

Ein Fall von primärem Tubencarcinom / von Bohuslav N6vy.

Contributors

N6vy, Bohuslav.
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

Berlin : Monatsschrift, 1900.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/tmcj9yqs>

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. Conditions of use: it is possible this item is protected by copyright and/or related rights. 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. For other uses you need to obtain permission from the rights-holder(s).



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

(5.)

SONDER-ABDRUCK

aus

Bd. XI (1900).

Monatsschrift

für

Geburtshülfe und Gynaekologie.

Herausgegeben von

A. Martin
in Greifswald.

und

M. Sänger
in Prag.

VERLAG VON S. KARGER IN BERLIN NW. 6.



Mitteilungen aus der gynaekologischen Klinik

des Prof. Dr. **Otto Engström** in Helsingfors.

Bis jetzt erschienen:

Bd. I, Heft 1. M. 6.—, Heft 2. M. 4.—, Heft 3. M. 4.—,
Bd. II, Heft 1. M. 4.—, Heft 2. M. 3.—, Heft 3. M. 3.—,
Bd. III, Heft 1. M. 4.—.

Geschichte der Medicin.

Von

Prof. Dr. J. Pagel

in Berlin.

2 Bände Lex.-8°.

- I. Einführung in die Geschichte der Medicin. 668 Seiten. M. 10.—
eleg. gebd. M. 11.20
II. Historisch-Medicinische Bibliographie f. d. Jahre 1875—1896.
368 Seiten. M. 12.—

Beide Theile zusammen in einem Bande eleg. gebd. M. 24.—

Die beiden Theile werden auch einzeln, jeder apart, abgegeben.

Medicinisches Taschenwörterbuch

der

deutschen, englischen und französischen Sprache.

Von

Dr. med. **Eugen Lehfel dt.**

in Berlin.

2. vermehrte u. verbesserte Aufl. * * * Kl. 8°. Eleg. gebd. M. 6,—

Ueber epitheliale Gebilde im Myometrium des foetalen und kindlichen Uterus

einschliesslich des

Gartner'schen Ganges.

Von

Dr. **Robert Meyer**

in Berlin.

Mit 36 Abbildungen im Text und auf 11 Tafeln.

Gr. 8°. Broch. M. 5,—.

Die neu hinzutretenden Abonnenten der

Monatsschrift

für

Geburtshülfe und Gynaekologie

Herausgegeben von

A. Martin
in Greifswald

und

M. Sänger
in Prag

können die bisher erschienenen Bände zu wesentlich ermässigten Preisen nach-
beziehen. Anfragen wolle man an die Verlagsbuchhandlung richten.

Aus der böhmischen gynaekologischen Klinik des Prof. Dr. Pawlik
in Prag.

Ein Fall von primärem Tubencarcinom.

Von

Dr. BOHUSLAV NOVÝ,

Klin. Assistent.

(Hierzu Tafel XVI.)

Noch vor Kurzem (1) hielt man das Tubencarcinom für eine ausschliesslich secundäre Erkrankung bei gleichzeitiger carcinoma-töser Entartung des Uterus, der Ovarien oder des Peritoneums. Erst nachdem Orthmann (2) einen Fall von primärem (von Martin operirt) Carcinom der Tube publicirt hatte, folgten auch weitere [Doran, (3) Fearne (4) u. s. w.] so dass nach den Tabellen von Saenger (5), Doran (7) bis jetzt 27 Fälle von primären Tubencarcinomen — unsichere (Jacobson, Smyly) nicht berücksichtigt — bekannt sind.

Der hier mitgetheilte Fall stammt aus der Privatpraxis des Herrn Prof. Pawlik, der mir ihn freundlich zur Publication überlassen hat.

Es handelt sich um eine äusserst fettleibige 70jährige Frau, mit Hängebauch, die zehnmal niedergekommen war. Die Patientin war mit der Diagnose: Epithelioma vaginae zugesandt worden. Bei der vaginalen Untersuchung fand sich jedoch nur eine papillare Hypertrophie, aber kein Tumor. Bisweilen bemerkte die Kranke eine schwache Blutung, es zeigte sich blutig gefärbter Schleim. Die Portio vaginalis kurz, klein. Die Sonde dringt in das Uteruscavum tiefer ein, als de norma, und man fühlt hier weiche Massen; die Sonde ist nach dem Zurückziehen aus dem Uterus mit Blut bedeckt. Dilatation der Cervix mittelst Laminarien. Der eingeführte Finger konstatiert ein das Orificium internum bedeckendes weiches Gewebe. Sofort wird das Curettement des Uterus angeschlossen, wobei eine Menge weicher Massen entfernt wird. Durch die äusserst fetten Bauchdecken liess sich nichts palpieren.

