

REVUE
ÜBER DEN INHALT
DES
ÉRTESITŐ.

SITZUNGSBERICHTE DER MEDICINISCH-NATURWISSENSCHAFTLICHEN
SECTION DES SIEBENBÜRGISCHEN MUSEUMVEREINS.

I. ÄRZTLICHE ABTHEILUNG.

XVI. Band.

1894.

I—II. Heft.

MITTHEILUNG AUS DER PSYCHIATRISCHEN UNIVERSITÄTS-
KLINIK DES PROF. KARL LECHNER IN KOLOZSVÁR.

Die schlafbringende Wirkung des Trionals und Tetronals.*)

Von *Dr. Dezső Hafll*, Assistent.

Der Vortragende berichtet, nach Schilderung der chemischen Eigenschaften des Trionals und Tetronals, über die Erfahrungen bei Anwendung von 350 gr. Trional und 80 gr. Tetronal, verabfolgt in 180, — beziehungsweise in 40 Dosen an 24 Kranke, seit dem 24-ten Jänner 1893. Die Mitteln wurden verabfolgt bei folgenden Kranken: 7 mit Dementia paralytica, 6 mit hallucinatorialer Verwirrtheit, 3 mit epileptischen Irresein, 2 mit Paranoia, 2 mit aquirirten Blödsinn, 1 mit Alkoholismus, ferner in 2 Fällen nervöser Insomnie und 1 Fall luetischer Schlaflosigkeit.

Über die Wirkung der einzelnen verschieden grossen Gaben gibt eine tabellarische Zusammenstellung Auskunft, aus der ersichtlich, dass bei 167 Gaben beobachtet wurden: eine volle Wirkung (ruhiger Schlaf, ungestört, von 7—9 stündiger Dauer) 15 Mal nach 1 gr., 96 Mal nach 2 gr., 15 Mal nach 3 gr., 2 Mal nach 4 gr. Trional; halbe Wirkung 12 Mal nach 1 gr., 17 Mal nach 2 gr.; gar keine Wirkung 7 Mal nach 1 gr., 3 Mal nach 2 gr. Trional. Von 36 Gaben Tetronal waren 16 von voller, 14 von halber Wirkung, und 6 erfolglos.

*) Vorgetragen am 28. Oktober 1893.

Das Trional und Tetronal wurde meistens in Dosen von 1—2 gr. gegeben, 4 gr pro Dosi wurde nie überschritten; die beiden Disulfons wurden ohne Ausnahme $\frac{1}{2}$ Stunde vor dem Schlafengehen gegeben, gelöst in warmer Milch, oder warmen Wasser, diese Lösung war mit kaltem Wasser auf 200 ccm. ergänzt. Die Wirkung erfolgte meistens nach 15—20 Minuten; die Kranken wurden schläfrig, matt, die Aufregung gedämpft und unwiderstehlich gingen dieselben zur Ruhe. Der Schlaf erfolgte erst nach 1—2 Stunden, bei unvollkommener Lösung, bei hochgradiger Aufregung oder bei anderen Störungen.

Die hypnotische Wirkung des Tetronals kam gewöhnlich mit 5—10 Minuten früher zur Geltung, als die des Trionals; doch erfolgte der Tetronal-Schlaf bei einem Kranken mit lebhaften Hallucinationen (51 No). gewöhnlich nach mehreren Stunden. Der Schlaf war tief und ruhig, die Dauer im Durchschnitte 5—9 Stunden, hauptsächlich nach Trional; dieselbe grosse Gabe von Tetronal wirkte auffallend kürzer.

Eine Angewöhnung ebenso eine cumulative Wirkung scheint bei beiden Mitteln ausgeschlossen; auch wir machten die Beobachtung wie Andere, dass nach längeren Gebrauch selbst eine kleinere Gabe von gehöriger Wirkung ist, so z. B. wirkte 1 gr., wenn früher 2 gr. des Mittels öfters mit Erfolg gegeben wurden. Die Wirkung der Disulfonen wird verstärkt, wenn dieselben abwechselnd gegeben werden.

