zu verschliessen. Infolgedessen ist die Methode nur in einer sehr begrenzten Anzahl von Fällen anwendbar.

Verf. berichtet endlich über Versuche anderer Forscher, Krebs ohne operative Entfernung zu heilen.

Köster (Gothenburg).

Un cas de sarcomatose extraviscérale généralisée. Von Louis Lapeyre und Marcel Labbé. Bull. de la Soc. anatom., 74. année, p. 1048.

Es handelte sich um einen 19jährigen physisch und psychisch Degenerierten mit einem enormen Naevus pilosus an der Hälfte des Stammes und zahlreichen über den ganzen Körper verstreuten Naevi pigmentosi. Seit zwei Monaten kam es in rapider Entwicklung zur Entstehung unzählbarer, namentlich den Stamm, aber auch Hals, Gesicht, Kopf und obere Extremitäten bedeckender Tumoren, welche unter der Haut gelegen, von teils normaler, teils verdünnter und livider Haut überzogen waren. Die Konsistenz weich, fast fluktuierend. Linksseitiger Exophthalmus. Innere Organe scheinbar normal. Allg. Marasmus. Dyspnoe, Dysphagie. An Thorax und Armen kollaterale Venennetze. Tod nach dreimonatlicher Dauer der Krankheit.

Autopsie. Aehnliche Tumoren am Lungenhilus, an der Basis des Herzens entlang der Gefässe, an der Aussenseite des Pericards, entlang der Wirbelsäule und am Peritoneum, in der Umgebung der Blase, am Hilus der Milz, im Netz und Mesenterium. Die Organe selbst nicht erkrankt. Retrobulbär drei Knoten, wovon zwei am Foramen opt. sitzen. Histologisches Rundzellensarkom.

Trotzdem die Tumoren in keinem Zusammenhange mit den Nervenstämmen waren und trotz des carcinomatösen Charakters der Neubildung unterliegt es nach Verf. keinem Zweifel, dass der Fall nach seinen übrigen

Symptomen und den hereditären Stigmata mit der Neurofibromatose in enger pathogenetischer Beziehung steht, was er des Näheren ausführt.

J. Sörgo (Wien.)

De la métastase cancéreuse. Von L. Vervaeck. Journal médical de Bruxelles, 4. année, Nr. 27.

Seine Statistik umfasst 95 Fälle von Carcinom der verschiedensten Arten, aber von unzweifelhafter Diagnose.

In 36 Fällen konnte er keine Metastasen in anderen Organen nachweisen, manchmal boten selbst die Lymphdrüsen keine Veränderung. Von allen Fällen war die Leber am häufigsten befallen (50 mal unter 59 Fällen), frei von Metastasen war stets das Gehirn.

Vervaeck unterscheidet streng zwei Wege der Metastasenbildung, den Lymphweg (regionäre Drüsenschwellung) und die venöse Blutbahn (eigentliche Organmetastasen). Interessant ist seine Beobachtung, dass bei Krebs im Verdauungstractus sich die Metastasen in der Leber lokalisieren und erst in zweiter Linie in den anderen Organen, während bei Carcinom der übrigen Körpergegenden in erster Linie die Lunge befallen wird.

Port (Nürnberg).

Ein inoperables Sarkom, das mit den gemischten Toxinen von Streptococcus erysipel. und Bacillus prodigiosus behandelt wurde. Von W. C. Coley. Annals of Surgery 1899, Okt.

Der bekannte Entdecker dieser Methode zeigte in der New York Surgical Society 26. April eine Frau, die er zuerst 1894 gesehen hatte. Sie war 1887 gefallen und drei Monate später hatte sich an der Stelle der Verletzung eine Geschwulst gebildet, die 1890 entfernt wurde; die damals kindskopfgrosse Geschwulst war nach der pathologischen Untersuchung ein Sarkom. Schon nach drei Monaten trat ein Recidiv auf, das 1894 in vertikaler und transversaler Richtung einen Durchmesser von je $42\frac{1}{2}$ cm hatte. Der Tumor war fest mit der Haut und der Unterlage verwachsen. Im April 1894 begann man mit der in der Ueberschrift genannten Behandlung, als aber nach zwei Monaten der Tumor kaum kleiner geworden war, gab man die Behandlung als aussichtslos auf. Bald nach der Entlassung aus dem Krankenhause begann aber die Geschwulst zu schrumpfen und nach zwei Jahren war sie fast verschwunden. Im Laufe des letzten Jahres begann sie wieder etwas zu wachsen und jetzt bestehen drei ganz voneinander getrennte und bewegliche Geschwülste, wo früher die grosse unbewegliche Einzelgeschwulst gesessen hatte. Es gelang leicht, zwei der Geschwülste zu entfernen; die genaueste Untersuchung im Krebshospital der Stadt New York ergab, dass es sich nur um fibröses Gewebe handelte, in dem Sarkomelemente nicht nachgewiesen werden konnten. Die Frau ist anscheinend völlig gesund. (Ob es sich hier überhaupt um ein Sarkom gehandelt hat oder ob nicht vielmehr eine entzündliche Neubildung vorlag, erscheint doch recht fraglich. Ref.).

J. P. zum Busch (London).

D. Gehirn, Meningen.

Untersuchungen über die Menge des Stickstoffgehaltes in der cerebrospinalen Flüssigkeit der Kinder bei einigen Erkrankungen. Von C. Comba. Archiv für Kinderheilkunde, Bd. XXVIII.

Es wurden Bestimmungen des Gesamtstickstoffgehaltes, der mittelst Lumbalpunktion entzogenen Cerebrospinalflüssigkeit bei 64 Kindern gemacht, von denen sieben an akuter Meningitis (verschiedener Natur) und 57 an anderen Krankheiten litten. Die Menge der Flüssigkeit schwankte zwischen 12 und 75 ccm. Bei Meningitis wurde das Filtrat, in anderen Fällen die klare Punktionsflüssigkeit verwendet. In Anwendung kam die Methode von Kjeldahl, modifiziert von Argutinsky, zur Albuminbestimmung die Methode von Brandberg.

In den Fällen ohne Entzündung der Hirnhäute fand sich eine Durchschnittszahl von 0,019 ‰ Albumin. Die Durchschnittszahl für den Stickstoffgehalt betrug 0,0186 ‰ beim Gesamtstickstoff, 0,003 beim Albuminstickstoff und 0,015 beim residualen Stickstoff.

In zwei Fällen fand sich Vermehrung der Stickstoffzahlen. Hier lag akute Urämie vor. Comba glaubt, dass die Bestätigung seiner Erfahrung im Stickstoffgehalt der Cerebrospinalflüssigkeit einen wichtigen Anhaltspunkt für die Differentialdiagnose zwischen akuter Urämie und anderen ähnlichen Krankheitserscheinungen liefern könnte.

Bei den Fällen von Meningitis war die Albuminmenge grösser als beim Durchschnitt der normalen Flüssigkeit und vermehrte sich mit fortschreitender Krankheit.

Neurath (Wien).

Ueber Contracontusion des Gehirns. Von J. Riedinger. Monatschrift für Unfallheilkunde 1900, Nr. 10.

Verfasser demonstriert das Gehirn eines neunjährigen Knaben, welcher sich durch Fall auf das Hinterhaupt einen sternförmigen Bruch des Hinterhauptbeins rechterseits mit Ruptur des Confluens sinuum zugezogen hatte. An den diametral gegenüberliegenden Spitzen der Frontal- und Occipitallappen, besonders an der Spitze des linken Frontallappens fanden sich punkt- und rosenkranzförmige Blutungen in der Hirnrinde.

Mohr (Bielefeld).

Traumatic cerebral oedema: its pathology and surgical treatment.

A critical study. Von J. W. Courtney. Boston med. and surgic. Journal, Bd. CXL, Nr. 15.

400 Fälle von Kopfverletzungen mit 50 Autopsieen bildeten das Material der Untersuchungen über das traumatische Gehirnödem und seine chirurgische Bedeutung.

Autor bespricht die Hämorrhagien getrennt nach ihrem Sitze als epidurale, piaie und corticale, ferner die intracraniellen Kontusionen mit ihrem Sitze im Gehirne und in den Meningen. Die anatomischen Veränderungen hierbei sind Erweiterung der Gefässe, Bildung kleinster Thromben, punktförmige Blutaustritte mit mehr oder weniger Oedem der Umgebung. Die Natur der pathologischen Veränderungen, welche das Oedem hervorrufen, liegt nicht in einer Entzündung, sondern in einem vasomotorischen Mechanismus der Hirngefässe. Wichtig für die Lösung dieser Frage war der von Obersteiner erbrachte Nachweis vasomotorischer Nerven der feineren Hirngefässe. Durch Schlag auf den Kopf kommt es zu einer Lähmung der cerebralen Vasomotoren und Erweiterung der Gefässe mit einhergehender akuter Anämie der Hirnsubstanz. Autor kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Traumatisches Hirnödem kann nicht als eine pathologische oder klinische Einheit Platz finden.

2. Es ist die Folge jenes Komplexes pathologischer Zustände, welche Kontusion bezeichnet wird.

3. Die Kontusion des Gehirns und seiner Häute ist meist begleitet von sichtbaren Blutungen und Zerreißungen dieser Organe. Der primäre Sitz und die Ausdehnung des begleitenden Oedems ist ganz zufällig.

4. In seltenen Fällen von durch Gewalteinwirkung hervorgerufener lokaler Kontusion der Hirnrinde und Meningen kann das Gehirn selbst von Oedem frei bleiben.

5. In den Fällen, in welchen die Contusion von vornherein das Gehirn, Kleinhirn oder die Medulla oblongata betrifft, ist die Möglichkeit einer operativen Heilung ausgeschlossen.

6. Die Kontusion an sich kann leicht töten.
7. Der Tod erfolgt infolge Anämie der Medulla oblongata.

Siegfried Weiss (Wien).

Beiträge zur Hirnchirurgie mit spezieller Berücksichtigung der Aetiologie und operativen Behandlung der Epilepsie. Von O. Schär. Archiv für klinische Chirurgie, Bd. LIX, p. 670.

Vorliegende Arbeit ist eine Fortsetzung der Arbeit Kocher's: Chirurgische Beiträge zur Physiologie des Gehirns und des Rückenmarks (II. Zur Kenntnis der traumatischen Epilepsie). Ein Hauptgewicht legt Schär bei den verschiedenen Fällen von Epilepsie, welche dem Krankenmateriale der Berner chirurgischen Klinik und des Kocher'schen Privatspitals angehören, mit Recht auf möglichst lange Beobachtungszeit der Fälle.

Schär ordnet sein eigenes, sowie das aus der Literatur entnommene Material in Tabellen.

Tabelle I enthält 20 operativ behandelte Fälle traumatischer und genuiner Epilepsie aus Kocher's klinischer und privater Praxis. Die mittlere Beobachtungsdauer betrug 4 Jahre 8,9 Monate.

Tabelle II enthält 55 Fälle von Schädelverletzungen mit nachfolgender Operation. Die Beobachtungsdauer dieser der Literatur entnommenen Fälle betrug nur 0,9 Jahre. Alle diese Fälle sind trotz der kurzen durchschnittlichen Beobachtungsdauer als „Heilung“ publiziert.

Tabelle III enthält 13 Fälle von Allen Star mit hauptsächlichlicher Berücksichtigung der Aetiologie. Es handelt sich in allen Fällen um traumatische Epilepsie.

Tabelle IV enthält 18 eigene Fälle von Schädelfrakturen und Gehirnabscessen mit der mittleren Beobachtungsdauer von 5,1 Jahren.

Tabelle V enthält 20 Fälle von traumatischer Epilepsie eigener Beobachtung.

Zahlreiche eingestreute ausführliche Krankengeschichten erhöhen wesentlich das Interesse an der Arbeit.

Die ausgedehnte Kasuistik muss im Original selbst nachgelesen werden.

Schär kommt zu folgenden Schlussfolgerungen:

„Eine Operation bei Epilepsie ist immer anzuraten, wenn intern-diätetische Massnahmen nicht innerhalb kurzer Zeit zum Ziele führen. Die geringe Möglichkeit eines schlimmen Ausgangs fällt neben den sozialen Unzulänglichkeiten der Epilepsie nicht in Betracht. Lieber zu viel operieren, 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 Hilfe vorzuschlagen, begeht ein Unrecht. Epileptiker sollen ebenso frühzeitig vom Chirurgen, wie vom internen Kliniker und Psychiater beurteilt werden.“

Schär schlägt vor, in einem gut und den Anforderungen der Neuzeit entsprechend eingerichteten Asyl oder Spital für Epileptiker und Nervenranke solle von Zeit zu Zeit ein Chirurg die Fälle untersuchen, um zu entscheiden, welche von ihnen Aussicht auf operative Heilung haben.