Bei der mikroskopischen Untersuchung der aus dem Uterus entfernten Massen lässt sich an einigen Stückchen, die wahrscheinlich jener polypös entarteten Stelle entsprechen, Carcinom konstatiren, an dem man alle Stufen der malignen Entartung verfolgen kann: Zunächst der Muscularis findet man eine Vermehrung der Drüsen — Endometritis glandularis, in weiteren Partien lässt sich eine Proliferation des Drüsenepithels in das Drüsenlumen hinein konstatiren, — Adenocarcinoma (Fig. I), in manchen Alveolen kommt es zu einer deutlichen papillomatösen Bildung, das Epithel wölbt sich in das Lumen vor, gleichzeitig dringt hier Bindegewebe ein und dieser Zapfen sendet dann weitere Ausläufer aus. In noch weiteren Partien sieht man neben einer mächtigen Proliferation des Epithels eine Vergrösserung der Alveolen, zwischen welchen das Stroma mehr und mehr schwindet, so dass die Alveolen schliesslich in einander übergehen, bis man zuletzt das Bild eines malignen Adenoma vor sich hat, dessen oberflächliche Schicht schon der Nekrose verfallen ist. Die übrigen Stückchen der durch das

Curettement gewonnenen Massen weisen jedoch nur das Bild einer interstitiellen Endometritis auf. Deshalb wurde die Diagnose auf Carcinoma corporis uteri gestellt und der Patientin die Hysterektomie vorgeschlagen.

Am 11. 8. 1896 Hysterektomie. Der Uterus lässt sich nicht herabziehen. — Die Vagina wird rings um die Cervix durchschnitten. An beide Ligg. utero-iliaca werden Zangen angelegt und die Ligamente durchschnitten. Dennoch bleibt der Uterus unbeweglich. Bei der Untersuchung durch die Douglas'sche Höhle lässt sich konstatieren, dass das Corpus uteri infolge Verkürzung des rechten Lig. latum stark gegen rechte Beckenwand dislocirt ist. Da es nicht möglich war, von der Vagina aus den Uterus frei beweglich zu machen, wurde die Laparotomie vorgenommen. Es zeigte sich, dass die rechte Tube tumorartig verändert war. Beide Ligg. lata wurden von oben unterbunden, was ziemlich schwer war, da die Ligaturen das Gewebe, das schon bei leichtem Zuge einriss, durchschnitten. Entfernung des Uterus und der rechtsseitigen Adnexa. Beide Arteriae uterinae unterbunden. Die Ligaturen werden in die Vagina geführt. Die am rechtsseitigen Lig. infundibulopelvicum liegende Ligatur musste kurz abgeschnitten werden, da sie infolge der Verkürzung des Ligaments nicht in die Vagina herabgezogen werden konnte. Vernähung der Öffnung in der Vagina und Tamponade der Vagina. Vernähung der Bauchwunde in drei Etagen. Wegen der grossen Menge von Fett Einführung eines Drains in die Bauchwunde. Die sonst ungestörte Heilung schritt nur langsam vorwärts. Aus dem Drain entleerte sich eine grosse Menge fettiger Flüssigkeit. Nach Entfernung der Nähte am 10. Tage blieb an der Stelle, wo der Drain gelegen, eine Höhle, die nur langsam zuheilte. Erst am 28. 9. war alles völlig verheilt. Die Kranke befand sich durch zwei Jahre ganz wohl, dann wurden jedoch höckerige Tumoren in der Bauchhöhle konstatirt — ein Recidiv, welchem die Kranke nach beiläufig 5 Monaten erlag.

