XVI.

Besprechungen.

1.

La curation de las hernias. Nueva série que completa 81 operaciones. Par le Doctor Diógenes Decoud, Cirujano del hospital militar. Buenos-Aires 1894. Felix Lajouane. 8. 47 Stn.

Der chirurgische Leiter des Militärhospitals in Buenos-Aires hat die Radicaloperation der Leistenbrüche zum Gegenstand besonderer Studien in den letzten Jahren gemacht. Die kleine Schrift enthält einen Bericht über 81 Radicaloperationen, die zumeist Leistenbrüche, zu einem kleinen Theile Bauchwandbrüche betreffen. Ausser der tabellarischen Uebersicht der Operationsfälle enthält die Arbeit interessante Anmerkungen über Pathologie und Therapie der Leistenbrüche sowie Versuche mit Abänderungen der neueren Operationsmethoden. Die Schrift ist deshalb für Jeden, der sich mit der Frage der Radicaloperation beschäftigt, wichtig und muss deshalb etwas ausführlicher wiedergegeben werden.

Verfasser hält das Bestehen eines Leistenbruches an sich für eine Indication zur Operation. Schon die Gefahr, welche eine Einklemmung an einem Orte, wo chirurgische Hülfe nicht zu schaffen ist, mit sich bringt — und in Südamerika noch mehr als in Europa —, lässt bei der Gefährlosigkeit, welche die Statistik nachweist, bei nicht zu alten Leuten alle Versuche, durch Bruchbänder Abhülfe zu schaffen, unthunlich erscheinen. Ausgenommen sind hiervon congenitale Leistenbrüche bei kleinen Kindern, wo die Operationserfolge noch nicht sehr günstig sind.

Unter den 81 Fällen des Verfassers hat keiner tödtlich geendet. Die überwiegende Mehrzahl der Patienten war allerdings auch in den kräftigsten Jahren, meist waren es Soldaten.

Viermal wurde dabei die Operation an die Herniotomie angeschlossen. Bei dieser Gelegenheit erwähnt Verfasser, dass auch er, wenigstens an Orten, wo die Verhältnisse einen blutigen Eingriff erlauben, jetzt von jedem Taxisversuch absieht.

Was nun die Methoden der Radicaloperation betrifft, so sei vorausgeschickt, dass die Arbeit zwei Reihen von zusammengestellten Fällen enthält; die erste ist bereits im September 1893 an anderem Orte veröffentlicht worden; die zweite Serie ist neu zusammengestellt und im Text besonders abgehandelt.

In den Fällen der ersten Reihe (Nr. 1—35) wurden, besonders in der ersten Zeit, häufig die älteren Methoden mit blosser Abbindung des Bruchsackes angewendet. Die Naht der Bruchpforte nach Czerny wird

nicht erwähnt. Als dann nach dem Vorgange von Bassini die neueren Methoden der Radicaloperation bekannt wurden, verfuhr der Verfasser bei äusseren Leistenbrüchen häufig in der Weise, dass er den Leistenkanal eröffnete, den Bruchsack unterband, dann aber nur die Externusaponeurose als vordere Wand des Leistenkanales über dem Samenstrang mit Verkleinerung des äusseren Leistenringes nähte. Er nennt diese Operationsweise die Methode der Reconstruction des Leistenkanals. Er sagt, er habe die hintere Wand des Leistenkanals nie so nachgiebig gefunden, dass er sich genöthigt gesehen hätte, nach Bassini die Annäherung der hinteren Schichten an das Poupart'sche Band vorzunehmen. Wie aber aus dem zweiten Theile der Arbeit hervorgeht, ist er später auf die Bassini'sche Methode zurückgekommen.

Verfasser empfiehlt einen ausreichend grossen Hautschnitt; die Schnittländer der Aponeurose werden dann mit Schiebern gefasst und genügend bei Seite gehalten, dann lässt sich der Bruchsack meist leicht isoliren, manchmal aber, besonders bei angeborenen Brüchen, ist dieser Theil der Operation mühsam und zeitraubend.

Sehr verschiedenartig waren immer die Zusammensetzung und die Dicke des Bruchsackes; in einigen Fällen war — bei äusseren Brüchen — nur das Peritoneum als Bruchsack vorgewölbt. Die Peritonealschicht der Bruchsäcke ist von auffallend verschiedener Dicke, die Stärke nimmt im Allgemeinen mit der Dauer des Bruches zu; aber auch Reizungen, wie sie entweder Adhäsionen oder aber Bruchbänder mit sich bringen, bewirken eine Verdickung einzelner Abschnitte der Peritonealauskleidung.

Dreimal wurde am Bruchsack ein fibröser Strang, das als Filum terminale beschriebene Ueberbleibsel des Processus vaginalis peritonei bemerkt, er ist manchmal bei der Operation vom Vas deferens nicht leicht zu unterscheiden. Fünffmal wurde ein Lipoma suberosum angetroffen, als wallnussgrosser Fettklumpen, der dem Sack gestielt aufsass.

Bei den äusseren Hernien lag der Bruchsack vor oder über dem Samenstrang. Nur viermal lag er dahinter, in zwei Fällen davon war eine Inversion der Epididymis vorhanden, in den beiden anderen fehlte jede andere Anomalie.

Man erleichtert sich die Operation, wenn man sich vorher möglichst genau über die Lage des Bruchsackes zum Samenstrang zu unterrichten sucht.

Ist der Bruchsackhals freigelegt, so wird die Unterbindung desselben so hoch wie möglich bewerkstelligt. Die Castration, die bei degenerirtem Hoden in Frage kommt, hat Verfasser in keinem der Fälle dieser Serie vorgenommen.

Nach Wiederherstellung der vorderen Wand des Leistenkanales mit Verkleinerung des äusseren Leistenringes wird die Wunde ohne Drainage vernäht. Er hält diese für überflüssig, seitdem er aseptisch operirt und als Unterbindungs- und Nahtmaterial ausschliesslich Seide benutzt, die mittelst des Sorel'schen Apparates in Wasserdampf von 137° bei zwei Atmosphären Druck sterilisirt ist.

Wichtig ist die sorgfältigste Unterbindung aller blutenden Gefässe; Hämatome am Samenstrang haben in einigen Fällen die Heilung sehr verzögert.

Verfasser hält die Anwendung von Calomelpulvern zur Verminderung des Meteorismus am zweiten oder dritten Tage nach der Operation für sehr wichtig. Er glaubt auf dessen Wirkung das Abfallen der häufig nach der Operation eintretenden Temperatursteigerung zurückführen zu können.

Zweimal trat die Anschwellung des Samenstranges, die als Funiculitis bekannt ist, ohne Fieber vorübergehend auf. Zweimal, in der Zeit, wo die neuen Sterilisationsmethoden noch nicht in Anwendung kamen, verzögerte eine phlegmonöse Eiterung in der Wunde die Heilung.

