

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1895

4 (28.2.1895)

AERZTLICHE MITTHEILUNGEN

aus und für Baden.

Begründet von Dr. Rob. Volz.

XLIX. Jahrgang.

Karlsruhe

28. Februar 1895.

Amtliches.

Nr. 35477.

Leichenöffnungen in Unfallversicherungssachen betreffend.

An die Grossherzoglichen Bezirksämter:

Die Unfalluntersuchung hat sich in denjenigen Fällen, wo es zweifelhaft ist, ob der Tod eines gegen Unfälle Versicherten auf einen mit dem Betrieb zusammenhängenden Unfall oder auf eine ausserhalb des Betriebs liegende Ursache (insbesondere Krankheit oder organische Fehler) zurückzuführen sei und wo triftiger Grund zur Annahme besteht, dass nähere Anhaltspunkte zur Lösung dieses Zweifels durch eine Oeffnung der Leiche gewonnen werden können, auch auf die Vornahme einer Leichenöffnung zu erstrecken, wie auch vom Reichsversicherungsamt bereits mehrfach anerkannt worden ist (vergl. Entsch. Nr. 237 A.N. II., S. 291 und Rundschreiben des Reichsversicherungsamtes vom 18. Oktober 1887, A.N. III. S. 336). Und zwar ist es wünschenswerth, dass eine solche Massnahme, wo die gedachten Voraussetzungen gegeben sind, möglichst bald, also in der Regel noch vor der Bestattung der Leiche, vorgenommen werde. Jedoch soll eine bezügliche Anordnung des Bezirksamts, abgesehen von ganz besonders gelagerten Ausnahmefällen, nicht ohne einen Seitens des berufsgenossenschaftlichen Organs oder der entschädigungsberechtigten Hinterbliebenen gestellten Antrag erfolgen; nöthigenfalls wäre hierwegen bei dem Sektionsvorstande (beziehungsweise bei Berufsgenossenschaften, die nicht in Sectionen eingetheilt sind, beim Genossenschaftsvorstande) telegraphisch anzufragen. Auch sind die Hinterbliebenen, welchen die Verfügung über die Leiche zusteht, sofern sie nicht selbst den Antrag auf Leichenöffnung gestellt haben, vor Anordnung derselben über ihre Zustimmung zu befragen. Verweigern sie die Zustimmung, so hat die Leichenöffnung zu unterbleiben. Uebrigens sind die Hinterbliebenen in allen geeigneten Fällen ausdrücklich darauf aufmerksam zu machen, dass im Weigerungsfalle, wenn dadurch die Benützung dieses Beweismittels für die Feststellung des Entschädigungsanspruchs unmöglich gemacht wird, dies unter Umständen bei Erledigung des Entschädigungsanspruchs zu ihren Ungunsten ins Gewicht fallen kann.

Die Kosten der im Zusammenhang mit der Unfallversicherung stattfindenden Leichenöffnung sind, sofern sie zufolge eines allgemeinen oder im Einzelfalle von der Berufsgenossenschaft gestellten Antrags vorgenommen wird, nach §. 101 Absatz 2 des Unfallversicherungsgesetzes von der Berufsgenossenschaft zu tragen.

Den Berufsgenossenschaften, deren Wirkungskreis sich auf das Grossherzogthum erstreckt, und den Grossherzoglichen Bezirksärzten haben wir hievon Nachricht gegeben.

II. Nachricht hievon den Grossherzoglichen Bezirksärzten.

Karlsruhe, den 13. Februar 1895.

Grossherzogliches Ministerium des Innern.

Eisenlohr.

Händel.

Aus Wissenschaft und Praxis.

Ueber Bruchoperation.

Von Medicinalrath Dr. Brunner in Schopfheim.

(Schluss.)

