DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung des deutschen Medicinalwesens nach amtlichen Mittheilungen, der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Begründet von Dr. Paul Börner.

XXVII. Jahrgang.

Redaction: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. A. Eulenburg und Dr. J. Schwalbe, Berlin. — Verlag: Georg Thieme, Leipzig.
W. Lichtensteinallee 3. W. Am Karlsbad 5. Rabensteinplatz 2.

INHALT.

I. Aus der medizinischen Klinik und dem Institut für Hygiene und Bakteriologie der Universität Strassburg: Rectusscheidenabszess beim Typhus abdominalis. Von Dr. L. Bollack und Dr. H. Bruns. S. 585.

II. Aus der Königlichen Poliklinik für Lungenleidende in Berlin: Ueber den Einfluss von Schwangerschaft und Entbindung auf den phthisischen Prozess und den therapeutischen Werth der Einleitung von künstlichen Aborten. Von Dr. S. Kaminer, I. Assistenten. S. 587.

III. Aus der dermatologischen Universitätsklinik in Breslau: Ueber Wirkung, Anwendungsweise und Nebenwirkungen des Thiosinamins. Von Dr. F. Juliusberg, Ass.-Arzt. S. 591.

IV. Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Leipzig: Zur Behandlung der Leberrupturen. (Schluss.) Von Priv.-Doz. Dr. Wilms. S. 593.

V. Aus der I. inneren Abtheilung des städtischen Krankenhauses am Friedrichshain in Berlin: Ein Fall von Stinkbomben- (Schwefelammonium-) Vergiftung. Von Dr. A. Hess, Ass.-Arzt. S. 596.

Aus der ärztlichen Praxis: Ein Fall von horizontalem Nystagmus, hervorgerufen durch Bogengangserkrankung. Von Dr. J. Herzfeld in Berlin. S. 597.

Therapeutische Neuigkeiten: Ein Hand- und Fingergelenkpendel. Von F. Bähr in Hannover. S. 598.

Tropenhygiene: R. Ruge, Einführung in das Studium der Malaria-krankheiten. Ref. Hafenarzt Dr. Nocht in Hamburg. S. 598. — A. Plehn, Weiteres über Malaria. Ref. Priv.-Doz. Dr. Mannaberg in Wien. S. 600.

Kleine Mittheilungen. S. 600.

I. Aus der medizinischen Klinik (Direktor: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Naunyn) und dem Institut für Hygiene und Bakteriologie (Direktor: Prof. Dr. Forster) der Universität Strassburg i. E.

Rectusscheidenabszess beim Typhus abdominalis.

Von Dr. Lucian Bollack und Dr. Hayo Bruns.

Eiterungen im Verlauf eines Typhus, die durch den Typhusbacillus selbst bedingt waren, sind in den letzten Jahren häufiger beschrieben worden. Unter ihnen nehmen die Erkrankungen des Knochens, resp. die Entzündungen der Knochenhaut der Zahl nach bei weitem die erste Stelle ein; in anderen Fällen handelt es sich um eitrige Entzündungen der serösen Häute, in denen man dem Typhusbacillus begegnet, oder auch um Abszedirungen einzelner innerer Organe. Seitdem man auf die Aetiologie derartiger Complicationen beim Typhus mehr Gewicht legt, sind auch einige wenige Beobachtungen gemacht worden, in denen Muskelgewebe oder auch subkutanes Bindegewebe durch den Typhusbacillus selbst zur Vereiterung gebracht worden sind. So berichtet Raymond¹⁾ schon im Jahre 1891 über einen Bauchdeckenabszess, der am 37. Tage nach dem Beginn eines Typhusrezidivs auftrat. In dem Eiter desselben fand er Bakterien in Reinkultur, die er nach allen damals zur Differenzirung von Typhus- und typhusähnlichen Bazillen bekannten Methoden untersuchte und die man auch wohl heute noch, trotzdem gerade über diesen Punkt in der Zwischenzeit unsere Anschauungen sich wesentlich modifiziert haben, als echte Typhusbazillen anerkennen muss. Fasching²⁾ erwähnt drei Fälle von posttyphösen Muskelvereiterungen; bei zweien derselben handelte es sich um Abszesse, die durch Staphylococcen bedingt waren; der dritte zeigte vom Beginn der Entfieberung bis zum Tode des Patienten immer neu auftretende Muskelabszesse, in deren einem er Typhusbazillen und daneben eine andere nicht