Die Frage nun, in wie weit die Operationen dauernde Heilung gebracht haben, ist bei der Kürze der verflossenen Zeit noch nicht zu discutiren, denn die Fälle sind, mit einer Ausnahme, 1893 und 1894 operirt.

Bisher trat ein Recidiv in zwei Fällen von Leistenbrüchen ein, beide waren nach der älteren Methode mit Abbindung des Bruchsackes operirt worden, eines dieser Recidive betrifft einen Fall, wo eine Wund-eiterung zur Heilung per secundam geführt hatte. Die inneren Leistenbrüche operirt Verfasser nach Postempsky mit Fortleitung des Samenstranges unter der Haut. Zwei Fälle sind auf diese Weise mit gutem Erfolg operirt worden.

Die neue Serie von 46 Radicaloperationen ist in diesem Jahre zusammengestellt.

Bei äusseren Leistenbrüchen wendet Verfasser nunmehr die eigentliche Bassinische Methode an. Er combinirt sie jedoch in passenden Fällen mit den schon vor Bassini angegebenen Methoden der Bruchsackbehandlung, die Verfasser den Engländern Barker und Bell zuschreibt. Vor der Naht des Leistenkanals wird dabei der Bruchsack am Leistenring angenäht (Barker), oder er wird torquirt und angenäht (Bell).

Diese Arten der Bruchsackbehandlung wendet Verfasser auch bei der Postempsky'schen Methode an, die er bei directen Leistenbrüchen empfiehlt. Zwei Fälle weist die Liste auf, in denen auf diese letztere Art und Weise mit Erfolg vorgegangen worden ist. Die Kocher'sche Methode verwirft Verfasser schon deshalb, weil sie den Leistenkanal nicht eröffnet. Denn es ist ein Hauptvorthail der neueren auf Freilegung des inneren Leistenringes beruhenden Methoden, dass der Bruchsack leichter aufgefunden und isolirt werden kann.

Wenn die Freilegung des Bruchsackes bei Scrotalbrüchen Schwierigkeiten macht, soll man auf weitere Isolirung weiter nach unten verzichten und den Bruchsack durchschneiden. Das viele Arbeiten am Samenstrang hat in einigen Fällen zu unliebsamen Nachblutungen geführt.

Die Lage des Bruchsackes zum Samenstrang war auch hier, abgesehen von congenitalen Brüchen oder solchen, bei welchen Offenbleiben des Proc. vaginalis angenommen werden muss, immer dieselbe, der Bruchsack lag vor oder über dem Samenstrang. Bei inneren Leistenbrüchen lag der Bruchsack meist innen oder hinten vom Samenstrang, doch ist diese Lage im Allgemeinen nicht so constant.

Zu kleine Hautschnitte können, sobald sich eine der vielfachen Abnormitäten zeigt, schlimme Folgen haben. So fand Verfasser in einem Falle eine ringförmige Verwachsung im Bruchsackhalse, die die halbe

Peripherie einer Darmschlinge einnahm. Bei der Lösung wurde der Darm angerissen; doch gelang es durch Darmnaht nach Lembert, üblen Folgen vorzubeugen. Die abgebrochene Operation wurde später mit gutem Erfolg durchgeführt.

Bei inneren Leistenbrüchen nun hat Verfasser ausser dem erwähnten Postempsky'schen Verfahren eine neue Methode angewendet, welche eine Combination der Postempsky'schen und der Bassini'schen Methode ist. Er leitet den Samenstrang unter der Haut fort, näht aber analog der Bassini'schen Vorschrift die Schichten der hinteren Wand an das Poupart'sche Band an.

Wenn der Hoden atrophisch ist, wie in manchen Fällen von angeborenen Leistenbrüchen oder bei Ektopia testis, wird mit dem Bruchsack der Samenstrang durchschnitten. Dann vernäht Verfasser die ganze musculo-aponeurotische Schicht ohne Lücke.

Auch in den letzten Jahren ist dem Verfasser die Häufigkeit der Persistenz eines engen, aber elastischen Processus vaginalis peritonei aufgefallen. Er nimmt bei jeder plötzlich entstandenen äusseren Leistenhernie diese prädisponirenden Verhältnisse an. Es ist dies praktisch wichtig, denn man weiss dann vor der Operation, dass die Isolirung des Bruchsackes, den die Elemente des Samenstranges umfassen, nicht leicht sein wird.

Ein Recidiv hat Verfasser unter den 46 Fällen, soweit Leistenbrüche in Betracht kommen, nicht beobachtet; doch datiren diese Operationen erst einige Monate zurück. Sonstige unangenehme Complicationen, wie Störungen der Wundheilung, sind, abgesehen von einigen Fällen fieberloser aseptischer „Funiculitis“, ebenfalls nicht eingetreten.

Ausser Leistenbrüchen weist die Tabelle auch einige Bauchwandbrüche auf. Drei betreffen Narbenhernien, davon ist eine 25 Jahre nach einer Schnittwunde in der Linea alba, die damals in 1½ Monat geheilt war, aufgetreten und zwar plötzlich bei einer grossen Anstrengung. Verfasser räth, einen grossen Hautschnitt zu machen, um die meist vielfachen Verwachsungen des Netzes mit der Bauchwand besser lösen zu können. Dann näht er die Bauchwand in drei Schichten.

Eine grosse Nabelhernie bot noch interessante Befunde. Sie war zehn Jahre alt und seit Kurzem irreponibel, enthielt ein grosses Stück Netz und Dickdarm, der ganze Inhalt war vielfach verwachsen. 300 Grm. Netz wurden entfernt und die frischen Wundränder mit vielfachen Seidennähten vereinigt.

Dr. G. Meyer, Gotha.

2.

Klinisches Handbuch der Harn- und Sexualorgane. Herausgegeben von weil. Prof. Zuelzer, redig. von Oberländer (Dresden). 4 Abtheilungen. 8. Bei F. C. W. Vogel, Leipzig. 1894.

Den Plan zu vorliegendem Sammelwerke hatte Zuelzer bereits vor mehreren Jahren gefasst; er hatte die Vertheilung und Anordnung des Stoffes übernommen und sich mit den einzelnen Mitarbeitern über die zu bearbeitenden Themata geeinigt, konnte aber leider die Vollendung seines Werkes nicht mehr erleben. An seiner Stelle führte Oberländer

die Herausgabe zu Ende, ohne wesentliche Aenderungen an der ursprünglich getroffenen Eintheilung vorzunehmen.

Der Titel des Werkes verspricht mehr, als der Inhalt bringt, da die weiblichen Sexualorgane nur anatomisch und entwicklungsgeschichtlich berührt werden, sonst aber ganz ausgelassen sind, ein Umstand, der durch die grosse Ausdehnung dieses im Specialfach der Gynäkologie abgeschiedenen Gebietes der Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane sich rechtfertigen lässt.