Schär betont schliesslich die Wichtigkeit der intern-diätetischen Nachbehandlung operierter Epileptiker, insbesondere die Wichtigkeit der absoluten Alkoholabstinenz solcher Kranker. — Aktives Vorgehen zur Zeit der Verletzung kann in der Mehrzahl der Fälle das Entstehen von Epilepsie nach Schädeltraumen verhüten.

Hirschl (Wien).

Jacksonian epilepsy due to cerebral abscess following upon typhoid fever. Von A. Cassels Brown. The Edinburgh medical Journal 1900, September.

Der Fall betraf ein 19jähriges Mädchen, das gegen Ende eines Adominaltyphus leichte Zuckungen in der linken Körperhälfte — Gesicht und beiden Extremitäten — bekam, an welche sich eine leichte Schwäche in letzteren anschloss. Diese

Symptome verschwanden wieder vollständig. Einige Zeit darauf aber stellten sich Kopfschmerz und häufiges Erbrechen und dann zuerst schwächere, allmählich stärkere und sich häufig wiederholende Anfälle von Jackson'scher Epilepsie mit vorausgehender Aura und zunehmender Parese der linken Seite, sowie beiderseitiger Neuritis optica ein. Bei dem vollständigen Fehlen anderer Symptome von Tuberkulose oder Syphilis, bei der Abwesenheit jeder Ursache für eine Eiterung (?) und dem Fehlen jeder Temperatursteigerung wurde die Wahrscheinlichkeitsdiagnose, besonders auch mit Rücksicht auf den Sitz der Läsion, auf ein schnell wachsendes Gliom gestellt. Die Operation ergab einen Abscess in der rechten motorischen Region. Die Heilung war eine nahezu vollständige bis auf leichte Schwäche in den befallenen Extremitäten. Die Stauungspapille ging vollständig zurück, ebenso ein anfänglich sehr erheblicher Hirnprolaps. Die bakteriologische Untersuchung des Abscessinhaltes ergab eine Reinkultur von *Staphylococcus pyogenes aureus*.

Wenn Brown meint, dass dies der erste beschriebene Fall von Hirnabscess im Anschluss an Typhus sei, so irrt er. Keen erwähnt in seiner Monographie über die chirurgischen Komplikationen und Folgen des Typhus bereits vier Fälle von Hirnabscess, die allerdings nicht bakteriologisch untersucht wurden. Immerhin bleibt der Fall ganz besonders wegen der ungewöhnlichen Lokalisation des Abscesses interessant genug. (Ref.)

R. v. Hippel (Dresden).

Abscès du cervelet. Von Dieulafoy. *La Presse médicale* 1900, Nr. 51.

An die Spitze seiner Arbeit stellt der Verfasser die Krankengeschichte eines Mannes, der einen Monat nach Ablauf einer passageren Otitis an einem Symptomenkomplex erkrankte, der deutlich auf eine Läsion des Kleinhirns hinwies. Es traten excessive Schmerzen im Hinterkopf auf, begleitet von Schwindel und Störungen des Gleichgewichts, zu denen sich sehr bald wiederholtes Erbrechen und zeitweiser Bewusstseinsverlust gesellten. Lähmungen bestanden anfangs nicht; erst während der Beobachtung trat eine leichte Parese des linken Abducens und Facialis in die Erscheinung. Der Zustand des Kranken verschlimmerte sich ganz rapid, sodass man sich in der Annahme, dass es sich um einen Kleinhirnabscess handle, zum chirurgischen Eingreifen entschloss. Bei der Trepanation cessierte die Atmung plötzlich und kam trotz aller angewandten Massnahmen nicht wieder in Gang, bis endlich ein direkter Druck auf die blossgelegte Medulla oblongata von Erfolg gekrönt war. In einer zweiten Sitzung wurde mehrfach mit der Probenadel in das Kleinhirn eingegangen; da aber kein Eiter gefunden wurde, stand man von weiteren Versuchen ab. Der Patient verschied sehr bald; bei der Sektion zeigte es sich, dass trotz des negativen Ergebnisses der Probepunktion ein wallnussgrosser Abscess im Kleinhirn vorhanden war.

In dem zweiten Teile der Arbeit giebt der Verfasser einen klinischen Abriss der Symptomatologie der Kleinhirnabscesse. Fast immer spielen hierbei Otitiden eine ätiologische Rolle, gleichviel ob sie von Ausfluss begleitet sind oder nicht. Der cerebellare Symptomenkomplex setzt sich zusammen aus Hinterkopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen und Gleichgewichtsstörungen, weiterhin kommt es zur Neuritis optica, Somnolenz und Coma. Es sind das Symptome, welche für die genaue topographische Lokalisation im Kleinhirn keinen entscheidenden Wert besitzen, da sie bei jedem beliebigen Sitze des Abscesses im Kleinhirn vorkommen können. Die Tumoren des Kleinhirns unterscheiden sich von den Abscessen dadurch, dass sie fast nie reine Kleinhirnsymptome darbieten, sondern auch Störungen, die aus einer Druckwirkung auf die nähere und weitere Umgebung resultieren.

Freyhan (Berlin).

Operative Behandlung der otitischen Hirnhautentzündungen. Von R. Müller. *Deutsche med. Wochenschrift* 1900, Nr. 45.

Müller teilt zwei Fälle mit, bei denen die Diagnose auf otitischen Hirnabscess gestellt worden war, bei der Operation kein Abscess gefunden

wurde, weshalb das Bestehen der von Quincke, Bergmann, Boeninghaus aufgestellten Form von seröser Meningitis angenommen wird.

Im ersten Falle handelte es sich um einen 26jährigen Patienten, der im Jahre 1895 in Anschluss an eine akute eitrige Mittelohrentzündung nach Influenza ein Empyem des linken Warzenfortsatzes durchmachte und operativ geheilt wurde. Vom Jahre 1896 bis 1898 litt Pat. beständig an mässigen Kopfschmerzen, Schwindel, zeitweisen Schmerzen im linken Ohre. Im September 1898 trat eine Verschlimmerung ein, indem den obengenannten Beschwerden sich noch Schwäche, Schlaf- und Appetitlosigkeit, Brechneigung und Benommenheit anschlossen. — Bei der Untersuchung wurde neben Druckempfindlichkeit des linken Warzenfortsatzes und des Schädels auf Perkussion Herabsetzung der Sensibilität der rechten Körperhälfte, Schwäche der Muskulatur derselben Körperhälfte, Pulsverlangsamung, venöse Hyperämie des linken Augenhintergrundes festgestellt. Auf Grund dessen wird ein raumbeschränkender Prozess, eventuell Schläfenabscess, angenommen. Die vorgenommene Antrumoperation zeigt, dass die Höhle ganz trocken, die Dura in der früher freigelegten Ausdehnung verdickt und missfarbig ist. Eine Aspiration aus dem Dura-Arachnoidealraume fördert seröse Flüssigkeit zu Tage. Daraufhin wird auf den linken Schläfenlappen trepaniert und die Dura daselbst incidiert; es entleert sich eine Menge seröser Flüssigkeit. Nach der Operation bessert sich bedeutend das subjektive Befinden, wird der Augenhintergrund normal, doch macht sich eine tagelang anhaltende, auffallend starke Durchfeuchtung des Verbandes bemerkbar. Nach Heilung der Operationswunde bleiben noch Schwindelgefühl, mangelhaftes Gehörvermögen und Herabsetzung der Sensibilität der rechten Körperhälfte zurück.

Auf Grund des obigen Krankheitsbildes und des Ausbleibens von Hirnprolaps in der Nachbehandlung diagnostiziert Verf. Meningitis serosa exter. chron. und bezieht die Verschlimmerung im September auf eine Encephalitis serosa acuta.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine 31jährige Patientin, die seit einigen Wochen an Flimmern vor den Augen, seit kurzem an Kopfschmerz, Schwindel, Schlaflosigkeit und Erbrechen litt und infolge Verschlimmerung ins Spital kam. — Beim Status praesens wird leichte Benommenheit des Sensoriums, Stauungspapille, Empfindlichkeit der linken Schläfengegend und beider Warzenfortsätze auf Perkussion, im linken äusseren Gehörgange stinkender Eiter, im linken verdickten Trommelfell ein Defekt gefunden. Wenn auch keine Pulsverlangsamung bestand, wird als Ursache der Drucksymptome ein Abscess im linken Schläfenlappen angenommen. Trepanation auf den linken Schläfenlappen ergibt keinen Eiter, und da noch drei Tage nach der Operation die Stauungspapille fortbesteht, der Schwindel sich angeblich verstärkte, wird auf das Kleinhirn trepaniert. Da aber auch hier kein Eiter gefunden wird, wird Abscess ausgeschlossen. Da auch eine antiluetische Kur im Hinblick auf die Möglichkeit des Bestehens eines Gumma cerebri nicht nur erfolglos ist, sondern im Gegenteil an beiden Hirnwunden der Hirnprolaps nach JK. zunimmt, hält sich Verf. für berechtigt, eine Meningitis serosa interna acuta mit starkem Exsudat in den Ventrikeln, welches durch Ventrikelpunktion hätte sichergestellt werden können, anzunehmen. Auffallend in diesem Falle war es, dass, ungeachtet Verlorengehens grosser Mengen von Hirnsubstanz des Schläfenlappens und Kleinhirns, keine Ausfallserscheinungen zu beobachten waren.

Im Hinblick auf die Möglichkeit eines Hirnprolapses und die Sicherung der Antisepsis fordert der Verf., dass Gehirnabscesse nicht von der Ohrenoperationswunde, sondern von aussen her in Angriff genommen werden.

L. Friedmann (Krakau).

E. Knochen, Gelenke.

An Basisfraktur und Commotion sich anschliessender Diabetes insipidus. Von Borszéký. Orvosi Hetilap, 44. Jahrg., Nr. 2.

Die nach Basisfrakturen und Commotionen auftretenden Hirnnervenlähmungen sind in der überwiegenden Zahl der Fälle peripherisch; öfters ist es aber sehr schwer, zuweilen unmöglich, zu bestimmen, ob eine Lähmung peripheren oder centralen Ursprunges ist. Wenn jedoch nach gewisser Zeit post trauma Harnveränderungen (Albuminurie, Diabetes mellitus und insipidus) auftreten, so ist damit der centrale Ursprung der Lähmung bewiesen.

Nach den vorausgegangenen klassischen Tierexperimenten Claude Bernard's haben mehrere Kliniker nach Kopftraumen Diabetesfälle beobachtet. Kahler sammelte 26 Fälle, wo nach 13 Basisfrakturen und sechs Commotionen Diabetes insipidus als

Folge wahrscheinlicher Gehirnläsionen aufgetreten ist. Obzwar Gerhardt die Ursache dieser Diabetesfälle als direkte Commotionsfolgen beschreibt, widersprechen vielfach dieser Meinung die Sektionsbefunde, nämlich kleine Blutergüsse im Gehirn, meistens am Boden des vierten Hirnventrikels, als Beweise direkter Gehirncentrenschädigungen. Dennoch ist die Frage des Diabetes insipidus als Nuclearsymptom noch nicht geschlichtet.

Aus der ausführlichen Krankengeschichte entnehmen wir folgende Daten: Ein 31-jähriger Bahnarbeiter wurde nach erlittenem Balkenstoss am Kopfe in bewusstlosem Zustande am zweiten Tage nach der Verletzung mit folgendem Status praesens auf die Klinik gebracht: Bleiches Gesicht, kalte Glieder, oberflächliches Atmen, kleinwelliger, doch genügend voller und gespannter, aber arhythmischer Puls, pro Minute 52 Schläge. Lebhaft roter Bluterguss der Conjunctiva des rechten Auges, dessen Pupille absolut nicht reagiert; sonst beide Pupillen maximal dilatiert; Exophthalmus. Blut-sickern aus der Nase und den Ohren (Liquor rinnt nicht). Der Urin enthält keine abnormen Bestandteile. Temperatur 36,8° C. Während der Nacht Erbrechen. Am dritten Tage nach der Verletzung kommt Patient zu sich, beantwortet sehr schwer die an ihn gerichteten Fragen, klagt über heftige Kopfschmerzen, kann die Augen nicht öffnen, blutet fortwährend aus den Ohren, uriniert spontan. Die genaue Krankenuntersuchung wird erst am achten Tage nach dem Trauma vorgenommen. Rechtes Auge geschlossen, Patient ist nicht imstande, dasselbe zu öffnen, obzwar das Oedem der Augenlider fast vollkommen zurückgegangen ist. Die rechte maximal dilatirte Pupille reagiert nicht, Conjunctiva noch suffundiert. Alle Muskeln des rechten Auges gelähmt, das linke Auge aber bewegt sich nur nach aussen nicht. Sonst alle Nerven normal. Mit dem rechten Auge sieht Patient nicht einmal das Licht. Ophthalmoskopisch linkes Auge normal, im rechten Auge Papille graulichweiss mit verwaschenen Grenzen, sehr dünne Arterien, dilatirte, geschlängelt verlaufende Venen, sonst nichts Charakteristisches. Beide Trommelfelle rupturirt.