Mit Ausnahme eines einzigen, wo der verdächtige Darm ausserhalb der Bruchpforte fixirt werden musste, reihte ich allen den Bruchschnitten die Radicaloperation an. Der Bruchsack liess sich meistens leicht und unblutig bis in den Bruchsackhals ablösen. Nun wurde der Bruchsackhals angezogen und ganz oben am Halse durch quere Nähte, welche je 1 cm breites Gewebe fassten, vernäht. Etwa 1 cm unterhalb der Naht durchtrennte die Scheere den Bruchsack. Auf diese Weise konnte ich 46mal verfahren. Bei der Ablösung und Resection des Bruchsackes liegt bei Leistenbrüchen die Verletzung des Samenstranges sehr nahe; dies trifft besonders bei grossen Bruchsäcken zu. Die tunic. vagin. commun. umschliesst die mit losem Bindegewebe vereinigten Bestandtheile des Samenstranges; der Bruchinhalt steigt in derselben Hülse abwärts, so kommt es, dass bei grossen Bruchsäcken der Samenstrang mit seinen Bestandtheilen — dem vas deferens, den Nerven und den Blutgefässen auseinandertritt. Dabei verlaufen besonders das vas deferens und die Nerven getrennt und gleichen den fibrösen Strängen des Bruchsackes, wodurch sie besonders der Gefahr der Verletzung ausgesetzt sind. Aus diesem Grunde thut man gut, grössere Bruchsäcke, bei denen man den Samenstrang nicht genügend isoliren kann, nicht zu entfernen. Desshalb habe ich in drei Fällen den Bruchsack nicht entfernt, sondern ihn nur an der Bruchpforte abgelöst, vernäht und durchschnitten. Mich hat ein Schaden zu dieser Klugheit gebracht, indem ich in einem Falle unbemerkt den Samenstrang verletzte und den Bruchsack entfernte. Die Wunde schloss sich per primam, aber nach 14 Tagen zeigte sich ein Abscess im Hodensacke, bei dessen Eröffnung der abgestorbene Hoden zum Vorschein kam und alsbald entfernt wurde. Auf diesen Fall werde ich später noch einmal zurückkommen.

Nach Besorgung des Bruchsackes wurde die Bruchpforte durch die fortlaufende Naht vereinigt und hierauf die Weichtheile in Etagen schichtweise vernäht. Absichtlich wurde die Drainage weggelassen, weil die Hautnarbe fester und eingezogener wird. Nur in jenen Fällen, wo der Bruchsack nicht entfernt wurde, wurde letzterer drainirt.

Nach Beendigung der Operation kam ein weitdeckender antiseptischer Verband, der in der Regel acht Tage liegen blieb. An diesem Tage wurden die Nähte entfernt und die verheilte Wunde mit einem Schutzverbande umgeben. Besondere Aufmerksamkeit verdiente für einige Tage der Darm. War die Peristaltik vermehrt und schmerzhaft, so wurde Opium gereicht. Das Durstgefühl wurde durch Eis oder Eismilch gestillt. Als Nahrung wurde, bis Stuhl abging, nur Schleim und Milch verabreicht; wo letztere widersteht, wird sie mit Emserwasser gerne genommen. Erbrechen und dessen Reiz wurden durch

Cocain bekämpft, in zwei Fällen leisteten Magenspülungen gute Dienste. In einem Falle war Erbrechen im Gefolge von Eiweissausscheidung im Harne aufgetreten. Solche Nierenreizung nach Einklemmung habe ich schon mehrmals beobachtet, doch schwand sie bald durch diuretisches Verfahren. Der Stuhl wurde sich selbst überlassen, nur bei Drang kam nach dem vierten Tage eine Wasserirrigation zur Anwendung.

Unter meinen Radicaloperationen sind 5, bei denen keine Einklemmung der Grund der Operation war, d. h. bei 3 ging der eingeklemmte Darm in der Narcose zurück und bei 2 drängten Beschwerden zur Operation. Auf die Möglichkeit der Taxis in der Narcose bin ich insofern gefasst, dass ich die Kranken vor der Operation zur Zusage bestimme, auch bei gehobener Einklemmung die Radicaloperation vornehmen zu lassen. Da die Kranken einmal den Kampf zur Bejahung der Operation durchgemacht haben, so habe ich nie eine Weigerung gefunden.