Das Präparat (Fig. II und III): Uterus vergrössert, das Endometrium wieder polypös hypertrophisch (14 Tage nach dem Curettement). An verschiedenen Stellen wurden behufs mikroskopischer Untersuchung aus der Uterusschleimhaut kleine Partien excidirt. Die Tube ist in ihrem inneren Drittel normal, in ihren äusseren zwei Dritteln kolbig erweitert, starr, das Ostium abdominale verschlossen, die Serosa glatt. Jene kolbige Partie der Tube ist von käsigen Carcinom-Massen ganz ausgefüllt. Das Ovarium atrophisch, das Lig. ovarii proprium fast kleinfingerdick, nur in seiner Insertion an den Uterus etwas schmaler. Am Schnitt durch jene nicht erweiterte Partie der Tube sieht man bei der mikroskopischen Untersuchung die Wandung verdickt und von kleinzelligem Infiltrat durchsetzt, das gegen das Tubenlumen zu immer mehr und mehr zunimmt, so dass die innere Schicht und das Stroma schon ein ziemlich dichtes Infiltrat enthalten. Dort, wo die Tube am meisten erweitert ist, ist ihre Wandung verdünnt, das Stroma schwächer entwickelt (Fig. IV). Die Schleimhaut ist carcinomatös entartet, weist eine papillomatöse Struktur auf, die gegen das Centrum zu sich immer mehr verästelt. Die Zellen sind rund oder oval mit einem oder mehreren Kernen. Hie und da treten schon nekrotische Stellen auf, die von kleinzelligem Infiltrat umgeben sind. In der Tubenwand wenig Gefässe. Muscularis und Serosa sind von der Neubildung noch nicht ergriffen.

Das mikroskopische Bild des Lig. ovarii proprium und des anliegenden Ovariumpoles sprechen nur für eine chronische Entzündung, nirgends sind Spuren von Carcinom zu sehen. Man konstatirt hier zahlreiche und stark entwickelte Gefässe. Im Centrum befindet sich eine $\frac{1}{2}$ cm, im längeren Durchmesser $\frac{3}{4}$ cm messende ovale Stelle, die der hyalinen Degeneration verfallen ist. Diese hyaline Degeneration tritt auch schon in den Wandungen der umgebenden Gefässe auf. Ebenso weist der Befund im Uterus auf eine Metritis und Endometritis interstitialis hin, nirgends sind Spuren von Carcinom, obwohl zahlreiche Schnitte von verschiedenen Stellen genommen wurden. Jenes mit der Curette entfernte Carcinom war also vollkommen begrenzt (Carcinoma polyposum) und reichte nicht in die Tiefe, so dass man die Stelle, wo es gesessen, jetzt nicht mehr aufzufinden vermag.

Dass es sich in diesem Falle um ein primäres Carcinom der Tube handelte, beweist zum Theil der Sitz der Geschwulst (das äussere Drittel der Tuba), hauptsächlich aber der Charakter der Geschwulst selbst, die gewiss älteren Datums ist, als jenes polypöse Carcinom im Uterus, das an und für sich selten vorkommt und da noch gewöhnlich sekundär ist (Winter). Schliesslich spricht auch die Thatsache, dass die Serosa intakt ist, für ein primäres Tubencarcinom, da bei sekundärem die Serosa afficirt zu sein pflegt.

Unser Fall zeigt also eine papilläre Struktur, die nach Sängner für das Tubencarcinom charakteristisch ist. Dieser Autor behauptet, dass alle Neubildungen der Tubenschleimhaut ohne Ausnahme papilläre Struktur zeigen, rein alveolare Carcinome kommen hier nicht vor; auch scheinbar alveolare Carcinome lassen sich noch als papilläre differenzieren. Er unterscheidet: 1. eine rein papilläre Form, die dem malignen Adenom des Corpus uteri entspricht; 2. eine papillär-alveoläre Form, die dem Adenocarcinoma uteri entspricht.

Der jüngst veröffentlichte Fall Friedenheim's (9) unterscheidet sich von den anderen bis jetzt beschriebenen Fällen — ausser Falk's II — dadurch, dass er eine rein alveoläre Struktur besitzt und nicht von der Schleimhaut selbst, sondern von der Submukosa ausgeht, so dass das Flimmerepithel erhalten bleibt. Friedenheim theilt die Tubencarcinome folgendermassen ein:

A. Schleimhautcarcinome:

- a) papilläre,
- b) papillär-alveolare.

B. Wandcarcinome:

- a) alveoläre.