Den Pollitzer'schen Acumeter hört Patient mit dem rechten Ohr auf eine Entfernung von 30 cm, mit dem linken nur an den Schädel angelegt. Die aufgelegte Stimmgabel hört der Kranke an der linken Seite besser. An der rechten Seite hört er die entfernt gehaltene Stimmgabel nicht; Knochenleitung erhalten.

Die Diagnose war also *Commotio cerebri*, *Fractura baseos cranii* (Blutungen, Ptoxis, *Ophthalmoplegia totalis oc. d.*, Lähmung des *Nervus opticus*, *Nervus trochlearis*, aller Aeste des *Nervus oculomotorius* und des *Nervus abducens* beiderseits).

Die subconjunctivalen Blutergüsse sind keine direkten Folgen des Traumas, ebensowenig die Nasen-Ohrenblutungen. Es ist daher eine Fraktur des Orbitaldaches, der *Lamina cribrosa* des Ethmoidalknochens anzunehmen; die Ohrenblutungen beweisen eine grössere Läsion nach innen.

Die Orbitaldachfraktur erklärt auch die Läsion des *Nervus opticus* (ein Bruchsplitter verletzte denselben); die Fraktur geht dann nach vorne zur *Fiss. orb. sup.*, wo alle Nerven verletzt werden. Da wir keine Stauungspapille finden, kann man auch nicht die *Opticuslähmung* aus einem Blutergussdrucke erklären, es muss vielmehr die Läsion hinter dem Eintritte der Blutgefässe in den *Nervus opticus* sein, weil das charakteristische Bild der Gefässläsionen (im *Foramen opticum*) fehlt. Die Fissur geht am Orbitaldach bis zur Mitte, bis zum Ethmoidalknochen, dann dem Keilbeinkörper, dem *Processus clinoides* und der *Sella turcica* entlang bis zum Felsenbein und endet hier an dieser Seite. Die Richtung des Bruches entspricht also im ganzen einem umgekehrten „T“.

Ein peripherischer Ursprung der linksseitigen *Abducenslähmung* ist nicht anzunehmen, denn es müssten auch andere linksseitige Nerven verletzt worden sein. Es ist in der That eine centrale Ursache der linksseitigen *Abducenslähmung* vorhanden, ausserdem müssen wir auch eine nucleare Verletzung des *Nervus vagus* wegen der beständigen Pulsverminderung (52—60) annehmen, welches Symptom zwar bei einfacher *Commotio* ebenso eintritt, doch nicht andauert, und mit dem Zurückkehren des Bewusstseins verschwindet. Eine periphere Verletzung des *Vagus* werden wir in Ermangelung der sonst obligatorisch participierenden *Glossopharyngeus-* und *Accessoriusläsionen* auch ausschliessen können.

Ausser *Abducens* und *Vagus* ist noch ein Symptom auf centrale, resp. nucleare Läsion zurückzuführen, der *Diabetes insipidus*, welcher nach 14 Tagen post trauma bei sonst unverändertem Status auftritt und sich in beständigem Durst, viel Wassertrinken und *Polyurie sine mellituria* äussert (anfangs 6-7 l, später 3 l pro die). Da diese *Polyurie* sich erst nach 14 Tagen zeigte (Patient vorher vollkommen gesund, auch bis zu dieser Zeit während des Spitalaufenthaltes keine *Polyurie*, Harn normal), muss dieses Krankheitsbild jedenfalls traumatischen Ursprungs sein.

Die Frage ist nur, ob das erlittene Trauma und die Commotion als solche den Diabetes insipidus verursacht haben oder ob er infolge Verletzung eines gewissen Punktes des Gehirns entstanden ist?

Als Commotionssymptom kann die Polyurie nicht bestehen, da diese Symptome immer gleichzeitig auftreten und von kurzem Bestande sind; in unserem Falle dominierte aber die Polyurie und bestand — in geringerem Grade — auch dann, als Patient, sonst genesen, die Klinik verlassen hat. Dieser Diabetes insipidus kann also nur als Folge einer Gehirnkernläsion entstanden sein. Zum Beweise dessen, dass dieser Kern der bei Tieren experimentell gefundenen Stelle entspricht, dienen die Symptome der Abducenslähmung und der Vagusreizung, deren centralen Ursprung wir schon besprochen haben, d. h. der Boden des vierten Gehirnventrikels ist an der Stelle der Abducens- und Vaguskerne verletzt, zwischen welchen auch der von Claude Bernard und Kahler gefundene Diabetespunkt entdeckt wurde. Dass dieser Zuckerstichpunkt thatsächlich in den Verletzungsbereich geraten sein kann, wird durch die erwähnten Kahler'schen Fälle bewiesen, in deren zehn auch nucleare Abducenslähmungen konstatiert wurden. Das Wesen der Läsion ist allerdings unbekannt, am wahrscheinlichsten handelt es sich um eine Capillarapoplexie in der Fossa rhomboidea.

Die bestimmte Ursache des späten Auftretens der Polyurie ist unbekannt; es dürfte vielleicht die gleich nach dem Trauma aufgetretene Läsion der Abducens- und Vaguskerne sekundär die Verletzung des Diabetespunktes verursacht haben (durch Erweichung, Schrumpfung, Degeneration?) oder es ist vielleicht die Läsion aller drei Punkte auf einmal entstanden und hat sich die Polyurie aus äusseren Gründen nur so spät entwickelt.

Derartige Diabetesfälle traumatischen Ursprunges sind gewöhnlich von geringerem Grade und von kurzer Zeitdauer. In Lépine's Fällen dauerte die Polyurie 30—45 Tage lang, in unserem Falle bestand selbe noch beim Verlassen der Klinik in geringerem Grade (über drei Wochen). Der Puls erreichte erst in den letzten Tagen des Spitalaufenthaltes die Normalzahl.

Nach diesen interessanten Auseinandersetzungen der einzelnen Symptome des Gesamtkrankheitsbildes schliesst Verfasser:

1) dass der an die Schädelverletzungen und Commotion sich anschliessende Diabetes insipidus die Folge einer Gehirnläsion ist,

2) dass die Verletzungstelle höchstwahrscheinlich dem in der Fossa rhomboidea von Claude Bernard und Kahler festgestellten Punkte entspricht.

Eugen Baranyai (Budapest).

Ein Beitrag zu der Frage von den traumatischen Wirbelerkrankungen.

Von M. Oberst. Münchener med. Wochenschr. 1900, Nr. 39.

Oberst weist darauf hin, dass bei der früher von Kümmel als Spondylitis traumatica beschriebenen Erkrankung der Wirbelsäule stets eine Compressionsfractur eines Wirbelkörpers vorliegt. Er möchte daher auch den zu Missverständnissen führenden Namen einer Spondylitis traumatica beseitigt und dafür den einer traumatischen Kyphose gesetzt wissen.

Heiligenthal (Baden-Baden).

Spinal fracture. Paraplegia. Von R. Abbe. Medical Record 1900.

Die Art der unmittelbar nach einer Wirbelfraktur auftretenden paraplegischen Erscheinungen gibt gute Anhaltspunkte für die Prognose.

Tritt sofort vollständige sensorische und motorische Lähmung unterhalb der Verletzungsstelle auf und fehlt der Patellarreflex, so ist nur sehr geringe Aussicht auf Besserung. Doch kann auch in solchen Fällen eine Operation noch Erfolg haben (ein Fall mitgeteilt).

Teilweise sensorische und motorische Lähmung lässt bedeutende Besserung erwarten, weil die Ursache der Lähmung in solchen Fällen eine Hämorrhagie zu sein pflegt, deren Resorption in 10—14 Tagen stattfindet.

Bei Halswirbelbrüchen ist der fünfte Halswirbel am häufigsten betroffen. Die Atmung wird in solchen Fällen nur vom 3. und 4. Cervicalnerven besorgt, ist demnach nur diaphragmatisch und es folgt gewöhnlich einige Tage nach

dem Unfälle Lungenödem und hypostatische Pneumonie. Bei hochgelegenen Wirbelbrüchen sind abnorme Fermentationsprozesse im Darm und konsekutive Temperatursteigerungen häufig, aber leicht durch Kalomel zu bekämpfen.

Eisenmenger (Wien).

Excision d'un spina bifida sacro-luminaire, Guérison. Von Hannecart.
Journal médical de Bruxelles 1900, Nr. 32.

Spina bifida bei einem sonst normal entwickelten Kind ohne Lähmungen und Atrophie, wurde operiert im siebenten Monat. Es trat vollständige Heilung ein. Die mikroskopische Untersuchung liess keine Nerven-elemente entdecken. Es handelte sich also um eine Meningocele.

Port (Nürnberg).

Ueber Behandlung der Rhachitis mit Nebennierensubstanz. Von W. Stoeltzner. Jahrbuch für Kinderheilkunde, Bd. LI.

Erst nachdem die Versuche in der Privatpraxis zu einem befriedigenden Resultat geführt hatten, begann Stoeltzner mit der Verabreichung des Präparates in der Poliklinik. Er begann meistens mit soviel Centigrammen der Tabloidsubstanz (Tabloids of compressed Suprarenal Gland Substance, Borroughs, Wellcome & Co.), als das Kind Kilogramm wog, und blieb bei dieser Dosis oder stieg bis höchstens auf das Doppelte. Es wurde verordnet:

Rp. Tabloids Nr. 32
Sacchari albi
— lactis aa q. s.
ut fiant l. a. rotulae Nr. 100
D. S. Jedes Plätzchen = 0,08 Tablettensubstanz.

Bei Abfassung der Krankengeschichten und jeder (wöchentlichen) Untersuchung wurde ein bestimmtes, 41 Punkte umfassendes Krankenjournal verwendet. Unter anderem ist Stoeltzner besonders ein merkwürdiger, anfangs trimethylaminartiger, später ammoniakalischer Geruch des Urins aufgefallen. Zur Untersuchung kamen 71 Fälle, die in der Mehrzahl rasche Besserung nach der Verabreichung des Präparate erkennen liessen.

Schädliche Nebenwirkungen wurden niemals gesehen. Das Allgemeinbefinden der Rhachitischen wurde sehr günstig beeinflusst. Von den rhachitischen Symptomen wurden am auffallendsten gebessert: die Schweisse, die Craniotabes, die Verzögerung des Zahndurchbruches, die Verzögerung des Sitzen-, Stehen- und Gehenlernens, die Empfindlichkeit gegen Berührungen, die Unruhe und die abnorme vasomotorische Erregbarkeit der Haut. Auch der merkwürdige Geruch des Urins pflegte bald zu schwinden. Die abnorme Weichheit des Thorax und die rachitische Kyphose der Lendenwirbelsäule wurden ebenfalls oft gebessert. Am wenigsten in die Augen fallend war der Einfluss der Behandlung auf die Grösse der Fontanelle, den Rosenkranz, die Deformität des Thorax und die Epiphysenschwellungen an den Extremitäten. Doch ergibt sich aus dem Studium der Krankengeschichten, dass auch diese Symptome oft gebessert wurden. Vollständig unbeeinflusst blieben der Glottiskrampf und die Tetaniesymptome. Oft trat schon in der ersten Woche (!) der Behandlung eine wesentliche Besserung ein. Eine Unterbrechung der Behandlung hatte häufig einen Stillstand der Besserung zur Folge. In einem Falle konnte die histologische Untersuchung die zustande gekommene Heilung unter der Behandlung mit Nebennierensubstanz nachweisen.

(In Neter's bereits publizierten Kontrollversuchen versagte die Nebennierentherapie vollständig. Ref.)

Neurath (Wien).