Da man Radicaloperationen ohne Einklemmung nur bei grossen Bruchbeschwerden vornehmen soll, so folgte ich diesem Grundsatz. Der eine war ein 26-jähriger Sattler, welcher eine irreponible Leistenhernie mit viel Verdauungsbeschwerden hatte; die Operation ergab Darmverwachsung mit dem Bruchsacke. Der zweite war ein 47 Jahre alter Fabrikarbeiter (Grether), welcher einen doppelseitigen Leistenbruch von solcher Grösse hatte, dass er beinahe einer Exentration gleichkam. Der linke Hodensack erreichte eine Länge von 45 cm und der rechte von 41 cm; die Bruchpforte war links 10 cm und rechts 7 cm weit. Da der Mann bei seiner zahlreichen Familie arbeitsunfähig war, so entschloss er sich zur Operation. Diese wurde in einer Sitzung beiderseitig ausgeführt und der Mann ist heute mit seinem Bruchbände wieder ganz arbeitsfähig.

Bei der Radicaloperation ohne Einklemmung ist vorgeschlagen, die Resection des Bruchsackes ohne Eröffnung vorzunehmen, sofern aller Inhalt entfernt werden kann. Dieser Standpunkt ist um dessentwillen beachtenswerth, weil dabei die Bauchhöhle nicht eröffnet wird. Bei meinen 5 Fällen habe ich vorgezogen, den Bruchsack zu eröffnen. Es wäre ja möglich, dass trotz scheinbarer Reposition des Inhaltes doch noch ein Darm oder das Netz vorliegen würde, was bei dem summarischen Verfahren der Nichteröffnung doch schlimme Folgen nach sich ziehen könnte. Unter dem Schutze der Asepsis würde ich allen solchen Fällen die Eröffnung des Bruchsackes jeder Ungewissheit vorziehen.

Der Verlauf meiner Operationen war ein sehr günstiger. Die 4 Todesfälle abgerechnet sind 41 per primam geheilt. Bei einem Geheilten, den ich nicht zu jenen zähle, war, wie schon erwähnt, Gangrän des Hodens eingetreten; bei einem andern wurde die Heilung durch ein hartnäckiges Jodoformeczem verzögert. Bei weiteren 3 trat trotz schöner Verklebung der Haut ein subcutaner Abscess mit Vereiterung des Zellgewebes ein, was zwar die Heilung verzögerte, aber eine feste eingezogene Narbe erzeugte. Diese letzten 3 Fälle zeigten grössere Insulten und Excoriationen der Haut, welche sich die Kranken bei dem Versuche der Taxis mit ihren Fingernägeln beigebracht hatten. Gewiss wurde die Haut resp. das Zellgewebe durch die schmutzigen Nägel inficirt und führte zur Abscedirung. Eine solche Complication kommt ungelogen; darum hat diese Erfahrung mich darauf hingewiesen, schon bei dem Versuch der Taxis durch Reinigung der Hände und des Operationsfeldes antiseptisch zu Werke zu gehen, um letzteres nicht zu inficiren.

Es liegt in der Natur der Sache, dass der Erfolg der Radicaloperation in seltenen Fällen ein radicaler ist. Trotz des Vernähens des Bruchsackhalses und des Bruchringes bildet jener immer noch einen Trichter und bleibt der