Ueber die Aetiologie herrscht noch keine einheitliche Ansicht. Doran sucht die Entwicklung des primären Tubencarcinoms auf Grundlage chronischer Entzündung zu erklären. Derselben Ansicht isst Sängner (5), ungeachtet des Falles Eckardt's, in welchem keine Merkmale einer chronischen Entzündung bestanden. Friedenheim im Gegentheil fasst die entzündlichen Symptome als sekundär auf, da diese eben durch Anwesenheit des Tumors hervorgerufen würden. Dieser Autor sucht den Ursprung des Tubencarcinoms nur in den verirrten epithelialen Elementen in der Tubenwand und lässt die Frage offen, ob diese Elemente in den bis heute noch zweifelhaften Drüsen oder nach der Ansicht Kossman's (6) in der Nebentube zu suchen seien. Dass sich, wie in Friedenheim's Falle, ein Carcinom unter der Muscularis entwickle und das Flimmerepithel erhalten bleibe, ist nach Sängner ein Symptom, welches nur sekundären Tumoren zukomme, für primäre sei die Schleimhaut ausnahmslos der Ausgangspunkt.

Wir müssen noch besonders auf das Alter unserer Patientin hinweisen. Die grösste Zahl der Tubencarcinome kommt im

Alter von 45—50 Jahren vor, die älteste Patientin zählte 60 Jahre, während unsere Patientin schon 70 Jahre alt war.

Die Symptome dieser Erkrankung bestehen gewöhnlich in Schmerzen in der Gegend des erkrankten Organs und im Kreuz, in unregelmässiger Menstruation, in serös-blutigem oder auch eitrigem Ausfluss aus dem Uterus, dann in Kachexie, und manchmal besteht auch eine Vergrösserung des Unterleibs. Wie man aus der Beobachtung einiger Autoren sieht, stellen sich die ersten drei Symptome ziemlich bald ein, dauern lange und erwecken eher den Verdacht auf eine Salpingitis, als auf die Entwicklung eines malignen Tumors, was also eher für die Ansicht Doran's sprechen würde.

Die Diagnose ist begreiflicherweise schwierig. In 18 Fällen nach den Tabellen von Doran (7) und Sänger (5) war die Diagnose unbestimmt; es wurde einfach gesagt: Tumor adnexorum. In 7 Fällen wurde eine Ovarialcyste, in 2 Pyosalpinx vermuthet. In unserem Falle, nach dem schmutzig-serösen Ausflusse und der mikroskopischen Untersuchung des ausgekratzten Inhaltes urtheilend, wurde Carc. corp. ut. diagnosticirt.

Die Prognose des Tubencarcinoms scheint bei den operirten Fällen nicht besser zu sein, als bei den Carcinomen des übrigen Genitalapparates. Recidive stellen sich in allen Fällen ein, manchmal nach 4—6 Monaten, manchmal erst nach längerer Zeit (2 Jahre in unserem Falle). Speciell in unserem Falle — bei einer 70jährigen Frau — war das Resultat der Operation ein besonders gutes. Auch in jenen Fällen, die bald nach der Operation veröffentlicht wurden, wo also noch kein Recidiv eingetreten war, kann man mit Bestimmtheit darauf rechnen, dass in kurzer Zeit ein Recidiv eingetreten sei.

Zum Schluss fühle ich mich veranlasst, meinem verehrten Chef, Prof. Dr. Pawlik, für die mir bei dieser Arbeit zugekommene gütige Unterstützung meinen tiefsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

1. Schröder, Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane. 8. Auflage. Leipzig 1887.
2. Orthmann, Ueber Carcinoma tubae (Zeitschrift für Geburtsh. u. Gyn.) XV. 1888.
3. A. Doran, Primary Cancer of the Fallopian tube. Transact. of Pathol. Soc. of London. XXXIX.
4. Leopold, Geburtshilfe und Gynaekologie. II. Band.
5. A. Martin, Die Krankheiten der Eileiter. (Handb. der Krankheiten der weibl. Adnexorgane. Bd. I.) Leipzig 1895.
6. H. Roberts, A case of primary Carcinoma of the Fallopian tube (Transact. Obstet. Soc. XL. 1899).
7. A. Doran, Tables of cases of primary cancer of the Fallopian tube reported up to present date (April 1898). Transact. Obstet. Soc. XL. 1899.
8. Friedenheim, Berliner klin. Wochenschrift. 1899. No. 25.



Fig. I.