näher verfolgte Bakterienart gefunden haben will. Weiterhin sind von Melchior³⁾ multiple Muskelabszesse an den Unterschenkeln, von Swiezynski⁴⁾ ein Deltoideusabszess, von Zahradnicky⁵⁾ ein Abszess im Musculus pectoralis beschrieben worden, in denen ausschliesslich Typhusbazillen als Ursache beobachtet wurden. Abszesse des Unterhautbindegewebes durch Typhusbazillen sind von Rosin und Hirschel⁶⁾ beobachtet worden. In jüngster Zeit hat dann Prochaska⁷⁾ neben einer Reihe von Hautabszessen, die durch Staphylococcen bedingt waren, einen Fall von Glutäalabszess veröffentlicht, aus dem er Typhusbazillen in Reinkultur gezüchtet hat. Wir finden in der uns zugängigen Litteratur nur diese wenigen Fälle, in denen Typhusbazillen im Subkutan- oder Muskelgewebe eine Eiterung in Szene gesetzt haben. Schon die geringe Zahl derselben würde die Veröffentlichung einer gleichen Beobachtung rechtfertigen; zudem zeichnet sich unser Fall durch eine in gewisser Beziehung interessante Lokalisation aus und weiter dadurch, dass der alleinige Befund von Typhusbazillen mit allen jetzt zur Verfügung stehenden Kautelen erhoben worden ist.

Es handelte sich um einen 26jährigen Kellner J. L., der am 23. Januar 1901 in die medizinische Klinik hier aufgenommen wurde. Aus der im übrigen durchaus belanglosen Anamnese ergiebt sich, dass der Patient seit acht Tagen fieberhaft erkrankt ist und an Schwindel, Uebelkeit und Durchfällen leidet. Befund: Mässig kräftiger Mann mit gut ausgebildeter Muskulatur. Keine Roseola, Zunge geschwollen, lebhaft geröthet, belegt. Organe der Brusthöhle gesund. Milz deutlich vergrößert, bis zum Rippenbogen reichend, gut palpabel. Puls dikrot; keine Auftreibung des Abdomens, deutliches Ileocoecalgurren, sonst am Abdomen nichts Besonderes. Der Urin enthielt Spuren von Eiweiss. Die Agglutinationsprobe mit dem aus der Fingerkuppe gewonnenen

¹⁾ Melchior, Hospitalstidende 3. R., 1892, Bd. X, referirt nach Baumgarten's Jahresbericht 1892, S. 233.

²⁾ J. Swiezynski, Ein Fall eines periartikulären Abszesses, hervorgerufen durch den Typhusbacillus. Centralblatt für Bakteriologie 1894, Bd. XVI, No. 19, S. 775.

³⁾ Zahradnicky, Myositis posttyphosa purulenta. Wiener klinische Rundschau 1895, Bd. IX, S. 675.

⁴⁾ Rosin und Hirschel, Zur Lehre von den metastatischen Wirkungen des Typhusbacillus. Deutsche medizinische Wochenschrift 1892, S. 493.

⁵⁾ Prochaska, Untersuchungen über die Eiterungen bei Typhuskranken. Deutsche medizinische Wochenschrift 1901, No. 9, S. 132.

¹⁾ Raymond, Gazette médic. de Paris 1891, No. 9, referirt Baumgarten's Jahresbericht 1891.

²⁾ Fasching, Zur Kenntniss des Bacillus typhi abdominalis. Wiener klinische Wochenschrift 1892, No. 18.