Bruchcanal präformirt. Wohl ist an der Bruchpforte und der bedeckenden Haut eine feste Narbe gebildet, diese aber hält bei schwerer Arbeit den andrängenden Gedärmen nur für eine gewisse Zeit Stand. Meine Erfahrungen haben gezeigt, dass meistens nach einem Jahre die Gedärme wieder andrängen und die Hautgewebe etwas heben; solchen, welche wegen hohen Alters oder ihrer socialen Stellung nicht schwer arbeiten, begegnet dies erst nach dem zweiten Jahre. Wer aber zu schwerer Tagesarbeit berufen ist oder dessen interabdomineller Druck durch Emphysem und Bronchitis gesteigert ist, der muss schon vor Jahresabfluss zum Bruchbände greifen. Ein solches sofort nach der Operation anzulegen, verbietet die Erwägung, dass es die frische Narbe zum Druckschwund bringt. Daher wurde erst ein Bruchband beim Andrängen der Gedärme gegen die äussere Narbe verordnet. Dann aber hielt ein leichtfederndes Bruchband die Gedärme immer zurück und es kam bei verständigen Geheilten nicht mehr zum Austritt der Gedärme. Ein solches Resultat ist doch gewiss ein Segen für den Träger eines Bruches. Ich führe nur den Fall Grether an, dessen grosse Leistenöffnungen durch die Operation sich auf wenige Centimeter geschlossen haben und dessen Bruchpforten durch ein Doppelbruchband so gut geschlossen werden, dass er wieder vollkommen arbeitsfähig ist. Bedenkt man ferner, welch' ernste Gefahren bei jeder grösseren Anstrengung ein Bruch mit sich bringt, deren Ausgang nie sicher ist, so darf man in der Radicaloperation ein Verfahren begrüssen, was jene Gefahren beseitigt und die Körperkraft und den Muth hebt.

Es ist durch die Geschichte der Medicin bekannt, dass die Marktschreier, in deren Händen früher der Bruchschnitt lag, gute Erfahrungen bei der Radicaloperation durch die Castration machten. Theoretisch steht fest, dass nach Hinwegfall des Hodens der Cremaster entlastet wird, der ja den trichterförmigen Bauchfellfortsatz, wo sich die andrängenden Gedärme fangen, nach abwärts zieht. Fällt diese Ursache weg, so wäre gewiss der Verschluss nach der Operation viel sicherer. Diese Theorie wird durch einen meiner Fälle gestützt, der, wie erwähnt, durch meine Sorglosigkeit den Hoden der Bruchseite verloren hat. Dieser Kranke ist Dienstknecht und hatte einen kindskopfgrossen Leistenbruch mit weiter Bruchpforte. Die Operation wurde vor drei Jahren gemacht und hat heute noch einen so guten Erfolg, dass er vom Bruche ganz befreit ist, die Gedärme nicht andrängen und die schwersten Arbeiten ohne Bruchband bisher verrichtet wurden. Weiter kann ich einen in einem anderen Sinne ähnlichen Fall anführen. In diesem Sommer war ich genöthigt, bei einem 54jährigen Landwirth wegen schwerer Verletzung seines linken Hodens die Castration zu machen. Zugleich hatte er einen Leistenbruch derselben Seite, der etwa kastaniengross gegen den äusseren Leistenring beim Husten andrängte. Heute ist dieser Bruch ganz verschwunden, obgleich der Verletzte seit Monaten seine Beschäftigung wieder aufgenommen hat und nur etwa drei Wochen in Folge der Operation Bett und Zimmer hütete.

Es liegt in den anatomischen Verhältnissen begründet, dass die Castration wahrscheinlich ein wesentliches Hülfsmittel zur radicalen Heilung der Brüche ist, nur ist dieses Hülfsmittel äusserst precär und seiner Anwendung sind die engsten Grenzen gezogen. —

Im Vorstehenden habe ich meine Erfahrungen zusammengestellt, wie ich sie über Bruchoperationen in meinen Verhältnissen sammeln konnte. Sie bieten ja nichts Besonderes, aber eben weil sie ländlichen Verhältnissen entstammen, bieten sie vielleicht dem Landarzte, dem ja vorwiegend dieses Gebiet zufällt, einiges Interesse. Im Uebrigen tragen wohl die Besprechungen medicinischer Gebiete, welche dem Practiker zufallen, ihre Berechtigung in sich selbst.

Ein Fall von Porro-Operation bei Osteomalacie.

Von Dr. Kuppenheim in Pforzheim.