Was die verschiedenen Formen der Schlaflosigkeit betrifft, so bewährte sich das Trional und Tetronal, wie dies zu erwarten war, bei einfacher Agrypnia. So wurde in zwei Fällen von nervöser Schlaflosigkeit ohne Irresein, der Erfolg mit 1 gr. Trional immer gesichert; in Anbetracht dessen, dass die Schlaflosigkeit oft vorübergehend ist, wurden Controll-Versuche nicht versäumt. Die Disulfone bewährten sich auch bei der Schlaflosigkeit von hysterischen, neurasthenischen, hypochondrischen und melancholischen Kranken.

Ein gr. Trional war gewöhnlich von guter Wirkung, in leichteren Fällen von Melancholie und Hypochondrie mit Depression, als die Kranken beständig ruhig waren, und hauptsächlich über Schlaflosigkeit klagten; nur in schwereren Fällen waren 2 gr. Trional nothwendig.

Der Erfolg wurde meistens mit 1—3 gr. Trional oder Tetronal gesichert, je nach der Schwere des Falles, bei Kranken mit Amentia und Paranoia, bei denen lebhaftere Hallucinationen Zwangsbewegungen, primäre und secundäre Wechsel der Laune hervortraten und bei denen neben geringerer oder grösserer psychischer Aufregung auch der Schlaf gelitten hatte, ebenso die Tiefe, wie die Dauer desselben. Schon kleine Gaben wirkten sehr gut, hauptsächlich bei einem Irren mit neurasthenischen Charakter (74 No), während das Tetronal, bei einem anderen Irren (51 No) sich kaum bewährte.

Hauptsächlich in dem Trional wurde ein verlässliches Mittel für Paralytiker gefunden, bei denen die Unruhe oft bis zur maniacalischen, ja bis zur wahren Manie gesteigert war, und bei denen unsere souverainen Mittel, Morphin und Chloral wegen der Intoxications-Gefahr, ausgesetzt werden mussten. In leichteren Fällen verschafften 2—3 gr. Trional einen 5—8 stündigen Schlaf; dagegen wurde bei sehr unruhigen Kranken, die bis zur Manie gesteigerte Unruhe zwar gemildert, doch kein Schlaf erzielt. Täglich mehrmals 1 gr. Trional in refracta Dosi bewirkte in solchen schweren Fällen eine bemerkenswerthe sedative Wirkung. *Schultze* erzielte in einem Falle von periodischer Manie, durch Verabreichung von täglich — 2 gr. Trional durch 14 Tage, dass der nächste Anfall milder verlief. Weder das Trional noch das Tetronal kann bei den höchstgradigen Erregungen, unsere heroischen Mittel: das Daboisin und Hyoscin, ersetzen.

Das Trional und Tetronal wirkte öfters nur unvollkommen, bei der Schlaflosigkeit in Folge von periodischer Unruhe der Kranken mit Dementia; während das Trional als ein brauchbares Mittel bei der gestörten Nachtruhe der Epileptiker, sowie bei unserem Kranken mit Delirium tremens erschien, bei dem das Chloral mit gutem Erfolg angewendet worden war.

Drei gr. Trional liessen in Stich in einem Falle von syphilitischer Schlaflosigkeit, in dem auch 2 gr. Codein-Chloral wirkungslos waren. Trional und Tetronal waren ohne Wirkung bei sympathischer Schlaflosigkeit nach Schmerzen oder Convulsionen, sowie bei sehr grosser psychischer Aufregung. *Brie* konnte keine Beruhigung durch die Disulfone wahrnehmen, bei Schmerzen nach operativen Eingriffen. Dieselben fand *Schäfer* wirkungslos bei Abusus von Morphin, u. Cocain.

Die unangenehmen Nebenwirkungen nach Gaben von Trional und Tetronal sind sehr gering; *Schäfer* fand solche in 6% der Fälle: Ohrensausen bei 2 Kranken nach Trional, Kopfschmerzen bei 3 Kranken. Von 42 Kranken *Brie's*, hat ein schwacher Kranker nach 3 gr. Trional öfters erbrochen, ein junger war matt, schläfrig und hatte Ueblichkeiten.