Blute verlief negativ. Trotzdem erschien schon jetzt die Diagnose Typhus als gesichert. Die Temperatur war während der ersten 14 Tage etwa um 40 herum mit geringen morgendlichen Remissionen. Am 26. Januar deutliche Roseolen; zwei Tage später Agglutinationsprobe in einer Verdünnung bis zu 1:100 positiv. In den folgenden Tagen mehrfach wiederholte heftige Darmblutungen. Am 1. Februar zeigte sich auf dem Dorsum des Penis ein etwa 20 pfennigstückgrosse Sugillation, die in den folgenden Tagen an Grösse zunahm und sich dann über den ganzen Penis und das Scrotum erstreckte. Ähnliche Hämorrhagien in den nächsten Tagen an der Spina iliaca dextra und in der Regio inguinalis dextra. Am 8. Februar, zur Zeit des Beginns der Rekonvaleszenz, fühlte der Kranke nach einem heftigen Hustenstoss Schmerzen in der rechten unteren Hälfte des Bauches, worauf im Laufe des Tages sich ein etwa hühnereigrosser, gegen die Haut verschiebbarer, den Contouren des Musculus rectus abdominis entsprechender leicht fluktuierender Tumor entwickelte. Es handelte sich hier aller Wahrscheinlichkeit nach um eine Ruptur des Musculus rectus abdominis. Dieser Tumor trat auf, ohne dass das Fieber wieder in die Höhe gegangen wäre. Am folgenden Tage war die Geschwulst auf Druck schmerzhaft, die Haut über derselben geröthet, in der Tiefe derselben bestand deutlich Fluktuation. Am 12. Februar Inzision unter schichtenweise vorgenommener Durchtrennung der Haut und der Faszie; es entleerten sich durch den Einschnitt etwa 150 ccm bräunlichen, mit Blut durchsetzten Eiters. Die Einschnittöffnung heilte im Verlauf von etwa acht Tagen, und nun entwickelte sich, wieder etwa acht Tage später auf der andern Seite, ziemlich symmetrisch gelegen, eine ähnliche, für den Kranken gleichfalls ziemlich schmerzhaft Anschwellung, etwas kleiner als die der rechten Seite. Mit Rücksicht auf das gleich zu besprechende Resultat der bakteriologischen Untersuchung des Eiters warteten wir, ohne zu inzidieren, ruhig ab; in der That zeigte sich, schon nach wenigen Tagen beginnend, eine Resorption der Geschwulst, die nach etwa vier Wochen bei der Entlassung des Kranken nur noch als knorpelharte Verdickung zu fühlen war. Am 2. April wurde der Patient als geheilt entlassen. Fünf Monate nach Beginn der Erkrankung stellte sich der Patient bis auf eine Narbe in der rechten Unterbauchgegend und eine kaum noch fühlbare Resistenz auf der linken Seite als vollständig gesund wieder vor.

Aus dem Eiter der Geschwulst auf der rechten Seite, welcher die dem Typhuseiter charakteristische bräunlich gelbe Färbung aufwies, legten wir unmittelbar nach seiner Entnahme zunächst Kulturen auf allen möglichen Nährböden sowie auch Plattenkulturen auf Nährgelatine und Agar an, um sämtliche in ihm vorhandenen Bakterienarten mit Sicherheit auch aufzufinden. Mikroskopische Präparate hatten vorher gezeigt, dass im Eiter anscheinend ausschliesslich kurze, kleine Bazillen, nach Gram nicht gefärbt bleibend, vorhanden waren. Insbesondere war von pyogenen Coccen in allen Präparaten nichts zu erkennen. Auf sämtlichen Kulturen und Platten wuchs demgemäss auch immer nur eine einzige, stets gleiche Bakterienart, die in Bezug auf mikroskopisches Aussehen und Wachsthum in allen Theilen den typischen Typhusbazillen entsprach. Insbesondere constatirten wir auf der Kartoffel das bekannte unsichtbare Wachsthum der Typhusbazillen; in Bouillon wurde auch nach 12–14 tägigem Wachsthum kein Indol gebildet, Milch nicht zum Gerinnen gebracht, Traubenzucker nicht vergohren. Gleichzeitig hatten wir mit 1 ccm des ursprünglichen Eiters zwei Meerschweinchen injiziert, welche beide nach etwa 24 Stunden der Injektion erlagen. Die Sektion zeigte multiple Abszesse der Leber, der Milz und der Lungen; aus diesen konnte, ebenso wie aus dem Blut, dieselbe Bazillenart in Reinkultur wiedergewonnen werden. So gross nun auch die Wahrscheinlichkeit war, dass es sich um echte Typhusbazillen handelte, so glaubten wir doch diesen Befund mit Rücksicht auf die typhusähnlichen Bazillen aus der Coligruppe durch Agglutination noch sicherstellen zu müssen. Wir agglutinierten zunächst unsere Bazillen und einen sicheren Typhusstamm, den wir der Sammlung unseres Instituts entnahmen, mit dem Serum des Patienten. Mikroskopisch konnten wir bei beiden Bakterienstämmen in einer Verdünnung des Serums von 1:30, 1:50 und 1:100 schon nach einigen Minuten deutliche Häufchenbildung und Unbeweglichkeit erkennen, während jedesmal die Controllpräparate ohne Serumzusatz Beweglichkeit und Einzelagerung der Bakterien wahrnehmen liessen. Ebenso constatirten wir bei der makroskopischen Prüfung, dass in den Reagenzgläsern die Bakterien bei den gleichen Verdünnungen zusammengeballt wurden und zu Boden sanken, während die darüber stehende Flüssigkeit klar blieb.