Die Osteomalacie hat in den letzten Jahren nicht bloss in Hinsicht auf ihr Wesen, sondern auch auf ihre Behandlung das Interesse der Fachgenossen in hervorragender Weise beansprucht und eine Klärung mancher, namentlich therapeutischer Fragen erfahren. Die Zahl der während und nach der Behandlung genau beobachteten und beschriebenen Fälle ist sehr rasch angewachsen und so haben die meisten Autoren ihre Indicationsstellung ziemlich genau präcisiren können.

Im Wesentlichen wird man sich bei einer nicht schwangeren Osteomalacischen zunächst auf Besserung der Wohnungs- und Ernährungsverhältnisse, Darreichung von Phosphorleberthran und Verordnung von Soolbädern beschränken; über die von Petrone inaugurierte Behandlung durch öfters und länger angewandte Chloroformnarkose liegen bis jetzt nur wenig Beobachtungen vor, so von Latzko (Allg. Wiener med. Zeitschrift 1893) und Braun von Fernwald (Der Kaiserschnitt bei engem Becken, Wien 1894). In allen Fällen aber, in welchen diese Maassnahmen keine oder nur geringe Besserung herbeiführen, wird man sich zur Castration entschliessen. Dass eine Reihe von Osteomalacischen bei conservativer Behandlung geheilt wird und viele mindestens eine bedeutende Besserung ihrer Beschwerden erleben, ist allgemein anerkannt. Ein besonderer Werth ist entschieden den Soolbädern beizumessen, wie ich das bei einer Anzahl günstiger Fälle während meiner Assistentenzeit an der Heidelberger Frauenklinik und aus meiner späteren Praxis beobachten konnte.

Auf den Werth der Castration für die Heilung der Osteomalacie hat zuerst Fehling aufmerksam gemacht und seinen Erfolgen und Publikationen ist es zu verdanken, dass die Operation bald häufig vorgenommen wurde. So konnte zu den von Winckel (Samml. klin. Vorträge N. F. Nr. 71) zusammengestellten 41 Castrationsfällen Orthmann (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXX. Heft 2) noch weitere 15 gesammelte hinzufügen. Von den Winckel'schen Fällen wurden 16 über ein Jahr lang beobachtet und davon 12 als geheilt und 4 als gebessert gefunden, während Orthmann unter den 15 Kranken 3 Misserfolge zählte.

Bei der schwangeren Osteomalacischen richtet sich unser Verhalten nach dem Grad der Beschwerden und dem der Beckenverengung. Die Beschwerden, Schmerzen und Gehstörungen, können auch in der Schwangerschaft mit den erwähnten conservirenden Maassnahmen bekämpft werden. Und bei geringgradiger Beckenverengung kann im floriden Stadium der Krankheit unter der Wehentätigkeit eine derartige Dehnung der Beckenknochen vorkommen, dass eine Spontangeburt, welche vorher unmöglich oder unwahrscheinlich gedacht wurde, zu Stande kommt. Bei einer schwangeren Osteomalacischen mit mittlerer Beckenenge ziehen wir künstliche Frühgeburt, Zange oder Wendung in Betracht; die Symphyseotomie concurrirt nicht, weil beim osteomalacischen Becken ja nicht die *Conjugata*, sondern die *Distantia sacro-cotyloidea* der engste und geburtshilflich wichtigste Durchmesser ist. Die Perforation schliesslich wird der *Sectio caesarea* meist weichen müssen, wenigstens bei lebendem Kind, weil für die Mutter ja doch häufig noch die Laparotomie zum Zweck der Castration nöthig würde.