Das Werk umfasst vier grosse Abtheilungen, die kurz hinter einander im Druck erschienen sind.

Abtheilung I (436 Seiten mit 45 Abbildungen) bringt in einem pathologisch-anatomischen Theile die Anatomie und Entwicklungsgeschichte des Harnapparates (bearb. von Prof. Solger-Greifswald), des Geschlechtsapparates (bearb. von Benda-Berlin), eine specielle Neuropathologie der Niere (von Sehrwald-Freiburg) und die pathologische Anatomie incl. Bacteriologie des Harnapparates und der männlichen Geschlechtsorgane (von Bencke-Braunschweig). Den einzelnen Kapiteln geht eine umfassende Aufzählung der einschlägigen Literatur voraus; die Eintheilung in den Kapiteln selbst ist eine sehr übersichtliche, ihr Inhalt bei Berücksichtigung aller Einzelheiten der ältesten und neuesten Forschungen doch nicht weitschweifig. Ein entschiedener Mangel dagegen ist die geringe Anzahl der sonst vortrefflichen Abbildungen, ein Nachtheil, der besonders in der Schilderung der speciellen Pathologie sehr zur Geltung kommt, da hier auch nicht eine einzige Abbildung den Text erläutert.

Ein dem pathologisch-anatomischen folgender klinischer Theil umfasst in besonderen Kapiteln die propädeutischen Forderungen und klinischen Untersuchungen, die Krankheiten der Nebennieren und die leichteren Nierenerkrankungen. Nach dem Plane des Herausgebers sollte speciell der klinische Charakter des Werkes betont werden, und so finden wir einzelne wichtige klinische Fragen in besonderen Kapiteln abgehandelt: functionelle Albuminurie (von Goldstein-Aachen), Hämaturie und Hämoglobinurie (von demselben), Phosphaturie (von Linstow-Göttingen), Lipurie (von Sehrwald). Ein chirurgisch interessantes Kapitel „Ueber die Verletzungen der Nieren und Ureteren“ (bearb. von Hurry Fenwick-London) findet sich ebenfalls in diesem Theil, obgleich der dazu gehörige weitere Abschnitt über die „chirurgischen Operationen an der Niere“ (bearb. von demselben) am Ende der zweiten Hauptabtheilung kommt.

Abtheilung II (406 Stn. mit 1 Abbildung) schildert die eigentlichen und schweren Krankheiten des Nierenparenchyms, des Nierenbeckens und der Harnleiter, von deren Bearbeitern wir hauptsächlich Pel-Amsterdam („acute und chronische Nierenentzündung“), Strübing-Greifswald („Neubildungen — Cysten — Tuberculose — thierische Parasiten der Niere“ und ein besonderes Kapitel über „Urämie“), Reczey-Budapest (Steinkrankheit der Niere und Blase) nennen.

Unter den chirurgischen Operationen an der Niere finden sich die Punction, Nephrorrhaphie, Nephrotomie (Nephrolithotomie) und Nephrektomie in vorzüglicher Schilderung.

Abtheilung III (413 Stn. mit 67 Abbildungen) enthält für den Chirurgen zahlreichere interessante Kapitel: die Krankheiten der Prostata (von Hoffmann-Greifswald), chirurgische Klinik der Blasenkrankheiten (von Burckhardt-Basel), moderne Cystoskopie (von demselben); chirurgische Krankheiten der männlichen Urethra (von Englisch-Wien), der Hoden und Nebenhoden (von Finger-Wien). Näher auf dieselben einzugehen, verbietet uns der beschränkte Raum.

Abtheilung IV (318 Stn.) endlich enthält die Besprechung der rein nervösen Erkrankungen, soweit sie sich auf die sexuelle Sphäre beziehen, der nervösen Störungen der Harnorgane und die venerischen Erkrankungen beider. Die einzelnen Kapitel dieser modernsten Errungenschaften bieten eine sehr dankbare Lectüre und sind von bewährten Forschern auf diesem Gebiete bearbeitet. Die „*Neuropathia sexualis virorum*“ (von Prof. Eulenburg-Berlin) enthält die krankhaften Erscheinungen im Gebiet der männlichen Sexualsphäre, der sexualen Neurasthenie und den Anomalien der Geschlechtsempfindung und des Geschlechtstriebes. In ähnlicher Weise bearbeitet folgt die „*Neuropathia sexualis feminarum*“ von Krafft-Ebing-Wien. Den „*Diabetes insipidus*“ und „*mellitus*“ macht Lépine-Lyon zum Gegenstand seiner Bearbeitung, und endlich schildert Peyer-Zürich unter dem Titel: „Die nervösen Erkrankungen der Urogenitalorgane“ die nervösen Functionsanomalien der Nieren: Polyurie, Oligurie, Anurie — der Blase — der Harnröhre — der Haut des Urogenitalsystems; die Masturbation — Pollution — Aspermatismus.

Dass sich in den einzelnen Kapiteln, deren jedes für sich ein abgeschlossenes Ganze bildet, bisweilen etwas wiederholt, liegt in dem engen Zusammenhang, in dem die Erkrankungen der einzelnen Organe des Urogenitalsystems mit einander stehen. Das Buch soll hauptsächlich dem praktischen Arzte die Möglichkeit bieten, sich über den gegenwärtigen Stand dieses Specialfaches schnell und gründlichst zu orientiren, und zu dieser Aufgabe schien die Anordnung in einzelnen, für sich abgeschlossenen Kapiteln allein als maassgebend. Wir wollen hoffen, dass eine weite Verbreitung des Sammelwerkes unter dem ärztlichen Publikum Herausgeber und Mitarbeiter für ihre Hingebung belohnt.

Die Ausstattung des Werkes entspricht dem Rufe der Verlagsbuchhandlung.

Dr. Curt Hagen.

3.

Karg und Schmorl, Atlas der pathologischen Gewebelehre in mikrophotographischer Darstellung. Leipzig, F. C. W. Vogel.

Die beiden Schlusslieferungen enthalten auf einer Tafel die hauptsächlichsten Mikroorganismen in einer, bei sorgfältiger Auswahl charakteristischer Bilder, ausgezeichneten Wiedergabe; am besten zu erweisen ist die Vortrefflichkeit der Leistung an der klaren Darstellung der Geisselfäden des Typhusbacillus. Den Hauptinhalt der zwei Lieferungen bildet die reiche Uebersicht der verschiedenen Geschwulsttypen: Sehr instructiv wirken die Gesamtdurchschnitte kleinerer Tumoren mit charakteristischer äusserer Gestalt, z. B. die Hautfibrome (Warze, Condylom), und die Bilder derjenigen Tumoren, bei denen das Ineinandergreifen

differenten Gewebsarten eine schon für schwache Vergrößerungen typische Architektur erzeugt, besonders der epithelialen Tumoren aller Art. Die schwierigere Aufgabe, die feineren Strukturverhältnisse und Zellformen klar zur Anschauung zu bringen, ist, wie für die früher besprochenen pathologischen Processe, auch für die Geschwülste grösstentheils in glücklicher Weise gelöst. Als Beispiele besonders gelungener Darstellung seien erwähnt das Myxom auf Tafel XX, das Spindelzellensarkom auf Tafel XXI, das Molluscum contagiosum auf Tafel XXII. Die letzte Tafel bringt Abbildungen von Knochenerkrankungen und von Coccidien in der Kaninchenleber.