Wir immunisirten weiter je ein Kaninchen mit dem von uns gefundenen Bakterienstamme sowohl wie mit der sicheren Typhusreinkultur, indem wir den Thieren jedesmal 2 ccm einer 24stün-

digen, durch zehn Minuten langes Erhitzen auf 56° abgetödteten Bouillonkultur einverleibten. Dann entnahmen wir fünf Tage nach der Injektion den Thieren Blut und prüften das Serum desselben auf seine Agglutinationskraft. Sowohl gegen den Stamm, mit dem die Immunisirung vorgenommen war, wie gegen den fremden Stamm konnten wir eine Beeinflussung der Bazillen noch bei Verdünnungen beider Serumarten bis auf 1:1000 deutlich nachweisen. Noch stärkere Verdünnungen anzuwenden, schien für unseren Zweck unnöthig, da wir durch die erhaltenen Zahlen berechtigt sind, mit voller Sicherheit die von uns gefundenen Bakterien als richtige Typhusbazillen anzusprechen. Einige Agglutinationsversuche des Kaninchenserums mit anderen Bakterienstämmen, so z. B. mit einem aus Fäces gezüchteten *Bacterium coli commune*, verliefen schon bei einer Verdünnung von 1:25 negativ.

Fünf Monate nach dem Beginn der Infektion hatten wir abermals Gelegenheit, das Blutserum des Patienten auf seine agglutinirende Kraft zu prüfen, und da zeigte sich, dass auch nach dieser Zeit das Serum des Patienten noch im Verhältniss von 1:200, 1:100 und 1:50 deutlich agglutinirende Eigenschaften auf Typhusbazillen (Stamm der Sammlung) sowohl bei makroskopischer wie mikroskopischer Prüfung besass.

Von Interesse ist vielleicht noch die Prüfung der Pathogenität der von uns gezüchteten Bazillen. Wir konnten mit der ersten aus dem Eiter herausgezüchteten Generation Meerschweinchen zu Fall bringen, indem wir ihnen 2 ccm, 1 ccm und 0,5 ccm einer 24stündigen Bouillonkultur einverleibten. Die Thiere starben nach 36–48 Stunden; von ihnen zeigte das letzte Abszesse im Herzfleisch, aus denen sich ebenfalls die Typhusbazillen herauszüchten liessen. Die Thiere, welche geringere Dosen bekommen hatten, blieben am Leben. Wir können damit den Befund anderer Autoren bestätigen, welche gleichfalls angeben, dass die aus dem Eiter herausgezüchteten Typhusbazillen keine sehr erhebliche Virulenz aufweisen. Ob mit dieser geringen Virulenz die pyogene Natur des Typhusbacillus im Zusammenhang steht, die wir auch bei einigen unserer Thierversuche erheben konnten, lässt sich natürlich nicht ohne weiteres entscheiden. Sicher dürfen wir annehmen, dass, wie es schon die Untersuchungen von Zenker¹⁾ im Jahre 1864 gelehrt haben, auch hier ein degenerativer Prozess im Muskelgewebe stattgefunden hat. Zenker giebt an, dass das Vorkommen derartiger degenerativer Prozesse im Muskelgewebe beim Typhus abdominalis etwas sehr häufiges ist, dass dasselbe „in Betreff seiner Constanz, wenn auch in sehr verschiedenem Grade der Intensität und der Extensität, nur wenig hinter den charakteristischen Veränderungen der Darmschleimhaut zurücksteht“. Ein symmetrisches Vorkommen auf beiden Seiten des Körpers ist nach ihm das gewöhnliche. Als die Prädispositionsstellen erwähnt er in erster Linie die Adduktoren des Oberschenkels nebst einigen unmittelbar angrenzenden Muskelgebieten, in zweiter Reihe den Musculus rectus abdominis. Unser Fall deckt sich insofern mit der Beschreibung Zenker's, als auch hier einmal eine der beiden Prädispositionsstellen betroffen war und wir andererseits das symmetrische Vorkommen bestätigen konnten. Die Natur dieser Muskelerkrankung haben wir uns als sogenannte körnige oder wachstartige Degeneration vorzustellen. Jedenfalls müssen wir annehmen, dass durch einen solchen Prozess eine abnorme Brüchigkeit der Muskulatur hervorgerufen worden ist, die nun in unserem Falle in Folge der krampfhaften Anspannung der Bauchpresse, wie sie beim Husten statt hat, eine Zerreißung des Muskelgewebes mit nachfolgender Hämorrhagie bedingt hat. Das Vorkommen solcher Blutungen im Musculus rectus abdominis beim Typhus ist seit Rokitsky²⁾ bekannt.