Treffen wir aber eine schwangere Osteomalacische mit absoluter Beckenenge, so käme entweder der *Abortus artificialis* mit nachfolgender Castration oder aber die Porro-Operation in Betracht und diese wird auch, abgesehen

davon, dass der Arzt meist in vorgerückter Schwangerschaft oder erst zur Geburt gerufen wird, dem erstgenannten Verfahren vorgezogen. Das zeigen die zahlreichen Veröffentlichungen; die Porro-Operation steht eben an Sicherheit des unmittelbaren und dauernden Erfolgs dem ersten Verfahren nicht nach und rettet dazu noch die Leibesfrucht. Der conservative Kaiserschnitt mit gleichzeitiger Entfernung der Ovarien ist auch mehrmals (Braun, Ueber Osteomalacie Gebärender etc., Krakau 1891) ausgeführt worden und hat wohl mit den Beweis der Heilwirkung der Castration liefern helfen; indessen ist der zurückbleibende Uterus für die Trägerin werthlos und die Prognose der Porro-Operation immerhin etwas günstiger als die des conservativen Kaiserschnitts.

Einen durch Porro-Operation geheilten Fall von Osteomalacie habe ich im vergangenen Jahr behandelt und erlaube mir, denselben in Kürze zu beschreiben, in der Erwägung, dass jeder beobachtete Fall veröffentlicht und der Statistik einverleibt werden sollte. In der Literatur der letzten Jahre findet sich eine grössere Zahl von Porro-Operationen bei Osteomalacie; in grösserer Anzahl von ein und demselben Operateur weisen Fehling (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXX. H. 2) 6, Braun von Fernwald (l. c.) 14 auf. Beide verloren je einen schon inficirt in Behandlung eingetretenen Fall und bestätigten im Übrigen die heilende Wirkung der Operation. Mein Fall ist folgender:

Frau Z. 41 Jahre alt. Vater an Altersschwäche, Mutter im Climacterium, eine Schwester im Wochenbett gestorben. Patientin selbst war früher stets gesund. Die Menstruation trat im 15. Lebensjahr ein, 4wöchentlich, 3—4 Tage dauernd, ohne Schmerzen und in mässiger Stärke. Patientin hatte 4mal geboren; die ersten 3 Schwangerschaften, Geburten und Wochenbetten waren glatt verlaufen. In der 4. Schwangerschaft, vor 10 Jahren, litt Patientin an Schmerzen im Leib und in den Hüften; die Geburt verlief sehr protrahirt und erst am 4. Tag nach dem Wehenanfang wurde mit der Zange ein todttes Kind entwickelt. Patientin erholte sich wieder rasch und litt nur in den letzten 2 Jahren an zeitweisen Schmerzen in Hüften und Oberschenkeln, auch klagte sie über schwerfälligere Locomotionsfähigkeit.

Letzte Menstruation am 20. XI. 1893, erste Kindsbewegungen zeitlich nicht genau beobachtet. Keine erheblichen Schwangerschaftsbeschwerden, dagegen von der Mitte der Schwangerschaft an sehr viel Schmerzen in Hüften, Oberschenkeln und Rippenbogengegend. Das Gehen wurde hinkend und schwerfällig, in den letzten Wochen fast unmöglich. Dabei bemerkte Patientin an den am Boden schleifenden Röcken, dass sie kleiner wurde. Wehenanfang 19. VIII. 1894 abends. Wehen schwach, Pausen lang.

Am 20. VIII. 11 Uhr vormittags wurde ich gerufen und erhob folgenden Befund:

Magere und schlecht genährte Frau von blasser Hautfarbe. Körperlänge 142, Rumpflänge 72, Armlänge 63, Beinlänge 86. Becken: Sp. 24, Cr. 28, Troch. 28,5, D.B. 20. Darmbeinkämme, Trochanteren und Rippen auf Druck empfindlich. Die Symphyse springt schnabelförmig vor. Stark entwickelter Spitzbauch, links mehr vorgetrieben als rechts. Kopf beweglich über dem Becken, leicht nach rechts abgewichen, kleine Theile links, Herztöne rechts, ca. 116 in der Minute.

Exploratio interna: Introitus vaginae weit. Schambogen ganz spitz, so dass der Finger nicht an den hinteren Symphysenrand gelangen kann. Promontorium tief stehend und leicht erreichbar. Der Abstand zwischen diesem und der beiderseitigen Gegend der Pfannenböden ist etwa 2 Finger breit, also knapp ca. 4 cm. Der Muttermund ist fast handtellergröss, Fruchtblase nicht

zu fühlen (Zeit des Blasensprungs wird nicht angegeben). Der Kopf ist beweglich über dem Becken. Mekoniumabgang.