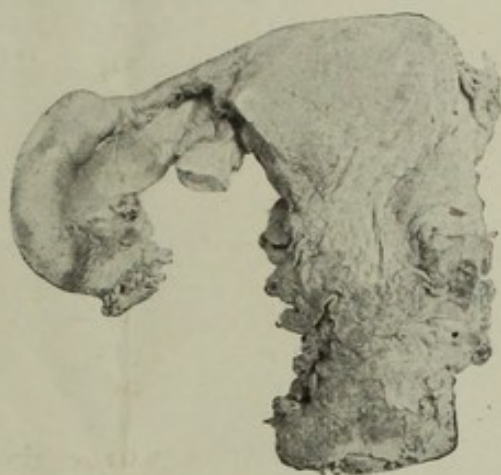


Fig. II.



Fig. III.

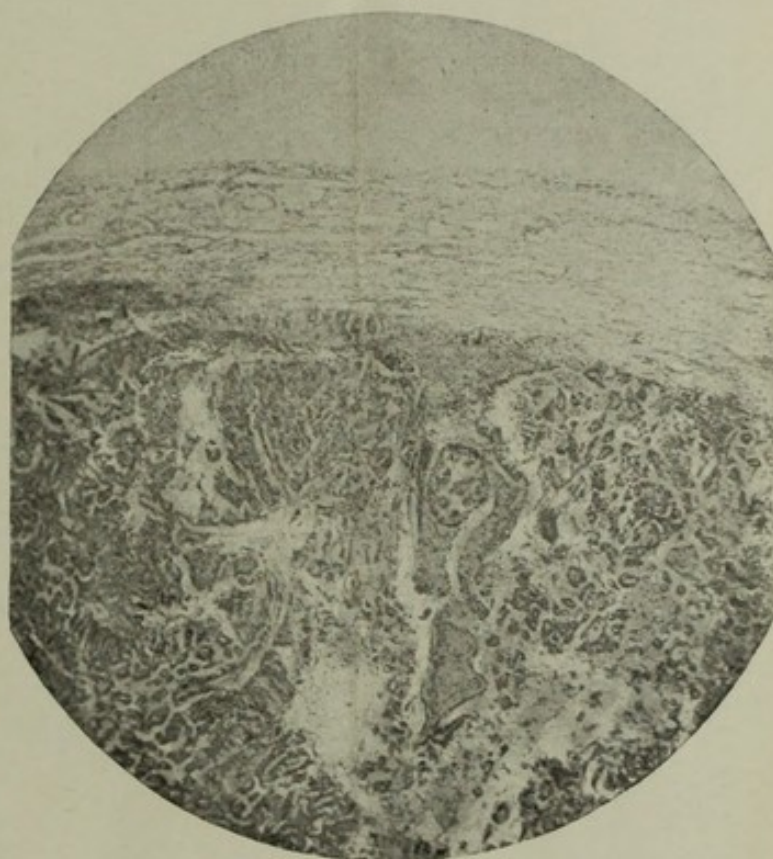


Fig. IV.