Hypertrophierende Osteo-Periostitis blenorrhoischer Natur der Femurdiaphyse. Von E. Hirtz. Société médicale des hôpitaux de Paris 1900.

Bei einer 19jährigen Person, die seit drei Monaten an einem gonorrhöischen Gelenkrheumatismus litt, entwickelte sich in schleichender Weise eine ganz schmerzlose Anschwellung der unteren zwei Drittel der Femurdiaphyse von ovoider Gestalt. Radiographisch zeigte sich, dass diese Schwellung hauptsächlich vom Periost ausging.

Was die Natur der geschilderten Affektion betrifft, so stützt Verfasser seine Meinung, dass es sich um eine blenorrhoische Entzündung handle, auf das gleichzeitige Bestehen einer blenorrhoischen Gelenkerkrankung an demselben Bein und das Vorhandensein von Fluor albus.

Salicylpräparate waren ohne jeden Einfluss. Gegen eine syphilitische Natur des Prozesses spricht der Umstand, dass keinerlei Anzeichen, die für überstandene Lues sprächen, nachzuweisen sind, sowie ferner das Fehlschlagen einer Jodbehandlung.

Bemerkenswert ist dieser Fall wegen der Seltenheit der Lokalisation, da sich die periostitischen Prozesse im Gefolge von Gonorrhoe für gewöhnlich an den Epiphysen oder den kleinen Hand- und Fusswurzelknochen abspielen.

M. Cohn (Kattowitz).

F. Schilddrüse.

Ein Fall von Abdominaltyphus mit posttyphöser Schilddrüsenvereiterung. Von A. Schudmak und J. A. Vlachos. Wiener klin. Wochenschrift 1900, Nr. 29.

Gelegentlich eines Falles von Abdominaltyphus mit Schilddrüsenvereiterung, die durch den Eberth'schen Bacillus verursacht war, machten die Verff. eine Anzahl von Kaninchenversuchen, aus denen sich folgende Schlüsse ergeben:

Die eitererregende Eigenschaft kommt dem Typhusbacillus als solchem zu und ist von seiner Virulenz nicht abhängig.

Die Leukopexie beim Typhus scheint die Folge der Lokalisation in den Hauptapparaten der Leukocytenbildung zu sein und steht zum Virus der Typhusbacillen in gar keinem Verhältnis, da dasselbe bei peripherer Lokalisation Leukocytose verursacht.

Eisenmenger (Wien).

Die Schilddrüse als entgiftendes Organ. Von F. Blum. Virchow's Arch., Bd. CLVIII.

Die vorliegende Arbeit ist eine Zusammenfassung der Ansichten des Verfassers über das Thema mit einigen neuen Beweisen für seine Anschauungen. Die Mehrzahl der Autoren sieht in der Schilddrüse eine echte Drüse und betrachtet die Lymphwege als Ausführungsgänge. Die Bedeutung der Schilddrüse würde nach dieser Ansicht höchst wahrscheinlich auf einem in der Drüse gebildeten Sekrete beruhen. Dass die Drüse eine lebenswichtige Bedeutung hat, ist von fast allen neueren Autoren angenommen. — Blum glaubt nun, dass in der Schilddrüse ein Jodierungsprozess stattfindet, eine Bindung von Toxalbuminen durch Jod; auf diese Weise wird eine Entgiftung des Körpers herbeigeführt. Hierin, nicht in einem Sekretionsprozess, ist die Bedeutung der Schilddrüse zu suchen. Für die Sekretionstheorie lassen sich nach Blum auch nicht die Erfolge der Schilddrüsentherapie bei Myxödem anführen. Diese Wirkung erklärt Verf., wie die Wirkung der Schilddrüsenpräparate auf Fettleibige mit der durch Thyreoideapräparate angeregten Steigerung der Verbrennungsprozesse im Organismus. — Dass die Schilddrüse ein lebenswichtiges Organ ist, beweist Verf. damit, dass er erwähnt,

von seinen ersten hundert thyreoektomierten Versuchshunden seien nur vier am Leben geblieben. — Das von Baumann isolierte Jodothyryn betrachtet Verf. als ein in der Schilddrüse nicht präexistierendes Spaltungsprodukt seines Jodtoxalbumins.

Von den weiteren Ausführungen Blum's sei hier noch besonders erwähnt, dass es ihm gelang, an thyreoektomierten Hunden Veränderungen am Centralnervensystem mit Hilfe der Nissl'schen Methode nachzuweisen.

So wäre die Funktion der Schilddrüse die eines entgiftenden Organs. Blum hofft, dass event. später Geisteskrankheiten in der Genese durch diese Erkenntnis der Funktion der Schilddrüse neu beleuchtet werden würden.

E. Schwalbe (Heidelberg).

Ueber einige experimentelle Beobachtungen an der Schilddrüse. Von J. Katzenstein. Deutsche mediz. Wochenschrift, 25. Jahrg., Nr. 48.

Katzenstein veröffentlicht das Ergebnis seiner seit fünf Jahren fortgesetzten experimentellen Untersuchungen an der Schilddrüse, die er auf eine ähnliche Art, wie es Fano und Zander thaten, vornahm, indem er die Schilddrüse einer Seite entfernte, die der andern aber an den unteren und seitlichen Teilen aus ihren Gefäß- und Bindegewebsverbindungen löste und in eine Umhüllung (aus Stanniol oder Fischblase, oder Stanniol und Leinwandstreifen) gesteckt, um Verwachsung mit der Umgebung zu verhüten, sei es zwischen Muskulatur und Haut, sei es unter der Muskulatur, belies und nach einiger Zeit auch selbe entfernte.

Auf Grund der auf diese Art an 18 Tieren (Hunden) vorgenommenen beiderseitigen Thyreoidektomie behauptet der Verf., dass 27,8 % von den Tieren den Eingriff überstanden, und wenn man aus der Zahl der einheitlich operierten Tiere Schlüsse ziehen möchte, sogar 57,13 %.

Verf. hält zwar selbst die Zahl der Versuche für zu klein, als dass er ganz bindende Schlüsse daraus ziehen könnte, und verspricht seine Versuche fortzusetzen, hält aber mit Hermann Munk, dem Hauptvertreter dieser Ansicht, die Schilddrüse für ein entbehrliches und nicht lebenswichtiges Organ.

Eine zweite Versuchsreihe unternahm Verf. an der Schilddrüse, indem er durch Abtrennung der zu ihr führenden Nervenzweige eine völlige Degeneration derselben erhielt. Er beobachtete zwei Stadien der Degeneration an der Schilddrüse, deren histologische Details er bereits in einer Publikation im V. Bande des „Archivs für Laryngologie“ ausführlich angab; jetzt gibt er die Erklärung für die Vorgänge bei der Degeneration der Schilddrüse, die er mit der Veränderung an der Speicheldrüse nach Durchschneidung des Speicheldrüsenerven vergleicht. — Die Tiere sind, ungeachtet dessen, dass die Schilddrüse degeneriert war, ungeschädigt geblieben.

Die Untersuchung der Hypophysis cerebri, die als Ersatzorgan für die Schilddrüse angesprochen wird, bestätigt die Hypothese nicht, da selbe bei der Sektion thyreoidektomierter Tiere sich unverändert fand.

Die Untersuchung der zuführenden Nerven der Schilddrüse zeigte, dass sowohl die sie versorgenden sekretorischen, vasomotorischen, wie auch sensiblen Nerven centripetal nach Ausschaltung der Schilddrüse degenerieren.

L. Friedmann (Krakau).

Étude sur la répartition du goût en France. Von L. Mayet. Arch. génér. de médéc. 1900. Aug.

Der Arbeit sind sieben Figuren, hauptsächlich Karten, beigegeben, um die Verteilung des Kropfes in Frankreich zu erläutern. Die am meisten be-

teiligten Departements liegen in den Gebirgen, (Alpen, Pyrenäen, Cevennen, Jura, Vogesen). Am häufigsten kommt der Kropf vor in folgenden Departements: la Haute-Savoie, la Savoie, les Hautes-Alpes, l'Ardèche, les Hautes-Pyrénées, les Baises-Alpes, la Corrèze und la Lozère. Die geographische Verteilung hat sich im letzten Jahrhundert nicht geändert, schon vor einem Jahrhundert standen dieselben Gegenden an der Spitze der Frequenz, die diesen Platz heute einnehmen. Die Häufigkeit im ganzen hat sich vermindert, allerdings nicht in allen Departements gleichmässig. In einigen Gegenden ist sogar eine Erhöhung der Häufigkeit eingetreten. Als geringste Zahl der jetzt in Frankreich vorhandenen, mit Kropf behafteten Menschen gibt Verf. 375 000—400 000 an.

E. Schwalbe (Heidelberg).

The treatment of simple goitre in young adults. Von G. R. Murray.
The Edinburgh medical Journal, 1900, August.

Murray tritt für die Behandlung der einfach hyperplastischen Struma im Pubertätsalter mit Thyroidin ein, wie sie bei uns in Deutschland jetzt wohl schon allgemein üblich ist. Zur Illustration der Wirkung dieser Therapie bringt er drei Krankengeschichten und die Photographien eines so behandelten Mädchens vor und nach der Behandlung.

R. v. Hippel (Dresden).

G. Lymphdrüsen.

Die Supraclaviculardrüsen in der Diagnose der abdominellen Carcinome.

Von C. Tarchetti. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1900, Bd. LXVII, H. 5 u. 6.

Im Anschluss an einen Fall von Pankreas und Lebercarcinom, in dem die Diagnose auf Grund des histologischen Befundes einer frühzeitig aufgetretenen und extirpierten Supraclaviculardrüse gestellt worden war, geht Tarchetti näher auf die Frage über den diagnostischen Wert der Supraclaviculardrüsen bei abdominellem Carcinom ein. Aus einer Statistik von 38 Fällen von Carcinomen des Magens, Duodenums, der Leber und des Pankreas aus der Maragliano'schen Klinik geht hervor, dass in 42,1 Proz. der periphere Drüsenapparat, in 18,4 Proz. die Supraclaviculardrüsen affiziert waren. Auf Grund seiner eigenen und der in der Literatur niedergelegten Erfahrungen kommt Tarchetti zu dem Schlusse, dass das Vorhandensein von Schwellungen der linksseitigen Supraclaviculardrüsen bei abdominellem Carcinom nicht häufig ist, dass es weniger für Magencarcinom als überhaupt für abdominelle Carcinome spricht und häufig in eine Zeit fällt, in der ihr Nachweis einen wertvollen diagnostischen Behelf darstellt. Die histologische Untersuchung ist nicht notwendig, da die Drüsen im Krebsfalle insofern ein charakteristisches Bild bieten, als sie voluminös, manchmal sichtbar, leicht zu betasten, dabei fast ausschliesslich einseitig sind. Geringgradige Schwellung und Konsistenzzunahme der Cervical- und Leistendrüsen sind bei Carcinom ein ziemlich häufiger Befund, der jedoch gewöhnlich nicht auf Metastasen zu beziehen ist.

Hugo Starck (Heidelberg).

De l'envahissement du système lymphatique dans le cancer d'estomac et de ses conséquences chirurgicales. Von Bernard Cuneo. Thèse p. l. doctorat. Paris 1900, G. Steinheil.