Schon Zenker und bald nach ihm Krafft-Ebing³⁾ geben weiter an, dass es, wenn auch nur als sehr seltene Erscheinung, zu einer Vereiterung dieses degenerirten Muskelgewebes kommen kann. Wir haben uns dieselbe vorzustellen als das Produkt der hier eingedrungenen Typhusbazillen, denen die geringere Widerstandsfähigkeit des degenerirten und durch die Blutung geschwächten Muskelgewebes die Möglichkeit zur Ansiedelung, zur Vermehrung und zur Produktion eitererregender Stoffe gegeben

¹⁾ Zenker, Ueber die Veränderungen der willkürlichen Muskeln im Typhus abdominalis. Leipzig 1864.

²⁾ Rokitsky, Handbuch der pathologischen Anatomie Bd. II, 1844. S. 351.

³⁾ v. Krafft-Ebing, Ueber Muskelvereiterung beim Typhus abdominalis in Folge degenerativer Vorgänge im Muskelgewebe. Deutsches Archiv für klinische Medizin 1871, Bd. VIII, S. 613.

hat. Wir haben oben schon gesagt, dass wir die pyogene Natur unserer Typhusbazillen vielleicht in Zusammenhang bringen mit der verhältnissmässig geringen Virulenz derselben. Einen analogen Befund können wir im Thierexperiment häufiger erheben. Bei erheblicher Virulenz der eingepfunden Bakterien kommt es bei unseren Versuchsthiere verhältnissmässig rasch zu einer allgemeinen Sepsis, ohne dass die Bakterien Zeit haben, an einem Punkte sich festzusetzen und dort ihre eitererregenden Wirkungen zu entfalten. Falls die eingepfunde Kultur dagegen geringere Virulenz aufweist, bleibt also die Möglichkeit, dass die Bakterien auf irgend einem Punkte sich lokalisieren und dort einen lokalen Prozess erzeugen, ehe es zur Allgemeininfektion kommt.