- Beiträge zur Geburtshülfe und Gynaekologie.** Festschrift gewidmet August Martin zur Feier seines 25jährigen Doctorjubiläums am 15. Juli 1895. Mit 11 Abbildungen und 3 Tafeln. Gr. 8°. M. 7.—
- Die abdominale Radicaloperation bei entzündlicher Adnex-
erkrankung.** Von Dr. R. Bliesener in Köln a. Rh. M. 1.50.
- Zur Aetiologie und Natur der chronischen Endometritis.**
Von Dr. O. A. Bolje in Helsingfors. 8°. M. 4.—
- Die Diagnose und Behandlung der Gonorrhoe beim Weibe.**
Von Dr. Adolf Calmann in Hamburg. 8°. M. 1.50.
- Leitfaden der Electrodiagnostik und Electrotherapie.** Für Prak-
tiker und Studierende. Von Dr. Toby Cohn in Berlin. Mit einem
Vorwort von Prof. Dr. E. Mendel in Berlin. Mit 6 Tafeln und 30 Ab-
bildungen. Gr. 8°. Gebd. M. 4.50. Brosch. M. 3.50.
- Zur Behandlung des Abortus.** Von Dr. A. Czempin in Berlin. 8°.
M. 1.—
- Vademecum der Geburtshülfe und Gynaekologie.** Für Studierende
und Aerzte. Von Prof. Dr. A. Dürrssen in Berlin.
I. Geburtshülftliches Vademecum. Siebente Aufl. Mit 40 Abbild. eleg. gebd. M. 5.—
II. Gynaekologisches Vademecum. Sechste Aufl. Mit 125 Abbild. eleg. gebd. M. 5.—
- Der vaginale Kaiserschnitt.** Nebst Bericht über eine erfolgreiche
vaginale Exstirpation des rupturirten Uterus unmittelbar post partum.
Von Prof. Dr. A. Dürrssen in Berlin. Mit 6 Abbildungen. 8°. M. 1.60.
- Die Einschränkung des Bauchschnitts durch die vaginale
Laparotomie** (Kolpocoeliotomia anterior) Von Prof. Dr. A. Dürrssen
in Berlin. Mit 7 Abbildungen und 6 Tabellen. Gr. 8°. M. 7.—
- Ueber Appendicitis.** Von Dr. George R. Fowler. Autorisirte Ueber-
setzung aus dem Englischen. Mit einem Geleitwort von Prof. Dr.
A. Landerer. Mit 35 Abbildungen und 5 Tafeln. M. 4.50.
- Ueber die Resultate der Radicalbehandlung des Gebärmutter-
Scheidenkrebses mit dem Glüheisen.** Von Dr. Georg Gellhorn
in Berlin. Mit 3 Abbildungen. Gr. 8°. M. 2.—
- Ueber abdominale Totalexstirpation des schwangeren myoma-
tösen Uterus.** Von Dr. Agnes Hacker in Berlin. 8°. M. 1.—
- Abnormitäten in der Lage und Form der Bauchorgane beim
erwachsenen Weibe,** eine Folge des Schnürens und Hängebauches.
Eine pathologisch - anatomische Untersuchung von Priv.-Doc. Dr. Paul
Hertz in Kopenhagen. Mit 33 Abbild. auf 9 Tafeln. Gr. 8°. M. 2.—
- Die Störungen des Verdauungsapparates als Ursache und
Folge anderer Erkrankungen.** Von Dr. Hans Herz in Breslau.
Gr. 8°. Gebd. M. 11.—. Brosch. M. 10.—.
- Die Wanderniere der Frauen,** insbesondere die Wichtigkeit
ihrer Berücksichtigung für den Geburtshelfer und Gynae-
kologen. Von Dr. C. Keller in Berlin. Gr. 8°. M. 0.75.
- Die Gonorrhoe des Weibes.** Für die Praxis dargestellt. Von Doc. Dr.
Gustav Klein in München. Gr. 8°. M. 1.50.
- Klinische Beobachtungen über Eklampsie.** Von Dr. Ludwig
Knapp in Prag. Gr. 8°. M. 1.—.
- Ueber puerperale Eklampsie und deren Behandlung.** Von
Docent Dr. L. Knapp in Prag. Gr. 8°. M. 1.60.
- Ueber puerperale Psychosen.** Für practische Aerzte von Oberarzt
Dr. Oswald Knauer in Görlitz. Mit einem Vorwort von Prof. Dr.
A. Martin in Berlin. Gr. 8°. M. 1.60.
- Die gynaecologische Nomenclatur.** Von Prof. Dr. R. Kossmann in
Berlin. Gr. 8°. M. 1.60.
- Zur klinischen Bedeutung der Retroversioflexio uteri mobilis.**
Von Priv.-Doc. Dr. B. Krönig in Leipzig und Dr. J. Feuchtwanger
in Berlin. Gr. 8°. M. 1.50.
- Medicinisches Taschenwörterbuch** der deutschen, englischen und
französischen Sprache. Von Dr. E. Lehfeldt in Berlin. Zweite ver-
mehrte und verbesserte Auflage. Kl. 8°. gebd. M. 6.—.
- Ueber Vorkommen und Bedeutung von Drüsenschläuchen in
den Myomen des Uterus.** Von Dr. Paul von Lockstaedt. M. 1.20.