Endlich ist den Schlusslieferungen die ausführliche technische Einleitung beigelegt.
M. B. Schmidt (Strassburg).

4.

Primer Congreso médico-pharmaceutico regional, celebrado en Valencia del 26 al 31 julio de 1891. Actas y detalles publicados bajo la direccion del Dr. Faustino Barberá. Valencia 1894. 8. F. Domenech. 720 Stn.

Aus den Sitzungsberichten der chirurgischen Section dieses provincialen Aerztecongresses, der zur Feier des 50jährigen Gedenktages der Stiftung des Instituto medico Valenciano abgehalten wurde, seien die folgenden Mittheilungen und Abhandlungen erwähnt:

Dr. Francisco Cantó eröffnet die chirurgischen Vorträge mit einer Beleuchtung der verschiedenen Operationsmethoden, die im Laufe der Zeit für das Hygroma praepatellare angegeben wurden. Er verwirft alle Injections- und Cauterisationsmethoden und exstirpirt in ausgebildeten Fällen den Schleimbeutel im Ganzen. In neuerer Zeit nun glaubt er durch eine von Pozzi zuerst für andere Operationen angegebene Verbesserung des Verfahrens die Exstirpation erleichtern zu können. Er injicirt nämlich vorher, nachdem er den flüssigen Inhalt ausgesogen hat, eine erstarrende Masse und zwar Wallrath. Dadurch soll die Cyste in einen harten Tumor verwandelt werden, der sich leichter herauslösen lässt. Nach zwei so operirten Fällen hätte sich das Verfahren als sehr zweckmässig erwiesen.

Der Kliniker Mas von Valencia macht Mittheilungen über die von ihm geübte Operation für Peniskrebse, welche bereits die Pars scrotalis und die Pars perinealis der Harnröhre ergriffen haben, ein Verfahren, welches er, im Gegensatz zu der Amputatio penis, als Saphlektomia bezeichnet. Er umschneidet den Penis durch zwei Bogenschnitte und macht dann eine zweite mediane Incision zwischen Scrotum und Anus. Durch diese wird das Corp. cavern. urethrae mit dem Bulbus freigelegt; die Harnröhre wird je nach der Ausdehnung der Neubildung vor oder im Bulbus durchschnitten. Die Blutung hier wird mit dem Paquelin gestillt. Der Samenstrang bleibt jederseits zur Seite des Schnittes unversehrt. Dann wird in der oberen Wunde das Ligamentum suspensorium penis durchschnitten, und demnächst das Corpus cavernosum penis jederseits vom Knochen abgelöst. Die Ligatur der dabei angeschnittenen Endäste der Art. pudenda int. seu communis in der Tiefe der Wunde und dem

verhältnissmässig engen Raum zwischen den Schambeinästen macht manchmal Schwierigkeiten. Die obere Wunde wird schliesslich ohne Weiteres genäht, in die untere wird vor der Naht der Urethrastumpf durch einige Fäden befestigt. Zwei Fälle von weit vorgeschrittenem Carcinoma penis wurden auf diese Weise mit gutem Erfolg operirt.

Dr. Alvaro Esmerdo bringt eine längere Abhandlung über Pathologie und chirurgische Behandlung pleuritischer Exsudate. Die verschiedenen Arten der Ergüsse, sowohl in Rücksicht auf die Beschaffenheit der Abscheidung als auch im Verhältniss zur Lunge, Brustwand und Zwerchfell, sind genauer besprochen; die Anschauungsweise des Vortragenden, welche seröse, eitrige und hämorrhagische Exsudate als Abstufungen eines und desselben Processes auffasst, fordert zum Widerspruch heraus.

Die Indicationen zu Eingriffen werden so gestellt, wie sie auch bei uns allgemein Geltung haben, also die Thorakocentese soll bei serösem, die Thorakotomie bei eitrigem Erguss angewendet werden. Wenn eine dieser Operationen nicht zum Ziele führt, sei es, dass es sich um mehrfache abgeschlossene Exsudatherde handelt oder dicke Pseudomembranen, oder dass der Zustand der Lunge die Ausfüllung der Höhle nicht zulässt, so kommt, sowohl bei ursprünglich serösem als bei ursprünglich eitrigem Erguss, als letzter Versuch eine Thorakoplastik in Frage.

Diese Operation führt Vortragender in folgender Weise aus: Ein Längsschnitt wird in der Axillarlinie bis zur untersten der zu resecirenden Rippen geführt, daran schliesst sich ein Horizontalschnitt entlang der Mitte dieser Rippe, der gleich das Periost mit spaltet. Die Rippen werden nun, von unten angefangen, nach der allgemein geübten Methode subperiostal resecirt, wobei weder der Pleuraraum eröffnet wird, noch die Intercostalgefässe verletzt werden. Erst nachdem dann durch Umstechungen, welche je von der Mitte einer Rippenperiostfläche bis zur nächstfolgenden gehen, die Gefässe an beiden Seiten abgeschnürt sind, wird die Pleura durchtrennt. Stellt sich dann nach Abtastung der Exsudathöhle heraus, dass dieselbe noch weiter nach oben reicht, so werden noch Rippen resecirt, damit oben kein todter Raum bleibt. Die Wunde soll sorgfältig mit Jodoformgaze ausgefüllt werden. Den Vorschlag von Schede, die Wundflächen durch Druck von aussen an einander zu legen, verwirft der Vortragende und macht diese Behandlungsweise für die schlechteren Erfolge, die aus Schede's Statistik hervorgehen, verantwortlich. Er selbst hat 6 Fälle nach seiner Methode operirt, die alle in 2—3 Monaten ausheilten; nur in einem Falle, wo die 3. bis 7. Rippe herausgenommen waren, und zwar die 6. in der Länge von 13 Cm., dauerte die Heilung ungefähr 1 Jahr.

Zur Thorakocentesis bedient sich Vortragender des Apparates von Dieulafoy, die Thorakotomie wird durch subperiostale Rippenresection ausgeführt; die Küster'sche Methode der zweifachen Thoraxeröffnung verwirft Vortragender, weil die Eröffnung an einer Stelle, wenn sie genügend gross und an richtigem Orte angelegt wird, genügenden Abfluss schafft.

Dr. Ferrer Julve spricht über neue Methoden der Luftröhrenöffnung bei Croup, die er eronnen hat, um, wie er sagt, die Gefahren der Blutung so zu verringern, dass die Operation auch von solchen Aerzten angewandt werden kann, welche sonst vor den Gefahren der Tracheotomie zurückschrecken.