Es wird in Anbetracht der absoluten Beckenenge und Osteomalacie die Sectio caesarea nach Porro beschlossen und die Patientin mit gütiger Erlaubniss des dirigirenden Arztes, Herrn Medicinalrath Thumm, in's Diakonissenhaus und Kinderspital transferirt.

Beginn der Operation 3 Uhr nachmittags: Chloroformnarkose, Desinfection. Hautschnitt in der Linea alba 3 Finger breit über dem Nabel beginnend bis über die Symphyse. Eröffnung des Peritoneum. Provisorische Vernähung des Peritoneum mit den Bauchdecken durch einige Knopfnähte. Der Uterus ist sehr stark sinistroponirt und -torquirt. Nach Hervorwälzen desselben wird ein Schlauch um den Cervix gelegt und an der Vorderfläche ein medianer Längsschnitt angelegt. Placenta praevia caesarea; es wird am Rand derselben eingegangen und das Kind an den Füßen extrahirt. Dasselbe (Knabe, Hypospadiacus leichtesten Grades) ist gut entwickelt und schreit sofort. Die Placenta und die mekonial verfärbten Eihäute werden gelöst und alsdann der Uterus sammt Adnexen im untern Segment amputirt. Der Stumpf wird zunächst in 2 seitliche Lappen präparirt und ein Theil der Cervicalschleimhaut excidirt. Dann werden zu beiden Seiten eine Anzahl Matratzennähte (von der peritonealen zur cervicalen Fläche gehend) angelegt und der Schlauch entfernt. Einige jetzt noch blutende Gefässe werden umstochen. Nun werden am vorderen und hinteren Ende des Stumpfes eine Anzahl Nähte unter der ganzen Wundfläche hindurch von einem Lappen zum andern gelegt und beide vereinigt, so dass eine sagittale Wunde entsteht, die in der Mitte einen unvernähten Wundtrichter und nach vorn und hinten von diesem je eine sagittale Wundlinie zeigt. Der Wundtrichter wird nach Desinfection der Cervicalhöhle radiär mit den Bauchdecken vernäht, so dass die Nähte von der Innenfläche des Trichters durch Uterusmuskulatur, viscerales und parietales Peritonealblatt und Bauchdecken gehen. Dann folgt der Schluss der übrigen Bauchwunde durch Knopfnähte oberhalb und unterhalb des etwas unter der Mitte derselben eingenähten Stumpfs. Ein Jodoformgazestreifen wird in die Cervicalhöhle eingeführt und in den Verband geleitet. Verband mit Jodoformgaze, sterilisirter Gaze, Watte und Handtuch. Dauer der Operation ca. 1½ Stunden.

Der weitere Verlauf war ungestört. Einmal stieg die Temperatur auf 38,0. Vom 2. Tag an erfolgten Stuhlentleerungen auf Clysmen mit Wasser oder Oleum Ricini; einige Male musste ein Sennainfus verabreicht werden. Der Verband blieb trotz der Cervixdrainage ziemlich trocken und musste nur jeden 2. oder 3. Tag gewechselt werden.

31. VIII. Entfernung einiger Nähte.

4. IX. Entfernung der Bauchdeckennähte. Bauchwunde p. prim. geheilt. Aus dem Stumpf stossen sich kleine nekrotische Gewebsfetzen ab, unter geringer Eiterung.