- Das Studium der Frauenheilkunde, ihre Begrenzung innerhalb der allgemeinen Medicin.** Von Dr. A. Mackenrodt. M. —.75.
- Weitere Erfahrungen mit der Operation der Retroflexio Uteri.** Von Dr. A. Mackenrodt in Berlin. Mit 1 Lichtdrucktafel. M. 1.—.
- Ueber die Tabes.** Eine Abhandlung für practische Aerzte. Von Dr. P. J. Moebius in Leipzig. Gr. 8°. Eleg. gebd. M. 4.50. Broch. M. 3.50.
- Klinische u. pathologisch - anatomische Studien zur Aetiologie des Uterusmyoms.** Von Dr. Elis Essen Moeller. Gr. 8°. M. 3.—.
- Zur Lehre von den angeborenen und erworbenen Verwachsungen und Verengerungen der Scheide, sowie des angeborenen Scheidenmangels mit Ausschluß der Doppelbildungen.** Von Dr. Franz L. Neugebauer in Warschau. Gr. 8°. M. 6.—.
- Die Fremdkörper des Uterus.** Zusammenstellung von 550 Beobachtungen a. d. Litteratur u. Praxis. Von Dr. Franz L. Neugebauer. M. 4.—.
- Der syphilitische Primäraffect an der Vaginalportion des Uterus.** Von Hofrat Prof. Dr. J. Neumann in Wien. Mit 2 lithogr. Tafeln. M. 1.50.
- Lehrbuch der Nervenkrankheiten.** Für Aerzte und Studirende. Von Prof. Dr. H. Oppenheim in Berlin. Zweite wesentlich vermehrte Auflage. Mit 287 Abbild. Lex. 8°. Eleg. gebd. M. 25.—, broch. M. 23.—.
- Nervenleiden und Erziehung.** Von Prof. Dr. H. Oppenheim. M. 1.20.
- Zur Kenntniss der senilen Veränderungen der Gebärmutter.** Von Dr. Walter Parviainen in Helsingfors. M. 2.40.
- Die chirurg. Asepsis der Hände.** Von Dr. Wilh. Poten. M. 1.—.
- Ueber die Operationswut in der Gynaecologie.** Von Sir William O. Priestley. Uebersetzt von Dr. A. Berthold. M. 0.60.
- Die gestielten Anhänge des Ligamentum latum.** Von Docent Dr. Rossa in Graz. Mit 2 lithogr. Tafeln. Gr. 8°. M. 2.—.
- Ueber Perityphlitis.** Von Prof. Dr. J. Rotter in Berlin. M. 3.50.
- Zur Anatomie und Behandlung der Geburtsstörungen nach Antefixirung des Uterus.** Für practische Aerzte. Von Dr. W. Rahl in Dillenburg. Mit 15 Abbildungen. Gr. 8°. M. 2.—.
- Experimentelle Beiträge zur Asepsis bei Laparotomien.** Von Dr. R. Schaeffer in Berlin. Mit 2 Abbildungen. Gr. 8°. M. 1.—.
- Anleitung zur aseptischen Geburtshülfe.** Von Doc. Dr. Paul Strassmann in Berlin. Mit 21 Abbildungen. Eleg. gebd. M. 4.50. Broch. M. 3.50.
- Schemata zur Eintragung des Befundes der äusseren und inneren geburtshülflichen Untersuchung.** Von Doc. Dr. Paul Strassmann in Berlin. Gr. 8°. Broch. und perforirt M. 1.60.
- Zur Bacteriologie der Puerperalinfection.** Von Dr. K. Strüneckmann in Göttingen. Gr. 8°. M. 2.—.
- Beitrag zur klinischen Dignität der papillären Ovarialgeschwülste.** Von Dr. E. Trosehel mit 1 Lichtdrucktafel. M. 1.—.
- Casuistischer Beitrag zur Placenta praevia** auf Grund von 53 Beobachtungen in der Münchener Frauenklinik. Von Frederick R. Weber, B. Sc. M. D. in Milwaukee. 8°. M. 1.50.
- Die ektopische Schwangerschaft. Ihre Aetiologie, Klassification, Embryologie, Symptomatologie, Diagnose und Therapie.** Von Dr. J. Clarence Webster in Edinburgh. Deutsch von Dr. Arnold Eiermann, Frauenarzt in Frankfurt a. M. Gr. 8° mit 15 Abbildungen und 22 lithogr. Tafeln. M. 10.—.
- Neuropathologie und Gynaekologie.** Eine kritische Zusammenstellung ihrer physiologischen und pathologischen Beziehungen. Von Doc. Dr. Franz Windscheid in Leipzig. Gr. 8°. Eleg. gebd. M. 4.—. Broch. M. 3.—.
- Ueber die Häufigkeit und Prognose der Zangenentbindungen** auf Grund des gyn. und gebh. Materials der Tübinger Univ.-Frauenklinik. Von Prof. Dr. Eug. Winternitz in Tübingen. M. 1.—.
- Anleitung zur Massagebehandlung bei Frauenleiden.** (Thure Brandt.) Für praktische Aerzte von Dr. Rob. Ziegenspeck in München. Gr. 8°. Mit 17 Abbildungen. Eleg. gebd. M. 5.—. Broch. M. 4.—.