Als Grundlage der fleissigen und gewissenhaften Untersuchungen dienten dem Verf. 13 Fälle von Gastrektomie (5 †) und ein Fall von Gastroenterostomie wegen Pyloruscarcinom. Ausser der genauen makro- und mikroskopischen Untersuchung der dabei gewonnenen Präparate hat Verf. an einer (nicht genau angegebenen) Anzahl

von normalen Magenpräparaten vermittelt der Gerota'schen und Renaut'schen Methode Nachforschungen über die Magenlymphgefäße und ihre Beziehungen zu den benachbarten Lymphdrüsengruppen angestellt. Die Endresultate der Arbeit werden in folgenden Sätzen zusammengefasst: 1. Die Lymphgefäße des Magens bilden zwei Netze (Schleimhautnetz und musculo-subseröses Netz), welche beide durch mehrere, an Zahl variable Sammelstämme mit den parastomachalen Lymphdrüsengruppen in Verbindung stehen. Die Sammelstämme bilden drei voneinander relativ unabhängige Gruppen, nämlich eine obere, welche in Beziehung zu der teilweise im Bereiche des Ligamentum gastro-pancreaticum, teilweise längs der kleinen Curvatur situirten Coronarkette der Lymphdrüsen steht; eine untere, welche nach den unterhalb und hinter dem Pfortner liegenden, insgesamt als rechte gastroepiploische Drüsengruppe vom Verf. benannten Drüsen zieht; endlich eine linke Lymphgefäßgruppe, welche nach den in der Gegend des Milzhilus liegenden Drüsen sich begibt. Als die wichtigste muss die obere Gruppe der Sammelstämme aufgefasst werden aus dem Grunde, weil ihr Territorium dasjenige der beiden anderen weit an Grösse übertrifft, indem es die oberen zwei Drittel des Magens und die obere Hälfte des Pfortners umfasst. — Subseröse Lymphgefässnetze des Magens sind von den subserösen Duodenumnetzen unabhängig; dagegen stehen die submucösen Magennetze mit analogen Netzen des Zwölffingerdarms in Verbindung. — 2. Die Inanspruchnahme des Lymphgefässsystems spielt in der lokalen Verbreitung der Magenkrebsse eine hervorragende Rolle; in Erwägung der anatomischen Verhältnisse wird dadurch verständlich, warum die Pyloruskrebsse starke Tendenz, nach der kleinen Curvatur hin zu wachsen, zeigen. — Der Umstand, dass der Zwölffingerdarm bei den Pyloruskrebsen meistens verschont bleibt, findet darin seine Erklärung, dass die Magensubmucosa in die Duodenumsubmucosa nicht kontinuierlich übergeht. In den Fällen der Krebsinfiltration des Zwölffingerdarms kommt dieselbe vermittelt der Lymphwege zustande. 3. Zwischen den unmittelbaren Krebsmetastasen in den dem Magen benachbarten und den Metastasen in den entfernteren Lymphdrüsen (*Adénopathies à distance*) ist ein Unterschied zu machen. Die ersteren (*Adénopathies immédiates*) werden direkt durch Eindringen der Geschwulstzellen in die Magenlymphgefäße verursacht, halten die Dissemination des Krebses in entferntere Lymphbezirke einige Zeit auf und bilden einen konstanten Sektionsbefund. Verf. begegnete ihnen in 84% seiner (13) Gastrektomiepräparate, glaubt aber, dass sie wohl noch häufiger vorkommen dürften und dass es unzulässig sei, die dem Magen benachbarten Lymphdrüsen vor einer peinlichen Untersuchung der sämtlichen Drüsen der grossen und der kleinen Magen-curvatur als intakt zu betrachten, weil häufig bei vollkommener Intaktheit der ersteren die letzteren bereits schon erkrankt sind. Die zwischen dem Magen und den Lymphdrüsen eingeschalteten grösseren Lymphgefässstämme enthalten häufig Krebszellen, bevor in den Lymphdrüsen noch so unbedeutende Metastasen zustande kommen. 4. Die entfernteren Metastasen (*Adénopathies à distance*) treten erst später zu Tage und besitzen im Falle der Inanspruchnahme der leicht zugänglichen Lymphdrüsen (inguinalen, supraclaviculären etc.) eine gewisse diagnostische Bedeutung, welche jedoch nicht allzu hoch angeschlagen werden darf. (Dieser Satz, welcher allgemeineres Interesse beanspruchen dürfte, möchte nachdrücklich hervorgehoben werden, weil der Verfasser mit gewissem Rechte bemerkt, dass nicht jede Vergrösserung der peripheren Lymphdrüsen eine Krebsmetastase bedeutet. Sollte sich aber eine eventuelle Vergrösserung der peripheren Lymphdrüsen als eine sichere Metastase entpuppen, dann spielt sie in der Prognose und in der Indikationsstellung insofern eine wichtige Rolle, als sodann jeder radikale chirurgische Eingriff als aussichtslos zu verwerfen wäre und lediglich die Gastroenteroanastomose berechtigt zu sein scheint.) 5. Die Resultate der anatomopathologischen Untersuchungen des Verf.'s dürften ein grosses, rein chirurgisches Interesse beanspruchen, indem die Häufigkeit der Metastasen in den der kleinen Curvatur benachbarten Lymphdrüsengruppen eine möglichst ausgedehnte Resektion des Magens unabwendbar notwendig macht. Die fast konstante Inanspruchnahme der Lymphdrüsen macht ihre genaue Exstirpation zu einem absoluten Postulat einer radikalen Operation, wobei die Exstirpation der genannten Lymphdrüsengruppen (Coronargruppe) die grösste Bedeutung besitzt und der Magen mit den benachbarten Drüsen womöglich in einem Stück zu entfernen wäre, um die häufig erkrankten Lymphstämme im Organismus nicht zu belassen. Zahlreiche Drüsenmetastasen bilden eine Kontraindikation einer radikalen Operation und machen einen lediglich palliativen Eingriff (Gastroenterostomie) zulässig. Eine Gastrektomie dürfte nur ausnahmsweise die Rolle einer palliativen Operation spielen.

Die sehr instruktiven Abbildungen und sorgfältige Berücksichtigung der fremden (besonders deutschen) Literatur wären mit Anerkennung hervorzuheben.

Ciechanowski (Krakau).

Lymphadénie typique généralisée, à début ganglionnaire. Von Marcel Labbé. Bull. de la Soc. anatom., 74. année, p. 626.

Bei der 60jährigen Patientin hatten sich im Laufe der letzten zwei Jahre an allen Gegenden des Körpers, wo Lymphdrüsen vorkommen, multiple schmerzlose Schwellungen derselben entwickelt. Die Drüsen waren von verschiedener Grösse, bis nussgross, von elastischer Konsistenz und verschieblich und zu stellenweise kindskopfgrossen Massen vereinigt. Die Respiration etwas behindert, in der Gegend des Lungenhilus Dämpfung. Ein polymorphes Ekzem über den ganzen Körper zerstreut, mit häufigen frischen Nachschüben. Keine Milzvergrösserung. Temp. zwischen 37 und 38°. Tod an Erysipel des linken Vorderarmes und des Gesichtes. Blutbefund: $3\frac{1}{2}$ Mill. rote, 125—130 000 weisse Blutkörperchen, unter den letzteren 91—92% Lymphocyten, 6—20% mono-, 3—6% polynucleäre Leukocyten, keine eosinophilen. Bei der Autopsie fand man auch die bronchialen und mesenterialen Lymphdrüsen geschwellt. Histologisch war der normale Bau der Lymphdrüsen vollkommen verwischt. Das Knochenmark von Lymphocyten durchsetzt. In Leber und Niere Ablagerungen lymphoiden Gewebes. Die Drüsen der Achselhöhle und des Halses enthielten das Bacterium coli und einen virulenten Streptococcus.

J. Sörgo (Wien).

Adénite tuberculeuse du sillon pectoro-deltoidien. Von H. Morestin. Bull. de la Soc. anatom. 1900, p. 31.

In dem Sulcus, welcher den Pectoralis major von dem Deltoideus trennt, kommen bei manchen Individuen eine bis zwei Lymphdrüsen vor, worauf Verf. schon in früheren Mitteilungen aufmerksam gemacht hat. Die Drüsen können erkranken und bei Unkenntnis der erwähnten anatomischen Tatsache zu Irrtümern Anlass geben. In einem Falle, den Verf. mitteilt, erkrankten sie tuberkulös und wurden entfernt.

J. Sörgo (Wien).

H. Magen.

Gastrodiaphany in the infant. Von H. Koplik. The New York med. Journ., Bd. LXIX, p. 18.

Das Instrumentarium weicht von dem bisher üblichen Gastroskop dadurch ab, dass keine Linsen zur Verwendung kommen. Die Durchleuchtung wird unter einem dunklen Tuch vorgenommen, die Lampe zuerst an der grossen Curvatur entlang geführt und ihr jeweiliger Platz mit einem Anilinstift auf der Haut markiert. Ob sich die kleine Curvatur mit derselben Sicherheit abtasten lässt, ist nirgends gesagt.

Heute dürfte die Queirolo'sche Methode zur Bestimmung der Magengrenzen der Gastrodiaphanie das Terrain etwas streitig machen.

W. Sachs (Mülhausen i. E.).

Ein Fall von extremer Kontraktion des Magens nebst Bemerkungen über die Pathologie dieser Erkrankung. Von B. Hunt. Transact. of the Patholog. Soc., 1898, p. 95.

Das vom Verf. beschriebene Präparat stammt von einem 57jährigen Manne, der unter den Erscheinungen einer Oesophagusstenose in das Krankenhaus aufgenommen worden war. Der Patient konnte Flüssigkeit langsam und mit Mühe schlucken, festere Speisen regurgitierten sofort. Eigentliches Erbrechen von Speiseresten bestand selten, häufig brachte er eine klare, säuerlich riechende Flüssigkeit von alkalischer Reaktion auf. Eine Oesophagusstenose konnte ausgeschlossen werden, da ein dickes Bougie leicht durchging, dagegen wurde Magencarcinom diagnostiziert. Der Kranke starb unter den Zeichen zunehmender Kachexie. Bei der Autopsie fand man den Magen unter dem linken Leberlappen liegend; er war in ein einfaches Rohr umgewandelt, das $5\frac{1}{2}$ Zoll lang war, der Fundus war völlig verschwunden. Am meisten ähnelte der Magen einem dickwandigen Drainrohr, dessen Durchmesser kleiner war als der des Dünndarms. Die stärkste Verengerung fand sich in der Mitte dieses

Rohres, die ein Katheter 11 Englisch nur mit Mühe passieren konnte. Die ganze „Magenhöhle“ fasste nur noch 25 g Flüssigkeit. Auch der Pylorus war stark kontrahiert, die Wände waren hart und unnachgiebig und sehr verdickt, namentlich durch Zunahme der muskulären und submucösen Schichten. Die Schleimhaut zeigte in der Mitte des Organes zwei Geschwüre. Der ganze Magen glich am meisten einer strikturierten Urethra, der untere Oesophagusteil war erweitert, der sonstige Verdauungstract normal; es bestanden keine Drüsenschwellungen. Die makroskopische Untersuchung liess es unsicher, ob es sich um ein diffuses infiltrierendes Carcinom oder um eine einfache Fibrose handelte. Die mikroskopische Untersuchung jedoch stellte ein Drüsencarcinom fest, welches das Stratum submucosum und musculosum infiltriert hatte. Die ganze Verdauung muss in diesem Falle im Darm stattgefunden haben.

Es scheint sich in diesen Fällen von hochgradiger Schrumpfung des Magens stets um maligne Erkrankung zu handeln und nicht, wie von manchen Autoren angenommen wird, um einfache Fibrosis. Es ist allerdings oft schwer, das Carcinom nachzuweisen, da man viele Schnitte untersuchen muss, um es zu finden, häufig aber finden sich Metastasen in anderen Organen.

J. P. zum Busch (London).

Ueber spastische Kontraktion der Cardia und ihre Folgezustände. Von Dauber (New York). Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, Bd. VII, H. 1.

Dauber hat acht Fälle von Spasmus der Cardia beobachten können. Die Symptome unterscheidet er, je nachdem sie durch den Krampf ausgelöst sind oder durch die sekundäre Erweiterung des Oesophagus bedingt werden. Die ersteren bestehen in starkem Druckgefühl unter dem Sternum beim Essen, das sich zu krampfhaftem Schmerz steigern und mit Angst, Atemnot, selbst profusem Schweissausbruch einhergehen kann. Dasselbe hört mit Nachlassen des Krampfes auf. Ferner fehlt das zweite Schluckgeräusch (Durchpressgeräusch Meltzer's) oder tritt doch verspätet ein. Ist Erweiterung des Oesophagus ausgebildet, so schliesst sich an das erste Schluckgeräusch ein anderes an, und dieses klingt, wie wenn Flüssigkeit in eine andere Flüssigkeit herabfiele. Die ferneren Dilatationserscheinungen sind folgende: die Patienten stossen nicht auf; auch erbrechen sie nicht, sondern regurgitieren, einzelne mit Behagen. Bei Einführung der Sonde entleeren sich schon aus dem Oesophagus Speiseteile durch sie und neben ihr unter pressenden Bewegungen. Nach dem Essen entsteht ein schmerzhafter Druck hinter dem Brustbein und nach dem Rücken zu; seine Intensität wechselt je nach der Toleranz des Patienten und dem Rauminhalt der Erweiterung. In horizontaler Lage überfließt die gefüllte Speiseröhre, besonders wenn die Patienten schlafen.