8. IX. Keine Gewebsnekrosen mehr. Einige Nähte des Stumpfs aus eiternden Stichkanälen entfernt.

9. IX. Patientin steht auf und geht einige Schritte ohne Schmerzen.

12. IX. Patientin wird nach Hause entlassen. Das Kind gedeiht bei Ernährung mit Kuhmilch gut.

Patientin stellte sich wöchentlich einmal vor und es wurden fast jedesmal aus der noch bestehenden Bauchdeckencervix-Scheidenfistel einige Nähte entfernt. Patientin trug einen leichten Verband und eine Schutzgelotte. Seit Ende December ist die Fistel geschlossen. Patientin hat seit der Entlassung nie mehr über Knochenschmerzen geklagt, geht ohne Beschwerden und ohne

Ermüdung, besorgt ihre häuslichen Geschäfte und hat ein bei Berücksichtigung ihrer dürftigen Verhältnisse nicht schlecht zu nennendes Aussehen.

Was die technische Behandlung betrifft, so habe ich die von Kehrer geübte und in seinem Lehrbuch der operativen Geburtshilfe beschriebene intraparietale Stumpfbehandlung angewendet, da diese mir als die sicherste erscheint, ein grösserer Fremdkörper, wie der Schlauch bei Hegar's Methode, der Stielbehandlung nach Myomotomie, nicht zurückgelassen werden muss, und auch bei ausschliesslicher Benützung von Seide, wie in meinem Fall, die Reconvalescenz nicht wesentlich verzögert wird.

Ueber den dauernden Erfolg lässt sich freilich noch nicht abschliessend urtheilen; immerhin sei erwähnt, dass die Patientin, welche in ungünstigen Verhältnissen und an der Peripherie der Stadt wohnt, oft weite Wege zu machen hat und bis jetzt — also fünf Monate nach der Operation — trotz des nassen und schneereichen Winters frei von Schmerzen und sonstigen Beschwerden geblieben ist.

Der **13. Congress für innere Medicin** findet vom 2. bis 5. April 1895 zu München statt. Sitzungslocal: Academie der Wissenschaften, Neuhauser Strasse Nr. 52. Das Präsidium übernimmt Herr von Ziemssen (München).

Folgende Themata sollen zur Verhandlung kommen: Am ersten Sitzungstage, Dienstag den 2. April: Die Eisentherapie. Referenten: Herr Quincke (Kiel) und Herr Bunge (Basel). Am zweiten Sitzungstage, Mittwoch den 3. April: Die Erfolge der Heilserumbehandlung der Diphtherie. Referat erstattet von Herrn Heubner (Berlin). Am dritten Sitzungstage, Donnerstag den 4. April: Die Pathologie und Therapie der Typhlitiden. Referenten: Herr Sahli (Bern) und Herr Helferich (Greifswald). Weitere Vorträge sind bereits angemeldet; diese Anmeldungen nimmt der ständige Secretär des Congresses, Herr Emil Pfeiffer (Wiesbaden) entgegen.

Mit dem Congress ist eine **Ausstellung von neueren ärztlichen Apparaten, Instrumenten, Präparaten u. s. w.**, soweit sie für die innere Medicin von Interesse sind, verbunden. Besondere Gebühren werden dafür den Ausstellern nicht berechnet. Hin- und Rückfracht, Aufstellen und Wiedereinpacken, sowie etwa nöthige Beaufsichtigung sind üblicher Weise Sache der Herren Aussteller. Anmeldungen und Auskunft bei Herrn von Ziemssen (München).

Anzeigen.

	<p>Bestes diätetisches und Erfrischungs-Getränk, bewährt in allen Krankheiten der Athmungs- u. Verdauungsorgane, bei Gicht, Magen- u. Blasenkatarrh. Vorzüglich für Kinder u. Reconvallescenten.</p>	<p>Kur- und Wasserheil-Anstalt Giesshübl Sauerbrunn bei Karlsbad. Trink- und Badekuren. Klimatischer u. Nachkurort.</p>
<p>Heinrich Mattoni in Giesshübl Sauerbrunn, Karlsbad, Franzensbad, Wien, Budapest. 211]10.2</p>		

Sanatorium DDr. Frey-Gilbert, Baden-Baden

das ganze Jahr geöffnet. Auskunft und Prospekte durch die Aerzte. 194]24.24

Karlsruhe. Unter Redaction von Dr. Arnsperger. — Druck und Verlag von Malsch & Vogel.