Jedenfalls steht auch unsere Beobachtung im Einklang mit der Annahme, dass der Typhusbacillus allein Eiterung verursachen kann. Wie in einigen anderen Fällen [so z. B. bei Gerhardt,¹⁾ Werner und Takaki²⁾] entwickelte sich auch hier der Abszess während der Beobachtungszeit. Schon am vierten Tage nach seinem Entstehen wurde, wie oben erwähnt, der Eiter entleert. In Präparaten und Kulturen liess sich ausser den Typhusbazillen von Eiterungsmikroorganismen nichts nachweisen. Dieser Befund erlaubt uns, ihr Vorhandensein wohl mit Sicherheit auszuschliessen, denn es ist nicht anzunehmen, dass in den vier Tagen alle sonstigen Eiterungserreger, welche nöthig sein sollten, um die Menge von etwa 150 ccm Eiter zu bilden, abgestorben und nur die Typhusbazillen übrig geblieben wären. Wie in den meisten ähnlichen Fällen trat auch bei unserem Kranken die Eiterung im Beginn der Rekonvaleszenz auf. Werner und Takaki vindizieren erst dann dem Typhusbacillus pyogene Eigenschaften, wenn durch den Typhusprozess selbst eine Immunisirung des Körpers gegen die Allgemeinwirkung des Typhusbacillus stattgefunden hat. Conradi³⁾ sucht im Gegensatz dazu die Typhuseiterungen durch eine Veränderung der Eigenschaften des Typhusbacillus selbst zu erklären. Er züchtete aus dem Eiter eines Knochenabszesses der Hand und des Unterschenkels sechs Monate nach dem Ueberstehen eines Typhus Typhusbazillen in Reinkultur und fand nun, dass das Blutserum des Patienten den herausgezüchteten Typhusstamm nicht mehr zur Agglutination brachte, ebensowenig aber auch die anderen zum Vergleich herangezogenen Typhusstämmen. Er nimmt an, dass durch den langen Aufenthalt im Körper die Typhusbazillen ihrer Spezifität beraubt seien und erst nach Verlust ihrer spezifischen Eigenschaften im Stande seien, ihre nichtspezifischen — id est pyogenen — Eigenschaften zu entwickeln. Er weist darauf hin, dass trotz des Vorhandenseins von Typhusbazillen im Körper das Blutserum nicht auf Typhusbazillen die spezifische Beeinflussung aufweise. Allerdings sind in seinem Fall bereits sechs Monate zwischen dem Beginn der Infektion und der Prüfung des Blutserums verstrichen. In unserm Fall bestand die Agglutination nach ihrem ersten Auftreten etwa am zwölften Tage während der ganzen Zeit der Rekonvaleszenz, trotzdem auch hier im Körper pyogene, d. h. nicht spezifische Typhusbazillen im Sinne Conradi's vorhanden waren. Selbst fünf Monate nach Beginn der Krankheit verlief die Agglutination bei uns positiv. Halten wir nun diese beiden Fälle, den Conradi'schen und den unsrigen, die beide in demselben Institut zur Bearbeitung kamen, zusammen, so ergibt sich daraus, dass die Typhuseiterungen, namentlich wenn bereits längere Zeit nach dem Auftreten der eigentlichen Grunderkrankung verstrichen ist, nicht regelmässig mehr von einer Agglutinationsfähigkeit des Blutes begleitet zu sein brauchen. Die beiden Fälle zeigen weiter, dass man bezüglich der Erklärung des Entstehens dieser Eiterungen einmal auf eine Veränderung der Eigenschaften des Typhusbacillus selbst rekurriren kann, dass man andererseits aber auch die Entstehungsursache in einer lokalen pathologischen Veränderung und Disposition des Gewebes, in dem die Typhusbazillen gewachsen sind, suchen kann.

Um noch kurz über die Prognose der typhösen Eiterungen einige Worte zu sagen, so lässt sich auch bei ihnen eine gewisse Gutartigkeit nicht verkennen. Bei unserem Patienten bestanden

beiderseits Muskeleiterungen, von denen nur die auf der rechten Seite inzidiert wurde. Der auf der linken Seite befindliche Prozess, in dem wir aller Wahrscheinlichkeit nach denselben Vorgang annehmen können wie auf der rechten Seite, kam ohne jedwedes aktive Eingreifen zur Resorption und damit zur Heilung. Ebenso weist D. Gerhardt darauf hin, dass auch das Typhusempyem spontan zur Resorption kommen kann. Der alleinige Befund von Typhusbazillen im Eiter giebt also damit gewiss bezüglich der Therapie einen Fingerzeig in der Richtung, dass man bei Typhusabszessen und -Empyemen nicht allzusehnell zur operativen Behandlung zu greifen braucht.

¹⁾ D. Gerhardt, Ein Fall von Typhusempyem mit spontaner Resorption. Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie 1899, Bd. V, S. 105.

²⁾ Werner und Takaki, Kasuistischer Beitrag zur Lokalisation der posttyphösen Eiterungen. Zeitschrift für Hygiene Bd. XXVII, S. 31.

³⁾ H. Conradi, Bemerkungen zu einem Fall von multipler typhöser Periostitis. Deutsche medizinische Wochenschrift 1900, No. 39, S. 626.