Die erste dieser verbesserten Methoden ist die Tracheocentese mittelst eines beschriebenen, von den bekannten Tracheotomen wenig abweichenden Instrumentes.

Die zweite, die „Umstechungs“-Methode, besteht darin, dass mittelst einer gekrümmten Nadel zuerst ein Metallfaden durch die Haut in die Trachea und dann wieder heraus gestochen wird, und zwar vertical zu beiden Seiten der Mittellinie. Nach Abschnürung der Weichtheile durch die Metallfäden wird median eingeschnitten.

Die dritte Methode erfordert ein zangenartiges Instrument. Die untere gekrümmte, spitze Branche desselben soll durch die Haut und Weichtheile in die Trachea und weiter aus derselben wieder nach vorn herausgestossen werden. Eine Schiebervorrichtung erweitert den vor der Spitze gelegenen Theil der Branche seitlich, dann klappt die obere, gleich geformte Branche herüber, und zwischen den seitlichen, durch Metallrahmen hergestellten Erweiterungen beider Branchen sollen die zwischenliegenden Gewebe, also Haut, Weichtheile, Trachealwand comprimirt werden, so dass dazwischen die Luftröhre ohne Blutung eröffnet werden kann.

Zum Glück ist die Zange so complicit, dass es dem „Charrière Valencias“, dem Instrumentenmacher Sr. Olie, noch nicht geglückt ist, dieses gemeingefährliche Werkzeug herzustellen.

Die vierte Methode beruht wieder, ähnlich wie die erste, auf seitlicher Abschnürung vor Eröffnung der Luftröhre.

Ob der Vortragende eine dieser Behandlungsweisen schon am Leben versucht hat, darüber erfährt man aus dem Vortrag kein Wort.

Sehr lehrreich ist eine Veröffentlichung über Milzbrand von Martínez Segni.

Die Ansteckung mit Milzbrand vom Vieh aus scheint demnach in Spanien nicht selten vorzukommen; der Vortragende hat seit 1871 mehr als 100 Fälle behandelt. Auch dort kommen weitaus die meisten Ansteckungsfälle auf die heissen Monate Juli und August.

75 Fälle aus der Praxis des Vortragenden, die er genau beobachtet hat, dienen dieser Arbeit als Grundlage; sie sind ausserordentlich übersichtlich in einer Tabelle zusammengestellt mit kurzen Angaben über Alter, Gewerbe der Erkrankten, über Ort und Beschaffenheit der Initialpustel, Verlauf, Behandlung und Ausgang der Krankheit.

Die Erfahrungen, welche aus dieser Zusammenstellung gewonnen wurden, sind ausführlich bearbeitet; die Ausführungen über Art und Weise der Uebertragung sind mehr für Hygieniker beachtenswerth. Hier sei nur erwähnt, dass bei Weitem am häufigsten ländliche Arbeiter erkrankten.

Das Alter der grössten Arbeitsfähigkeit stellt die meisten Fälle, jedoch sind in dieser Zusammenstellung alle Altersklassen vom Säuglingsalter bis zum Greisenalter vertreten.

Während andere spanische und französische Aerzte das mehrfache Auftreten von Initialpusteln gleichzeitig beobachtet haben wollen, war in allen 75 Fällen ohne Ausnahme nur eine Milzbrandpustel vorhanden.

In 15 Fällen war die Art der Einimpfung mit grosser Wahrscheinlichkeit festzustellen, wenn die Kranken z. B. Fliegenstiche an der betreffenden Stelle gefühlt oder an einem bestimmten Tage mit Thei-

len milzbrandkranker Thiere gearbeitet hatten. Daraus ergibt sich eine Incubationszeit, die zwischen 2 und 7 Tagen schwankt und im Mittel $3\frac{1}{2}$ Tage beträgt.

Bacteriologische Untersuchungen konnte Vortragender, der auf dem Lande practicirt, leider nicht machen; nur in einigen Fällen wurden Injectionen von Pustelinhalt an Kaninchen gemacht, die in wenigen Stunden tödteten. Die Diagnose wurde aus der Beschaffenheit der localen Hautveränderung gestellt; nie fehlte der rothe, blauröthe bis schwärzliche Fleck mit Blasenbildung in der Mitte, um den sich das charakteristische Oedem bildete. Dennoch ist die Diagnose in manchen Fällen recht schwierig, wie ein angeführter Fall des Vortragenden lehrt, wo eine Pustula maligna im Bart für Acne rosacea gehalten wurde, bis das schnell zunehmende Oedem die Natur der Erkrankung verrieth. Alle Initialpusteln sassen im Gesicht und am Vorderarme, weitaus am häufigsten waren Wange und Stirn der Sitz.

Fälle, wo als erste Erscheinung ein Oedema malignum ohne Hautveränderung auftritt, hat Vortragender nicht beobachtet, ebenso wenig hat er je eine Infection vom Darmkanal aus erlebt. Der Verlauf der verhältnissmässig wenigen Erkrankungen, die zur Allgemeininfection kamen, schwankt zeitlich zwischen 2 bis 10 Tagen; Alter und Kräftezustand sollen von Einfluss auf die Zeitdauer sein, aber auch der Sitz des Initialherdes, indem Infection näher am Rumpf einen schnelleren Verlauf herbeiführt.

Nach des Vortragenden Erfahrung sind alle Fälle verloren, bei denen Allgemeininfection schon eingetreten ist. Jedoch endeten von den 75 Fällen, die hier zusammengestellt sind, nur 4 tödtlich, was einer Mortalität von 5 Proc. entsprechen würde.

Spontanheilung wurde natürlich deshalb nicht beobachtet, weil stets sofort eine chirurgische Behandlung eingeleitet wurde. Doch glaubt der Vortragende aus Beobachtungen Anderer den Schluss ziehen zu können, dass die Krankheit nicht selten localisirt bleibt und spontan abheilt.

Was nun die Therapie betrifft, so ist nach Ansicht des Vortragenden nach Eintritt der Allgemeininfection jede Behandlung aussichtslos. Im Gegensatz zu ihm will aber, wie aus der Discussion hervorgeht, Dr. Barberá durch innerlich gegebene Quecksilberpräparate, wenn es in grossen Dosen, bis zur Mercurialvergiftung, dargereicht wurde, Heilungserfolge gesehen haben. Die locale Behandlung der Milzbrandpustel bestand in den ersten Jahren in Scarificationen oder Kreuzschnitten mit folgender Aetzung durch Wiener Paste oder Sublimat. In den letzten Jahren verfuhr Vortragender in leichteren Fällen, d. h. wenn die Pustel noch im Beginn war, nach Vorschrift von Trélat: Kreuzschnitt über die Pustel, Auflegen von Wiener Paste und subcutane Einspritzungen von 1 proc. Carbolsäurelösung in die Umgebung.