Als charakteristisch für die spastische Natur des Hindernisses wird folgendes angeführt:

Meist handelt es sich um nervöse Patienten. Die Intensität der Striktur beim Schlucken und Sondieren ist wechselnd (auch ihr Abstand wechselt manchmal in leichten Fällen), so dass jahrelange beschwerdefreie Intervalle eintreten können. Auch momentane Veränderungen der Schlingbeschwerden sind beobachtet worden und mitunter werden sie von äusseren Einwirkungen (psychische Erregung, Witterung) beeinflusst. Die Patienten bemühen sich oft erfolgreich, durch Schluck- und Pressbewegungen oder andere mehr oder weniger komplizierte Manöver, das Schluckhindernis zu überwinden (Nachtrinken von Wasser, Nachschlucken von Luft etc.). In der Aetiologie des Cardiaspasmus nimmt die Hysterie die erste Stelle ein. Meist entwickelt sich das Krankheitsbild im Anschluss an ein psychisches Trauma. Die an sich schon ungünstige Prognose wird durch die sekundären Alterationen der

Speiseröhrenschleimhaut (Katarrh, Hypertrophie, Ulceration, selbst Carcinom) noch mehr getrübt.

Die Therapie besteht bei einfachem Spasmus in der Anwendung von Sedativis (Brompräparate, Belladonna) und allgemeinen tonisierenden Massregeln (Kaltwasserbehandlung, Erholungskur etc.).

Die Cardia behandelt man lokal durch Einlegung dicker Sonden, eventuell Dauersonden. Zur Schonung der Schleimhaut sind häufige Auswaschungen mit warmem Wasser sehr wichtig, denen man zur „Tonisierung der Oesophaguswand“ kalte Spülungen nachschicken kann. Eventuell muss man zur Rectalernährung oder zu subcutanen Oelinfusionen seine Zuflucht nehmen. Die Gastrostomie hat bis jetzt nach Dauber keine Erfolge zu verzeichnen. Der Autor setzt seine Hoffnungen auf operative Radikalheilung durch Resektion der Cardia, Hoffnungen, die, wie wir fürchten, wohl keine allzunabe Aussicht auf Erfüllung besitzen dürften.

In einer Fussnote zu der Arbeit erinnert v. Mikulicz daran, dass er zuerst das Krankheitsbild auf Grund oesophagoskopischer Untersuchungen im Jahre 1882 als Cardiospasmus bezeichnet und als Ursache der spindelförmigen Oesophagusdilatation beschrieben habe. Seine Mitteilung blieb unbeachtet, da sie nur in den Verhandlungen des Chirurgenkongresses (XI, Bd. I) veröffentlicht wurde.

F. Honigmann (Breslau).

Erster Fall von erfolgreicher Gastroenterostomie wegen angeborener stenosierender Pylorushypertrophie bei einem achtwöchigen Säuglinge. Von W. Abel. Münch. med. Wochenschr., 46. Jahrg., Nr. 48.

Abel berichtet aus der chirurgischen Privatklinik des Prof. Kehr zu Halberstadt über einen Fall von stenosierender Pylorushypertrophie bei einem achtwöchigen Säugling, der durch Gastroenterostomie erfolgreich behandelt wurde.

Der Knabe wog bei der Geburt 4500 g und entwickelte sich in den ersten drei Wochen normal. Ende der vierten Woche trat Erbrechen auf, jedesmal nach der Mahlzeit; das Erbrochene war stets frei von Gallenfarbstoff; das Kind magerte stark ab. Der Stuhlgang äusserst spärlich, Blähungen gingen gar keine ab. An der Klinik wurden dieselben Symptome nachgewiesen. Zuweilen trat in der oberen Bauchhälfte ein wurstförmiger quergestellter Tumor auf, die untere Grenze überschritt die Nabelquerlinie um 1—2 cm; an demselben träge peristaltische Bewegungen, von rechts nach links gehend, wahrnehmbar. An der rechten Tumorgrenze eine harte, rundliche, nicht deutlich abgrenzbare Resistenz. Die Sondenuntersuchung und Luftaufblähung des Magens zeigten, dass der betreffende Tumor nichts anderes als der Magen sein konnte. Aus dem Magen liessen sich noch 3 $\frac{1}{2}$ Stunden nach der letzten Nahrungsaufnahme Speisereste ausspülen. Im Mageninhalte fand sich nie freie Salzsäure, dagegen jedesmal Milchsäure.

Operation in Aethernarkose. Der Magen reicht auffallend weit nach rechts infolge Aussackung des Pylorusteiles des Magenkörpers. Der Pylorus stellt einen rundlichen, sehr harten Tumor von 3,5 cm Länge und Dicke dar. Weder die Kuppe eines kleinen Fingers, noch eine gewöhnliche Kornzange lassen sich mit eingestülpter Magenwand durch den Pylorus hindurchschieben.

Gastroenterostomie nach Wölfler; die Muscularis stark verdickt, die Schleimhaut mässig geschwollen; der Pylorus ist für eine 3 mm dicke Sonde nicht durchgängig.

Der Verlauf, bis auf eine einmalige Temperatursteigerung auf 39,0, ungestört. Das Kind trinkt mit grösster Gier, hat zwei- bis dreimal spontan Stuhlgang, nie Erbrechen. Gewichtszunahme nach der ersten Woche 450 g, nach der zweiten Woche 200 gr.

Abel weist in den Schlusserörterungen darauf hin, dass neue bemerkenswerte Gesichtspunkte für die Aetiologie und Pathogenese der angeborenen Pylorusstenose dieser Fall zwar nicht bringe, jedoch sei die Ausdehnung des Magens nach rechts auffallend gewesen. Wenn auch von Pfaundler in Bezug auf das häufige Vorkommen der angeborenen Pylorusstenose Zweifel

erhoben werden, so war es doch in diesem Falle sicher, dass keine Stenose schwersten Grades bestand, und es wurde mit Rücksicht auf den Misserfolg diätetischer Massnahmen noch vor einer ad minimum gesunkenen Widerstandsfähigkeit des Säuglings die Operation vorgenommen.

Die Pylorusresektion wurde bei dem Mangel des Verdachtes auf malignen Tumor gar nicht in Erwägung gezogen, ebenso Pyloroplastik mit Rücksicht auf das unvollkommene Resultat im Rosenheim'schen Falle, wo schliesslich die Gastroenterostomie vorgenommen werden musste, und da der Pylorus sehr starr und fest war, so dass in seine Nachgiebigkeit und die Zuverlässigkeit der Naht Zweifel gesetzt werden mussten.

Nachdem Abel auch von der Loreta'schen Divulsion mit Rücksicht auf die Starrheit und Unnachgiebigkeit des Pylorus kein dauernd günstiges Resultat erhoffte, blieb nur die Gastroenterostomie übrig, die in diesem Falle nach Wölfler ausgeführt wurde, und nur wegen der Kleinheit der Verhältnisse erschwert, sonst aber ebenso gut wie beim Erwachsenen durchführbar war.

Kundrat (Wien).

Gastrite ulcéreuse pneumococcique. Von Dieulafoy. *La Presse médicale*, 7. année, Nr. 90.

Dieulafoy macht darauf aufmerksam, dass es im Verlaufe einer Pneumonie resp. einer generellen Pneumococcie zu ganz charakteristischen Magenläsionen kommen kann, für die er den Namen „Gastrite ulcéreuse hémorrhagique pneumococcique“ vorschlägt. In solchen Fällen ist die Magenschleimhaut der Sitz von multiplen hämorrhagischen Erosionen, in welchen Pneumococcen gefunden werden, und zwar sitzen die Mikroben nicht bloss am Rande der Erosionen, sondern sie dringen auch in Menge in das intraglanduläre Gewebe ein. Das klinische Correlat der anatomischen Magenalterationen bilden Schmerzen, Nausea, Erbrechen und Magenblutungen. Die Hämatemesis kann gelegentlich sehr bedeutend werden und durch Wiederholung direkt das Leben bedrohen. Im allgemeinen zeigen die pneumonischen Magenläsionen grosse Tendenz zur Heilung; indessen kann unter gewissen Bedingungen der ulceröse Prozess stationär werden und zur Ausbildung eines typischen Magengeschwürs Anlass geben.

Freyhan (Berlin).

A clinical lecture on some cases illustrating the surgery of the stomach. Von A. E. Barker. *British med. Journ.* 1899, p. 1265.

Verfasser bespricht insgesamt sieben Fälle von Gastroenterostomia retrocolica, Pylorektomie und Gastrotomie und Naht wegen Carcinom bzw. Magengeschwür mit einem Todesfall. Er plaidiert wegen der Schwierigkeit der Frühdiagnose der Magenneubildungen für die weitgehendste Anwendung der Explorativincision. Er betont die Notwendigkeit, den Patienten sorgfältig vorzubereiten durch Auswaschung des Magens — ausgenommen bei perforiertem Geschwür, ferner rasch zu operieren wegen der Gefahr des Shok, die exakte Naht und schliesslich die Nachbehandlung mit Rectalernährung.

Siegfried Weiss (Wien).

Some practical observations on the early diagnosis of cancer of the stomach. Von C. Douglas. *The Edinburgh medical Journal*, 1900.

Die im wesentlichen für den praktischen Arzt bestimmte Arbeit bespricht eingehend und übersichtlich die Diagnostik des Magenkrebses, ohne dabei etwas Neues zu bringen. Für diagnostisch zweifelhafte Fälle wird die frühzeitige Probelaparotomie empfohlen.

R. v. Hippel (Dresden).

III. Berichte aus wissenschaftl. Versammlungen.

Glasgow medico-chirurgical society.

The Glasgow medical Journal 1900, Oktober und November.

Referent: R. v. Hippel (Dresden).

Sitzung vom 6. April 1900.

R. KENNEDY stellt folgende Fälle vor:

1. 47-jähriger Mann, der in der Trunkenheit durch Fall eine Luxation der linken Schulter mit Fraktur des Collum chirurgicum humeri erlitten hatte. Nach Reposition der Luxation und Einrichtung der Fraktur wurde der Arm für sechs Wochen (! Ref.) fixiert. Am Ende dieser Zeit bemerkte man eine **totale atrophische Lähmung im ganzen Gebiet des Plexus brachialis** mit Verlust der faradischen Erregbarkeit, Entartungsreaktion in den betreffenden Muskeln, vollkommener Aufhebung der Tast-, Schmerz- und Temperaturempfindung bis gegen den Ellenbogen hin und Herabsetzung derselben weiter aufwärts. In der Brachialis und Radialis kein Puls zu fühlen. An der Frakturstelle kolossaler Callus. -- Operative Freilegung und systematische Ausgrabung sämtlicher Nerven des Plexus, der Arteria axillaris und zahlreicher grösserer Venen aus Narbenmassen, die mit dem Callus zusammenhängen. Heilung der Wunde p. pr. — Sensibilität in Hand und Vorderarm fängt bereits am Tage post op. an wiederzukehren; erste Willkürbewegung 13 Wochen post op. 14 Monate post op. ist die Sensibilität für alle Qualitäten normal, die Atrophie ist mit Ausnahme der Hand verschwunden, aktive Bewegungen nur in den kleinen Handmuskeln noch mangelhaft, doch fängt auch hier bereits die faradische Erregbarkeit an wiederzukehren. Schultergelenk vollkommen frei, Pat. kann einen Stuhl bis auf Armlänge über den Kopf heben.

2. 14-jähriger Knabe, der sechs Wochen zuvor mit über die Stuhllehne herabhängendem Arm eingeschlafen war; danach schnell zunehmende **komplette Lähmung des Armes mit Atrophie** und nahezu vollständigem Verlust der Sensibilität, ähnlich wie im ersten Falle. Die Ursache war ein grosses **Aneurysma der A. axillaris**. Bei der nach Antyllus ausgeführten Operation fanden sich die Nerven des Plexus durch das Aneurysma auseinandergedrängt, über den Sack ausgespannt und abgeflacht. Heilung p. pr. Nach 11 Wochen Sensibilität vollkommen normal, die aktiven Bewegungen fingen an wiederzukehren, Deltoides, Biceps und Triceps hatten an Umfang zugenommen und kontrahierten sich gut. Die weitere Beobachtung wurde durch den drei Monate post op. an Phthisis florida erfolgenden Tod des Pat. verhindert.

3. 15-jähr. Knabe, der sich durch Fall auf einen Glasscherben die Beugesehnen und den N. ulnaris am rechten Handgelenk durchschnitten hatte. Ein Arzt hatte angeblich die Sehnen- und Nervennaht ausgeführt. Drei Monate später **komplette atrophische Lähmung des ganzen Ulnarisgebietes der Hand** mit Entartungsreaktion und Aufhebung der Sensibilität. Bei der Operation findet sich der centrale Nervenstumpf an den peripheren Stumpf einer Sehne des Flexor dig. comm. angenäht, das periphere Nervenende frei im Bindegewebe. Nervennaht. Bereits am nächsten Tage intensives Schmerzgefühl im Ulnarisgebiet, nach 10 $\frac{1}{2}$ Monaten vollständige Restitutio ad integrum.