In vorgeschrittenen Fällen wurde nach Verneuil verfahren: Thermokaustische Zerstörung des Centrums des Initialherdes, tiefe Einschnitte mittelst des Thermokauters in die Umgegend und subcutane Einspritzungen von 1 proc. Jodtinctur in die ödematöse Zone; 10 Tropfen auf jede Einspritzung, die in Zwischenräumen von 5 Cm. gemacht werden.

Ueber mehrere Blasensteinoperationen bei Frauen durch „Urethroektasie“ berichtet Mas.

Er will diese, wie er sagt, mit Unrecht in Vergessenheit gerathene Methode warm empfehlen, nachdem ihn ein Fall von spontaner Blasensteinausstossung auf die Leistungsfähigkeit der Methode aufmerksam gemacht hat. Bei einer Frau nämlich, welcher er die Operation — vaginalen Steinschnitt (?) — empfohlen hatte, entleerte sich ein hühnereigrosser Stein 4 Wochen später durch die Harnröhre. Allerdings folgte hier ziemlich lange dauernde Incontinenz.

Seitdem wurden 4 Patientinnen auf diesem Wege von Steinen befreit. Immer wurde die schnelle Erweiterung der Harnröhre mittelst des Nélaton'schen Mastdarmdilators in Narkose bewerkstelligt, mit welchem man leicht ohne Einriss das Lumen so vergrössern kann, dass der Umfang 9 bis 10 Cm. erreicht. So kann man die Blase abtasten und den Stein fassen.

Verkleinerung der Concremente war in keinem der Fälle nothwendig. In einem Falle riss Schleimhaut und cavernöses Gewebe der Umgebung ein, die Blutung war leicht zu stillen. Bei keiner der Patientinnen dauerte die Incontinenz länger als 4 Tage. Da man nach Tilleaux die Urethra auf das Zwölfwache ihres Lumens erweitern kann, können auch Steine nicht unbeträchtlichen Kalibers so entfernt werden.

Bei grösseren Concrementen tritt auch nach des Vortragenden Ansicht der vaginale Steinschnitt in sein Recht; nach den Erfahrungen, wie sie in der Discussion zu dieser Mittheilung zum Ausdruck kommen, macht die Heilung des durch den vaginalen Steinschnitt gesetzten Defectes niemals Schwierigkeiten.

Der Kliniker Mas theilt dann noch in einem längeren Vortrage einige ausser Zusammenhang stehende Fälle aus seiner Praxis mit.

Der erste derselben beweist, dass der Vortragende nicht dem in Spanien und anderen Ländern üblichen Gebrauche huldigt, nur günstig verlaufene Fälle zu veröffentlichen.

Ein 23jähriger Mann kam mit einer 38 Tage alten Luxatio humeri intracoracoidea in Behandlung. Einrichtungsversuche, die an zwei Tagen in Narkose vorgenommen wurden, missglückten, und Vortragender machte die Arthrotomie nach Ollier's Vorschrift, indem er die Kapsel von vorn eröffnete. Da sich der Kopf so nicht auslösen liess, wurde noch von der Achselhöhle die Kapsel gespalten und der Humeruskopf reponirt. Ein Abscess im Cavum glenoidale sowie eine Phlegmone unter der Clavicula mit hohen Temperaturen zwangen zu mehrfachen Eingriffen, die aber einen Lungenabscess und Eiterungen an entfernten Körpertheilen nicht verhindern konnten. Zwei Monate nach der Operation waren alle Wunden geheilt, aber die Schulter fast ganz unbeweglich und der Arm äusserst abgemagert. Den Vorschlag zur Resection des Caput humeri lehnte der Patient ab.

Ein Fall von Gehirnbrunnensabscess bei einem 30jährigen Manne, der 9 Monate nach der Operation einer cariösen Eiterung am Os parietale entstanden war, nachdem die Operationswunde sich lange offen gehalten hatte und schliesslich von einem Curpfuscher behandelt worden war, ist in mehrfacher Beziehung interessant. Die Diagnose wurde aus dem Fieber und den Herdsymptomen (Lähmungen) gestellt; die äussere Wunde war damals central nekrotisch, stark entzündet und von erysipelartig ge-

rötheter Haut umgeben. Bei der Operation wurde von der Wunde aus nach vorn ein halbkreisförmiger Hautperiostlappen ausgeschnitten, und aus dem Os parietale ein 5 mal 3 Cm. grosses Stück entfernt. Die Dura war „stark vascularisirt“, das Gehirn an der höchsten Stelle der „aufsteigenden Frontalwindung“ (Gyr. centralis ant.) verfarbt. Die Probepunction ergab Eiter, und nach Einschneiden mit dem Messer entleerten sich drei Esslöffel dicken, leicht grünlichen Eiters. Nach Borsäureausspülung wurden sowohl Dura wie die Haut „vereinigt“, und zwar, wie aus der Beschreibung deutlich hervorgeht, genäht. Der Verlauf war dem entsprechend ein anderer, als der Operateur erwartet zu haben scheint. Zwar fiel momentan das Fieber ab, und die Gehirnerscheinungen besserten sich, doch nach 6 Tagen, als erneutes Fieber zum Verbandwechsel zwang, zeigte sich ein „entzündlicher“ Hirnprolaps. Die Therapie bestand nun in Anlegen eines Druckverbandes, der die Gehirnhernie zurückhalten sollte. Nach weiteren 6 Tagen ward ein Hirnprolaps von der Grösse zweier Fäuste zwischen Haut und Compressivverband gefunden. Derselbe wird nunmehr durch eine elastische Ligatur abgeschnitten. Nach 2 Tagen Tod in tiefem Coma, nachdem noch massenhaft Gehirnmasse herausgetreten war.

Den Schluss der Mas'schen Mittheilungen bildet eine Abhandlung über die Pathogenese der Recidive von Neubildungen und über die Schlussfolgerungen, die sich daraus für die Behandlung der Neubildungen ergeben. Wesentlich Neues bringen die Ausführungen nicht, sie führen zu der Forderung für die Therapie, Neubildungen auch dann, wenn nur die Möglichkeit vorhanden ist, dass Malignität vorliegt, gründlich im Gesunden zu entfernen. Als Warnung vor abwartender Behandlung bei Tumoren führt Vortragender seine Erfahrungen über Brustkrebs an. Da die Patientinnen meist mit vorgeschrittenem Carcinom zur Operation kamen, war bei 90 Proc. der Operirten ein Recidiv beobachtet worden. Ob die Achselhöhle jedesmal mit ausgeräumt wurde, ist nicht angegeben.

Dr. Cantó beschreibt einen neuen Apparat zur Adaptirung der Bruchstücke bei *Fractura patellae*.