4. Zwei Fälle von **Naht des N. medianus**, einen bzw. drei Monate nach der Verletzung bei einem Schiffbauer und einem Tischler, beide 37 Jahre alt. Im ersten Falle war der Nerv nur zu zwei Dritteln durchschnitten, aber in Narbengewebe eingebettet, ausserdem der Flexor carpi radialis und Palmaris longus durchschnitten. In beiden Fällen wurde die Funktion vollständig wieder hergestellt.

MONRO und WORKMAN berichten über einen Fall von **Thrombose der Mesenterialvenen bei Typhus**. Der 18-jährige Arbeiter erkrankte mit unbestimmten Symptomen: Fieber, Kopfweh, Nachtschweiss, Anorexie, Verstopfung, Husten und heftigem Stechen in der linken Seite. Ueber den Lungen vereinzelte trockene Rasselgeräusche, ganz leichtes Reiben über dem linken Unterlappen. Acht Tage später einige Roseolflecken am Rücken, geringe Empfindlichkeit des Leibes; im Sputum Pneumococci. Widal negativ. Eine Woche später erbsenfarbiger Stuhl, keine deutliche Milzschwellung. Vier Tage darauf dunkles Blut im Stuhl, gelegentlich Nasenbluten. Dann Delirien, Stuhl und Urin gehen ins Bett. Acht Tage später wieder reichlicher Blutabgang im Stuhl, am nächsten Tage wenig blutiger Stuhlgang, der aber ein Stück nekrotische Darmschleimhaut enthält. Eine halbe Stunde später heftige, krampfartige Schmerzen im Leib, Abfall von Temperatur, Puls und Respiration. Nächste Tage etwas besseres Befinden, jetzt deutlicher Milztumor. Zwei Tage nach dem ersten ein weiterer sehr heftiger Anfall von Leibschmerzen mit Uebelkeit, in der

Nacht drei Entleerungen, wovon eine blutig, am nächsten Tag Exitus, 6 $\frac{1}{2}$ Wochen nach Beginn der Erkrankung.

Obduktion: Coecum und die unteren 20 Zoll des Ileum turgescent, venös hyperämisch, fast gangränös, letzteres aber nur von Ansehen, während die Konsistenz des enorm gedehnten Darmes fest und nicht nekrotisch ist. Die Arterien sämtlich frei, die Venen dagegen grossenteils thrombosiert. Peyer'sche Plaques ulceriert, ebenso im Coecum und Appendix bis auf die Serosa reichende Geschwüre, keine Perforation, keine Peritonitis.

IV. Bücherbesprechungen.

Das Experiment als zeitgemässe und einheitliche Methode medizinischer Forschung. Dargestellt am Beispiel der Verdauungslehre. Ein Vortrag von Professor J. P. Pawlow in St. Petersburg. Wiesbaden 1900, J. F. Bergmann.

Der Vortrag wurde in einer Sitzung zu Ehren des verstorbenen Klinikers Botkin gehalten und befasst sich mit einer Zusammenstellung der experimentellen Arbeiten, welche in den letzten fünf Jahren aus Pawlow's Laboratorium hervorgegangen sind und alle schon früher durch Pawlow und 17 seiner Mitarbeiter einzeln veröffentlicht wurden. Diese vom Redner in gedrängter Form geschilderten Forschungen lieferten wertvolle Aufschlüsse über die physiologische Bedeutung des Speichels, der Galle sowie des Darmsaftes, über die Fortbewegung der Speise längs des Verdauungskanals und ferner über die Anpassungsfähigkeit der Sekrete der Magendrüsen und des Pankreas an die jeweilige Nahrung. Durch die zusammenfassende Besprechung der im genannten Zeitabschnitt gewonnenen Resultate, deren einzelne Aufzählung im Rahmen des Referates nicht möglich ist, bezweckt Pawlow, darauf hinzuweisen, welchen reichen Gewinn unsere Kenntnis der Organphysiologie aus dem Experiment schon gezogen hat und fortgesetzt weiter zieht. Redner fordert aber eine weit grössere Ausdehnung der Laboratoriumsarbeiten, und zwar nicht nur am gesunden Organismus, sondern auch durch Erforschung der zufällig eingetretenen oder künstlich erzeugten Erkrankungen einzelner Organe des Versuchstieres; mit solchen Arbeiten ist an Pawlow's Laboratorium schon mit Erfolg der Anfang gemacht worden. Es reiht sich auf diese Weise an die experimentelle Physiologie die experimentelle Pathologie, an welche sich dann naturgemäss die experimentelle Therapie anschliessen hat. Die heutige Pharmakologie scheint dem Verfasser die an sie gestellten Forderungen nicht ganz zu erfüllen, indem sie zwar die Wirkung, nicht aber die Heilwirkung der Medikamente, auch nicht genaue Indikationen und Contraindikationen zur Anwendung der verschiedenen Mittel geben könne, alles die Folge der Thatsache, dass sie nicht am kranken, sondern am gesunden Organismus forsche. Pawlow kommt somit zu der Forderung: „In dem Kursus der medizinischen Wissenschaften sollte es überall drei Katheder der experimentellen Physiologie geben: der normalen, pathologischen und therapeutischen Physiologie“.

Der Redner erwähnt dann die Unzulänglichkeit der für physiologische Laboratorien von Seiten des russischen Staates zur Verfügung gestellten Summen und vergleicht sie mit den in Deutschland und England weit freigebiger für solche Institute gewährten Mitteln.

Schliesslich beklagt Pawlow aufs bitterste die oft zu Tage tretende, gehässige Feindseligkeit gegen die Vivisektion und beruft vor allem die Aerzte der Praxis, derartigen Angriffen unter dem Hinweis, dass das Tierexperiment nur dem kranken Menschen zu gute komme, energisch entgegenzutreten.

W. Denison (Stuttgart).

Ureterfisteln und Ureterverletzungen. Von Stöckel. Leipzig 1900, Breitkopf & Härtel, 150 pag.

Die Pathologie und Therapie der Ureterfisteln und -Verletzungen liegt zumeist in den Händen der Gynäkologen, die das Krankheitsbild als unangenehme Beigabe mancher Operationsresultate erhalten. Auch obengenannte Arbeit stammt aus einer Frauenklinik (Bonn) und zwar einer Klinik, in der die Operationstechnik auf sehr hoher Stufe steht.

Als ätiologisches Moment für die Entstehung der Ureterfistel führt Stöckel einige geburtshilfliche und gynäkologische Operationen an, als da sind Zangenanlegung, Totalexstirpation wegen Uterus- und Adnexerkrankungen, Scheiden- und Blasenoperationen wegen Carcinomen etc. etc.

Hieran schliesst er die Kapitel über Symptome und Diagnose der Ureterfisteln und tritt besonders warm für das Cystoskop als diagnostisches Hilfsmittel ein.

Als drittes und viertes Kapitel gibt er dann den Verlauf, Prognose und Prophylaxe der Verletzungen und wendet sich dann zu dem Hauptkapitel der ganzen Arbeit, der Therapie der Ureterfisteln zu, die naturgemäss eine rein operative ist. Von den verschiedenen Operationsverfahren bespricht er: A. die vaginale Plastik und Kolpokleisis, B. die Nephrektomie, C. die Ureterimplantation in die Blase a) abdominale, b) vaginale, c) sacrale Methoden), D. Ureternaht, E. andere Implantationsmethoden (in den Darm, in den anderen Ureter) und Ureterabbindung.

Es tritt leider aus dem Rahmen des Referates heraus, näher auf dieses interessante Kapitel einzugehen, sein Studium dürfte sich aber gar sehr empfehlen, besonders für die, welche in die Lage kommen, Ureterfisteln zu operieren; die Wahl der Operationsmethode dürfte ihnen entschieden erleichtert werden. Zu bedauern ist, dass diesem Abschnitt keine Abbildungen beigegeben sind, die verschiedenen Operationsverfahren wären für den Verf. leichter zu schildern und für den Leser leichter verständlich. Vielleicht ist darin bei der nächsten Auflage eine Aenderung möglich.

Gewissermassen als Anhang hierzu gibt Stöckel als VI., VII. u. VIII. Kap. die Resultate der operativen Therapie der Bonner Frauenklinik und die Fritsch'sche Indikationsstellung für Nephrektomie bei Ureterfisteln. H. Wagner (Breslau).

Entstehung und Verhütung der Ohreiterungen. Von P. H. Gerber. Berlin 1900, Verlag von S. Karger.

Ausgehend von dem richtigen Grundsatz, dass der weitaus grösste Teil der Ohreiterungen, abgesehen von den traumatischen, durch Infektion von Seiten der Nase resp. der Rachenteile auf dem Wege der Tuba Eustachii zustande kommt, gibt Gerber, in der Absicht, die Zahl der Otitiden durch Präservative möglichst herabzudrücken, genaue Vorschriften über die Hygiene der Nase (Herstellung und Erhaltung einer freien Nasenatmung, „rationelles Schnäutzen“, Desinfektion der Nasenhöhle) ferner der Zähne, des Mundes und des Rachens durch desinfizierende Mund- und Gurgelwässer an.

Wir können den ersten Punkt, nämlich Freihaltung der Nasenpassage für die Atmung, als ein wirklich wirksames Prophylacticum gegen die verschiedenen Ohr-affektionen rückhaltlos unterschreiben.

Es dürfte jedoch zu bedenken sein, dass gerade der Nasenrachenraum mit den Tubenmündungsgegenden und den verschiedenen Recessus, Punkte, welche mit den angegebenen prophylaktischen Mitteln weder erreicht noch desinfiziert werden können, die Infektion des Ohres vermitteln, so dass also selbst nach gewissenhaftester Ausführung des obigen hygienischen Rezeptes die Zahl der Ohreiterungen noch eine ziemlich beträchtliche sein dürfte.

Eine aktive Desinfektion der Nasenrachenraumteile würde ja eher die Entstehung von Ohreiterungen begünstigen, eine Erfahrungsthatsache, die bekanntlich dahin geführt hat, den Nasenrachenraum, wo es nur angeht, in Ruhe zu lassen. Das Buch ist so populär gehalten, dass es auch Laien sehr wohl zur Lektüre empfohlen werden kann.

M. Menzel (Wien).

Inhalt.

I. Sammel-Referate.

- Schulz, J., Ueber den Lungenabscess und seine chirurgische Behandlung, p. 1—10.
- Laspeyres, R., Das Carcinom der Gallenblase mit besonderer Berücksichtigung der Frühdiagnose, p. 10—21.
- Wolf, Heinrich, Diabetische Gangrän und ihre Behandlung, p. 21—32.
- Teleky, Ludwig, Die narbenerweichende Wirkung des Thiosinamins, p. 32—38.

II. Referate.

A. Physiologie, Pathologie, Pathologische Anatomie.

- Duplay, S. u. Hallion, L., Recherches sur la pression artérielle dans l'anesthésie par le chloroforme et par l'éther, p. 38.

- Papasotiriu, J., Notiz über den Einfluss des Petroleums auf den Diphtheriebacillus, p. 29.
- Derjushinski, S. F., Ein Fall von Heilung der sogen. spontanen Gangrän durch konstanten Strom, p. 39.
- Lieblein, Ueber die Jodkaliumbehandlung der menschlichen Aktinomykose, p. 39.
- Zachrisson, F., Experimentella studier öfver den intravenösa koksaltinfusionens verkan vid akut anemi, p. 40.

B. Serumtherapie und Serodiagnostik.

- Cabot, R. C., Studies in serum diagnosis, p. 40.
- Lereboullet, Sérothérapie reconstituante par le sérum du lait, p. 40.

Szontagh, F., Ein Fall von eigentümlicher Erkrankung nach Anwendung des Diphtherieheilserums, p. 40.

Converie, G. M., A case of tetanus treated with antitoxin, p. 41.

Dörner, A., Ein Fall von Tetanus, behandelt mit Behring'schem Antitoxin, p. 41.

Quénu, Tétanos guéri à la suite d'injections sous-cutanées de serum, p. 41.

Scharfe, Das Antistreptococcenserum, p. 42.

Harrison, A. W., Antistreptococcus-serum in erysipelas, p. 41.

C. Maligne Tumoren und ihre Therapie.

Smith, G. B. u. Washbourn, J. W., The infectivity of malignant growths, p. 43.

Reiche, F., Zur Verbreitung des Carcinoms, p. 43.

Eisen, G., Preliminary report on the presence and nature of parasitic amoebae (cancriamoeba macroglossa) in the epithelial carcinoma, p. 43.

Rossander, C. J., Ännu några orel om behandlingerna af kankroider utan blodig operation, p. 43.

Lapeyre, L. u. Labbé, M., Un cas de sarcomatose extraviscérale généralisée, p. 44.

Vervaeck, L., De la métastase cancéreuse, p. 45.

Coley, W. C., Ein inoperables Sarkom, das mit den gemischten Toxinen von Streptoc. erysipel. und Bacillus prodigiosus behandelt wurde, p. 45.

D. Gehirn, Meningen.

Comba, C., Untersuchungen über die Menge des Stickstoffgehaltes in der cerebrospinalen Flüssigkeit der Kinder bei einigen Erkrankungen, p. 45.

Riedinger, J., Ueber Contracontusion des Gehirns, p. 46.

Courtney, J. W., Traumatic cerebral oedema etc., p. 46.

Schär, O., Beiträge zur Hirnchirurgie etc., p. 47.

Brown, A. C., Jacksonian epilepsy due to cerebral abscess etc., p. 47.

Dieulafoy, Abscess du cervelet, p. 48.

Müller, R., Operative Behandlung der otischen Hirnhautentzündungen, p. 48.

E. Knochen, Gelenke.

Borszéký, An Basisfraktur und Commotion sich anschliessender Diabetes insipidus, p. 49.

Oberst, M., Ein Beitrag zu der Frage von den traumatischen Wirbelerkrankungen, p. 51.

Abbe, R., Spinal fracture. Paraplegia, p. 51.

Hannecart, Excision d'un spina bifida sacroluminaire, Guérison, p. 52.

Stoeltzner, W., Ueber Behandlung der Rhachitis mit Nebennierensubstanz, p. 52.

Hirtz, E., Hypertrophierende Osteo-Periostitis blenorh. Natur der Femurdiaphyse, p. 53.

F. Schilddrüse.

Schudmak, A. u. Vlachos, J. A., Ein Fall von Abdominaltyphus mit posttyphöser Schilddrüsenvereiterung, p. 53.

Blum, F., Die Schilddrüse als entgiftendes Organ, p. 53.

Katzenstein, J., Ueber einige experimentelle Beobachtungen an der Schilddrüse, p. 54.

Mayer, L., Étude sur la répartition du goitre en France, p. 54.

Murray, G. R., The treatment of simple goitre in young adults, p. 55.

G. Lymphdrüsen.

Tarchetti, C., Die Supraclaviculardrüsen in der Diagnose der abdominalen Carcinome, p. 55.

Cuneo, B., De l'envahissement du système lymphatique dans le cancer d'estomac et de ses conséquences chirurgicales, p. 55.

Labbé, M., Lymphadénie typique généralisée, à début ganglionnaire, p. 57.

Morestin, H., Adénite tuberculeuse du sillon pectoro-deltoidien, p. 57.

H. Magen.

Koplik, H., Gastrodiaphany in the infant, p. 57.

Hunt, B., Ein Fall von extremer Kontraktion des Magens etc., p. 57.

Dauber, Ueber spastische Kontraktion der Cardia und ihre Folgezustände, p. 58.

Abel, W., Ein Fall von erfolgreicher Gastroenterostomie etc., p. 59.

Dieulafoy, Gastrite ulcéreuse pneumococcique, p. 60.

Barker, A. E., A clinical lecture on some cases illustrating the surgery of the stomach, p. 60.

Douglas, C., Some practical observations on the early diagnosis of cancer of the stomach, p. 60.

III. Berichte aus wissenschaftl. Versammlungen.

Glasgow medico-chirurgical society (Ref. Hippel), p. 61 (Atrophische Lähmung. — Lähmung des Armes bei Aneurysma. — Lähmung im Ulnarisgebiete. — Naht des N. medianus. — Thrombose der Mesenterialvenen bei Typhus.)

IV. Bücherbesprechungen.

Pawlow, J. P., Das Experiment als zeitgemässe und einheitliche Methode medizinischer Forschung, p. 62.

Stöckel, Ureterfisteln und Ureterverletzungen, p. 62.

Gerber, P. H., Entstehung und Verhütung der Ohreiterungen, p. 63.

Um Einsendung von Separat-Abdrücken, Monographien und Büchern an den Redakteur Privat-Docent Dr. HERMANN SCHLESINGER, Wien, I, Ebendorferstrasse 10, wird gebeten.

- Hirnabszesse**, die neueren Fortschritte in der Lehre vom otitischen (Körner, O., Professor in Rostock).
- Hydrocephalus**, die Behandlung des (Pilcz, Dr. Alexander, Assistent der I. psychiatr. Universitätsklinik, Wien).
- Kastration beim Weibe** und ihre Beziehungen zum Gesamtorganismus (Foges, Dr. Arthur, Wien).
- Lebercarcinom** und Gravidität (Foges, Dr. Arthur, Wien).
- Lebercirrhose**, Operative Behandlung der (Friedmann, Dr. Friedrich, Sekundärarzt im K. K. allg. Krankenhaus in Wien).
- Leberneuralgien**, (Fuchs, Dr. Theodor, Baden-Wien).
- Lumbalpunktion**, die (Neurath, Dr. Rudolf).
- Magencarcinom**, die Diagnose des (Schiff, Dr. Arthur, Wien).
- Massage in Japan**, die (Fujikawa, Y., Tokio).
- Meralgia paraesthetica** (Bernhardt'sche Sensibilitätsstörung, Neuralgie und Parästhesien im Gebiete des Nervus cutaneus femoris externus) und ihre Bedeutung für die Chirurgie (Schlesinger, Docent Dr. Hermann, Wien).
- Myositiden**, Sammelreferat über multiple (Matthes, Prof. Dr. M. in Jena).
- Nephrolithiasis**, Klinik und Therapie (Wagner, Dozent Dr. Paul, Leipzig).
- Nierentuberkulose**, die primäre (Schnürer, Dr. Josef, Wien).
- Oedem**, das akute circumscriphte (Schlesinger, Dr. Hermann, Privatdocent an der Universität in Wien).
- Osteomalacie beim Manne** (Hahn, Dr. Friedrich, Wien).
- Osteomalacie des Weibes**, Pathologie und Therapie (Laufer, Dr. Leopold, Wien).
- Perityphilitis**, Neuere Anschauungen u. Untersuchungen über die **Aetiologie** der (Schmidt, Prof. Dr. Adolf, Bonn).
- Perityphilitis**, Neue französische Arbeiten über (Sorgo, Dr. Josef, Hospitant an der III. medicin. Klinik in Wien).
- Pylorusstenose**, die **angeborene** (hypertrophische) (Neurath, Dr. Rudolf, Wien).
- Salzwasserinfusionen**, Methodik und therapeutischer Wert (Laufer, Dr. Leopold, Wien).
- Sanduhrmagen**, der (Weiss, Dr. Hugo, Wien).
- Schleimhautpemphigus**, der (Menzel, Dr. M., Wien).
- Sepsis**, Neues über die Pathologie der **puerperalen** (Bass, Dr. Alfred, Wien).
- Spondylitis**, die moderne Behandlung (Vulpius, Oskar, Heidelberg).
- Spondylose rhizomélique** (Heiligenthal, Dr., Nervenarzt in Baden).
- Status lymphaticus**, der (Friedjung, Dr. Joseph K., Assistent des Kinderhospitals der Allgem. Poliklinik in Wien).
- Steifigkeit der Wirbelsäule**, die chronische und die chronisch ankylosierende Entzündung der Wirbelsäule (Heiligenthal, Dr., Nervenarzt in Baden).
- Tetanus**, Subkutane und intravenöse Serumbehandlung (Steuer, Dr. Friedrich, Operateurzögling an der I. chirurgischen Universitätsklinik, Wien).
- Tetanus**, Therapie mit Ausschluss der Serumbehandlung, (Steuer, Dr. Friedrich, Operateurzögling an der I. chirurgischen Universitätsklinik, Wien).
- Therapie der Wanderniere**, die chirurgische (Fischer, Dr. J., Wien).
- Tumor cerebri** und chirurgische Eingriffe (Pilcz, Alexander, Assistent der I. psychiatrischen Universitätsklinik, Wien).
- Tumoren der Ileocoecagegend**, Nichtentzündliche (Baer, Dr. Arthur, Wien).
- Wanderniere**, die nichtoperative Therapie (Fischer, Dr. J. in Wien).
- Wanderniere**, Zur Pathologie und Therapie (Fischer, Dr. J., Wien).
- Wundscharlach**, Ueber (Luithlen, Dr. Friedrich, Wien).

In diesen **57 Sammelreferaten** sind nahezu **5700 Einzelarbeiten** kritisch analysiert.

Folgende Themen sind zur Bearbeitung in kritischen Sammelreferaten für das Jahr 1901 in Aussicht genommen, ein Teil derselben auch bereits fertiggestellt:

- Spastische Erkrankungen des Magen-Darmtractus (Langemak).
- Narbenbehandlung mit Thiosinamin (Teleky).
- Leukämische Larynxinfiltration (Thaussig).
- Chirurgische Behandlung der Pericarditis (Steuer).
- Knochen- und Gelenkskomplikationen des Typhus abdom. (Hödlmoser).
- Muskelatrophie nach Luxationen und Frakturen (Diehl).
- Narkoselähmungen (Flatau).
- Chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose, besonders der Cavernen (Berliner).
- Diagnostische Bedeutung der Gefrierpunktsbestimmung des Blutes (Lévy).
- Therapie des pulsierenden Exophthalmus (R. Hitschmann).
- Wirkung des Nebennierenextraktes (Laufer).
- Chirurgische Komplikationen der Influenza (Ruhemann).
- Neuropathische Skoliose (Muskat).
- Behandlung der Oesophagusstenosen (H. Starck).
- Enteritis membranacea und ihre Beziehungen zur Gynäkologie und Chirurgie (Lappe).
- Ulcus duodeni (Reach).
- Morbus Basedowii und Myxödem (Hirschl).
- Tumoren der Milz (Schwarz).
- Herpes zoster (Spitzer).
- Neuere Arbeiten über den Aderlass (Strubel).
- Lungen- und Pleuraechinococcus (Lévy).
- Klinik und Therapie der diabetischen Gangrän (Wolf).
- Volvulus des Sromanum (Bär).
- Leucaemia cutis (Mager).
- Die Wanderleber und ihre Behandlung (Teleky).
- Lungenabscess und seine chirurgische Behandlung (Schulz).
- Ulcus ventriculi und seine Behandlung (A. Pick).
- Wechselbeziehungen zwischen abdominaler Fettnekrose u. Pankreaserkrankungen (v. Truhart).
- Appendicitis und weibliches Genitale (Gräupner).
- Hautmelanose bei Pankreascarcinom (Mager).
- Hernien der Linea alba (v. Czyhlarz).
- Hemihypertrophie des Körpers (Kalischer).
- Diverticulum Meckelii (Donath).
- Nierenabscess und Perinephritis (Kornfeld).
- Stichverletzungen des Rückenmarkes (Ebstein).
- Sympathicusresektion bei Epilepsie (Marburg).
- Otitische Pyämie (Menzel).
- Ischias scoliotica (Haškovec).
- Myxödem und Thyreoidea-Therapie (Haškovec).
- Segmentdiagnose des Rückenmarkes mit Rücksicht auf die Chirurgie (Bruns).
- Eclampsia puerperalis (Schnürer).
- Scarlatina puerperalis (Luithlen).
- Traumatische Haematomyelie und traumatische Myelitis (Kienböck).
- Die angeborene Erweiterung des Colon (Neurath).
- Die Behandlung der Sepsis puerperalis (Bass).
- Die Hydronephrose.
- Sklerodermie.
- Kopftetanus.
- Geburtslähmungen (der Mutter).
- Lungengangrän und ihre Behandlung.
- Die angeborene Cystenniere.
- Pathogenese des nervösen Oedems.
- Aetiologie und Therapie der Cystitis.
- Leprosy und Syringomyelie.
- Mal perforant du pied.
- Die syphilitischen Gelenkserkrankungen.
- Chirurgische Behandlung der Magendilatation.
- Die Dupuytren'sche Narbenkontraktur.