Mit der Schiene, auf welcher das Bein liegt, ist ein Apparat verbunden, der im Wesentlichen aus zwei gekreuzten Metallbogen besteht, welche an den Enden ausgehöhlte Pelotten tragen. Diese Pelotten liegen, zwei oben und zwei unten, den Kniescheibenrändern auf; durch Verkürzung der Metallrahmen können die Kniescheibenhälften einander genähert werden. Ein Fall, der eine 40jährige Dame betraf, wurde so behandelt; die Diastase der Bruchenden betrug 2—3 Cm. Der Apparat wurde, ohne dass besonders schlimme Schmerzen auftraten, bis zum 7. Tage täglich enger gestellt, am 4. Tage wurde ausserdem mit Massage begonnen. Der Apparat blieb bis zum 40. Tage liegen; am 60. Tage konnte die Patientin, was Vortragender als einen grossen Erfolg ansieht, die Treppe hinabsteigen, indem sie sich mit einem Arme stützte. Leider ist nicht angegeben, wie die Beugefähigkeit nach Ablauf der Behandlung war, und wie die Vereinigung ausgefallen war.

Die besonders gelobten Vorzüge dieser Behandlungsweise sind die, dass keine circulationsstörenden Druckverbände, wie z. B. bei der Fixation durch Binden, zur Verwendung kommen, dass die Kniescheibe jeden

Augenblick untersucht werden kann, dass man, ohne das Bein zu bewegen, die Bruchstücke nähern und entfernen kann, und dass schliesslich die Haut unverletzt bleibt

Dr. Mas Soler legt seine Erfahrungen über eingeklemmte Hernien und über die Radicaloperation der Brüche dar. Nach seinen eigenen Beobachtungen ist die Taxis bei Einklemmungen, die schon mehrere Stunden oder gar Tage bestanden haben, fast immer aussichtslos, ebenso in frischen Fällen, wenn nicht sofort der erste Versuch zum Ziele geführt hat.

Fünf Fälle von Herniotomie bei Leistenbrüchen aus den letzten Jahren werden aufgeführt, bei dem einen wurde die Operation am 4. Tage vorgenommen, weil die anderen zugezogenen Aerzte von der Operation abriethen. Vorher waren energische Taxisversuche gemacht worden. Der Fall endete mit tödtlicher Peritonitis, die übrigen Fälle bieten nichts Besonderes.

Der Vortragende hat zuerst in Spanien Radicaloperationen von Hernien unternommen. Zwei Operationsberichte über Leistenbruchoperationen sind hier mitgetheilt. Der Bruchsack wurde durch Ligatur geschlossen und exstirpirt. Diese Operation, die Vortragender nach Lucas-Championnière benennt, soll ebenso gute Erfolge nach der Statistik der Recidive haben, als die Czerny'sche mit Naht der Bruchpforte. In beiden Fällen des Vortragenden trat eine „Orchitis oder vielmehr Vaginitis“ auf; durch die Anschwellung des Samenstranges oder seiner Häute wurde beide Male die Hautwunde aufgerissen; es trat aber schliesslich Heilung ein.

Vortragender spricht den Wunsch aus, dass allen Aerzten die günstige Aussicht, welche alle Statistiken über Radicaloperationen ergeben, bekannt werden möge; er glaubt aber, dass vor allem Anderen der allgemeineren Anwendung der Methode der Umstand hinderlich sei, dass Unterleibsbrüche von der Wehrpflicht befreien, denn die ungebildeteren Leute in Spanien wollten sämmtlich lieber ein Bruchband tragen, als unter die Soldaten gehen.

Lloret bringt eine Abhandlung über die Therapie der Senkungsabscesse. Schon in früheren Jahrzehnten, als man die Gefahren der Eröffnung kalter Abscesse scheute, war der Versuch gemacht worden, durch Einspritzungen von Jodtinctur auf die Eiterbildung einzuwirken. Als man dann erkannt hatte, dass die Abscessmembran und nicht der Abscesseiter der Angriffspunkt der Therapie sein müsste, galt eine Zeit lang der Satz, dass rücksichtslose Eröffnung des Abscesses unter dem Schutz der Antiseptik und vollständige Entfernung alles Kranken das Ziel der Operation sein müsste.

In letzter Zeit nun hat man nach dem Vorgange von Verneuil allenthalben mit der mehr conservativen Behandlungsweise der Jodoform-einspritzung überraschende Erfolge gehabt. Vortragender hat die Methode in zwei Fällen von Psoasabscess nach Lendenwirbelcaries angewendet. Er nahm 5- oder 10 proc. Jodoformäther, entleerte den Eiter vorher mit einem ausgeglühten Troikart mit Hülfe des Dieulafoy'schen Apparates und injicirte dann 50 oder 60 Grm. der Jodoformätherlösung. Beide Abscesse heilten aus, doch ist die Beobachtungszeit noch keine lange,

und was aus den Knochenherden geworden ist, erfahren wir nicht. In dem einen Falle stellten sich nach Einspritzung von 50 Grm. Jodoform-äther starke Druckschmerzen ein, der Tumor war wieder grösser geworden und gab tympanitischen Schall. Vortragender nahm an, dass die gespannten Aetherdämpfe die Abscesshöhle ausdehnten, und nach Einführung von feinen Canülen schwanden auch die Druckerscheinungen.

Vortragender nimmt nach den Resultaten der verschiedenen Versuche, die besonders in deutschen Laboratorien gemacht sind, an, dass das Jodoform direct antituberculös wirkt, und glaubt die besprochene Methode als gefahrlos und wirksam allen Praktikern empfehlen zu können.

Den Schluss der chirurgischen Mittheilungen bildet ein Vortrag von Dr. Antolín über Antipyrin als Haemostaticum.

Zuerst wollte man von manchen Seiten, besonders in Frankreich, eine blutstillende Einwirkung innerlich gegebener Antipyrinlösungen auf Magen- und Lungenblutungen, sowie auf andere innere Blutungen beobachtet haben. Daraufhin unterzog Henocque 1884 das Antipyrin einer experimentellen Prüfung. Er schnitt Kaninchen einige Zehen ab und tauchte die blutende Wunde in Gefässe mit den verschiedensten Lösungen, deren blutstillende Wirkung er vergleichen wollte. Dabei stellte sich heraus, dass Antipyrinlösungen schnellere Blutstillung herbeiführten, als z. B. Eisenchloridlösungen oder Ergotinlösungen von gleicher Concentration.

Vortragender hat das Antipyrin daraufhin in einem Falle von Alveolarblutung nach Zahnextraction, wo alle anderen Mittel versagten und der Blutverlust ein sehr grosser war, angewendet. Ein Wattetampon mit „concentrirter“ Antipyrinlösung stillte die Blutung sofort. Dieser eine Fall beweist eigentlich nicht viel; doch will Vortragender in einigen anderen Fällen, die nicht aufgeführt sind, eine ähnliche schnelle Wirkung beobachtet haben. Auch von anderer Seite, besonders in Frankreich, ist seitdem Antipyrin als locales Blutstillungsmittel angewendet worden, z. B. bei Uterus-Blutungen oder zur Blutstillung nach Tonsillotomie. Die Substanz wirkt in zwei Richtungen, indem sie einmal starke Contraction der Gefässe herbeiführt und dann auf das Blut selber gerinnungsbefördernd einwirkt.

Mit anderen, besonders französischen Chirurgen giebt sich Vortragender der Hoffnung hin, dass die Antipyrinlösung, die gleichzeitig energisch antiseptisch wirken soll, bei Operationen, wie z. B. bei der Tracheotomie, wo die Blutung so hinderlich ist, von grossem Werthe sein kann.

Dr. G. Meyer, Gotha.

5.

Ueber den Kropf und dessen Behandlung. Von Dr. Gustav Naumann. Aus dem Schwedischen übersetzt von Dr. O. Reyher (Leipzig). 191 Stn. Lund 1892. Berlingska Boktryckeri — och Stilgjuteri — Actiebolaget.

Dem Plane der 1875 erschienenen Lücke'schen Abhandlung „Die Krankheiten der Schilddrüse“ folgend, hat Verfasser (Oberarzt am Kranken-

hause zu Helsingborg) das reiche literarische Material, das seitdem über die Lehre von der Struma erschienen ist, in vorliegendem Werke mit grossem Fleiss gesammelt und gesichtet, wobei ihm mannigfache eigene Erfahrungen hülffreich zur Seite standen.

Die Monographie zerfällt in zwei Theile: „Ueber den Kropf“ und „Die Behandlung des Kropfes“. In ersterem finden wir unter einzelnen Kapiteln die normale Anatomie und Histologie, Entwicklung und Physiologie der Schilddrüse; die Geschichte und geographische Verbreitung des Kropfes, seine Aetiologie und Verhältniss zum Cretinismus; endlich die pathologische Anatomie, das Wachsthum und den Verlauf.

Im zweiten Theil wird die hygienische und medicamentöse Behandlung, eine ausgezeichnete Geschichte der Kropfoperationen gegeben. Einzelne Daten sind daraus erwähnenswerth: Vor 1850 hatte man bei 54 Strumektomien eine Mortalität von 31,48 Proc. zu verzeichnen, diese sank bis 1876 bei 154 Operationen auf 20,1 Proc., bis 1885 bei 405 Operationen auf 12,8 Proc. Billroth und Kocher haben mehr Strumaexstirpationen gemacht, als irgend ein anderer Operateur; Letzterer veröffentlichte 1889 weitere 250 von ihm ausgeführte Operationen mit einer Mortalität von nur 2,4 Proc.; werden hiervon die malignen Strumen und die Fälle bei Morb. Basedow. abgerechnet, so bleibt eine Mortalität von nur 0,8 Proc. Aus dem Kapitel über „Myxödem und Tetanie als Folgen der Totalexstirpation“ ist hervorzuheben, dass 69 Fälle von Myxödem (darunter 86 Proc. weibliche und 14 Proc. männliche Patienten) unter 408 sogenannten Totalexstirpationen bekannt geworden sind, während Tetanie 30 mal beobachtet wurde, darunter 4 mal in Myxödem übergehend; 13 von den 30 Fällen endeten tödtlich, 7 mit Genesung, 3 gingen in chronische Formen über. Als letztes Kapitel folgen die „Indicationen der Kropfoperation“ und „Schwierigkeiten bei der Strumektomie“. Bei der jetzt erreichten, fast vollkommenen Gefährlosigkeit der Kropfoperation will Verfasser alle Strumen operirt wissen, sobald sie nicht bei äusserlicher und innerlicher Anwendung von Jodmitteln schnell zurückgehen. Die einzige Contraindication bildet die atheromatöse Gefässentartung oder schwere constitutionelle Störungen.

Den Schluss der Abhandlung bildet ein ausführliches Literaturverzeichnis. —

Dr. Curt Hagen.

6.

Die Extraction der Zähne. Von Prof. Dr. Holländer. IV., neu bearbeitete Auflage. 97 Stn., 54 Abbildungen. 1894. Leipzig, bei Arthur Felix.

7.

Die Extraction der Zähne. Von Dr. Jul. Scheff jun. 130 Stn., 60 Abbildungen. 1894. Wien, bei Alf. Hölder.

Beide vorliegende Werkchen können, da sie dasselbe Thema behandeln und im grossen Ganzen auch dieselben Anschauungen erkennen lassen, zusammen besprochen werden. Das erste, bereits in drei früheren Auflagen verbreitet, erscheint in der Uebersichtlichkeit seines Inhaltes und

Darstellungsweise der einzelnen Kapitel für den Leser etwas bequemer noch, als das zweite, welches in ausgedehnter Weise auch dem historischen Theil gerecht zu werden versucht.

Beide Autoren gehen von dem Grundsatz aus, dass eine genaue anatomische Kenntniss des Baues und der Einpflanzung der Zähne im Kiefer die wichtigste Aneignung für den Zahnarzt sein muss, und suchen durch eine sorgfältige Schilderung und vortreffliche Illustration dem Leser dazu zu verhelfen.

Der Beschreibung der Zahninstrumente im Allgemeinen folgt eine solche der Zahnzangen im Besonderen in der Weise, dass für jede Zahngruppe im Ober- und Unterkiefer, für gesunde und kranke, bleibende und Milchzähne, die ganzen Zähne und deren zurückgebliebene Wurzeln, die Form der Zange und Art ihrer Anwendung mit der Stellung des Operateurs und Haltung des Patienten angegeben wird. Grosses Gewicht legen die Autoren auf die richtige Indicationsstellung zur Extraction eines Zahnes. Unter den Contraindicationen finden wir je nach den Umständen: Menstruation, Hämophilie, Leukämie und Albuminurie wegen der oft recht beträchtlichen Blutungen aus der Zahnlücke. Epileptische Anfälle können durch Zahnextraction hervorgerufen, andererseits, durch Zahnreiz bedingt, beseitigt werden. Ozaena, Eiterung in der Oberkieferhöhle, Ohrenleiden sind häufig durch schlechte Zähne bedingt, deren Herausnahme das Uebel beseitigt.

Lehrreich ist das Kapitel von den üblen Zufällen während und nach der Extraction, als da sind: Bruch des zu extrahirenden Zahnes oder der benachbarten Zähne, Entfernung von Zahnkeimen bleibender Zähne, Bruch der Zangenbacken während des Extractionsversuches; Bruch des Alveolarfortsatzes, des Kiefers selbst oder Luxation des Unterkiefers.

Die Ausstattung beider Werkchen ist vorzüglich; neben dem verständlich geschriebenen Text wird vor Allem die stattliche Anzahl vorzüglich ausgeführter Illustrationen beiden viele Leser verschaffen.

Dr. Curt Hagen.