In unseren Fällen beobachteten wir 3 Mal Magenstörungen, namentlich Erbrechen, doch wurde dies bei denselben Kranken nur je einmal beobachtet, während dieselben sonst die Disulfone gut vertrugen. Einer unserer Kranken (44 No) beklagte sich nach der ersten Gabe über sonderbares Taubseins der Glieder und später über Betäubtsein. Mattigkeit und Schläfrigkeit nach dem Erwachen fand sich von 20 klinischen Kranken bei neun, bei Manchen nur vorübergehend und verschwand in einigen Stunden, doch hielten diese Nachwirkungen, in einigen Fällen bis zu Mittag, ja ausnahmsweise selbst bis zum Abend an. Nie wurden Schwindel, unsicherer Gang, Ataxie beobachtet, wie dies Manche sahen, und wie dies nach Sulfonal Gaben häufig ist, obgleich alkalische Wässer und die Peristaltik befördernde Mittel nie verabreicht wurden.

Schädliche Wirkung sahen wir bei unseren Kranken, selbst nach wochenlangem fortwährendem Gebrauche nicht, ausser der erwähnten Beeinflussung des Magens und des subjectiven Gefühls; auch beim Aussetzen des Mittels nach längerem Gebrauche, waren keine unangenehme Folgen aufgetreten. Die Temperatur war selbst durch grössere Gaben nicht beeinflusst, die Circulation nicht gestört; die Zahl der Pulsschläge sank zwar nach dem Einschlafen gewöhnlich um einige Schläge, doch ist dies den physiologischen Verhältnissen entsprechend.

Trional und Tetronal mit einander verglichen, zeigen, dass der Schlaf nach Trional zwar später erfolgt, doch hält derselbe beträchtlich länger an. Trotzdem halten die verschiedenen Autoren das Tetronal mehr indicirt, bei Psychosen, wo motorische Unruhe mässigen Grades den Schlaf verhindern. Fernere Vorzüge des Trionals sind der bessere Geschmack und der billigere Preis. (Ein Kilogr. Trional kostet 85 Mark bei E. Merck in Darmstadt).

Die Disulfone sind dem Sulfonal darin überlegen, dass die Wirkung eine raschere, ein Versagen seltener, eine Accumulation

ausgeschlossen und unangenehme Nebenerscheinungen seltener sind; doch ist der bittere Geschmack dem geschmacklosen Sulfonal gegenüber ihr Nachtheil. Die Vortheile der Disulfone vor anderen Hypnotics, sind: die Leichtigkeit der Verabreichung die rasche Wirkung und hauptsächlich dass dieselben das Herz, das Gefässsystem und die vitalen Functionen verschonen.

Nach alledem gebührt dem Trional der Vorzug vor dem Tetronal und kann ich dasselbe als brauchbares Hypnoticum und Sedativum bei Agrypnia nach functionellen Psychosen und organischen Gehirnleiden, bei leichter und schwerer psychischer Unruhe, bei motorischer Unruhe mit Zwangsbewegungen anempfehlen, hauptsächlich aber dort, wo das Chloral und Morphin durch ein verlässliches und unschädliches Mittel ersetzt werden sollen.

MITTHEILUNG AUS DER GEBURTSH.-GYN. UNIVERSITÄTS-KLINIK
DES PROF. DIONYS VON SZABÓ IN KOLOZSVÁR.

Ein Fall von Salpingotomie.*)

Von *Dr. Karl Ákantz*. Assistent.

Der Vortragende stellt eine Frau nach Salpingotomie und die bei der Operation entfernten Gebilde vor. Die operirte Wittwe J. V. ist 43 Jahre alt; seit dem 16ten Jahre 4 wöchentlich, 4—6 Tage menstruiert, hatte Sie stets stärkere Krämpfe. Mit 24 Jahren verheirathet, abortirte Sie zweimal in der ersten Zeit. Seit 8 Jahren 3-wöchentlich menstruiert, leidet Sie an fortwährenden Unterleibschmerzen, die hauptsächlich noch Anstrengungen sehr heftig sind, vor 2 Jahren war Sie desshalb genöthigt die Klinik auf zu suchen, wo Sie 3 Wochen lang verblieb; die Schmerzen machen Sie arbeitsunfähig. Auf eine blenorrhoische Infection kann Sie sich nicht erinnern. Ausser den Veränderungen der Geschlechtstheile ist nichts pathologisches nachzuweisen. Die Gebärmutter ist vergrößert, wenig Absonderung; von der rechten Ecke läuft ein Finger dicker harter Strang gegen eine Eigrosse runde, harte, unregelmässige Geschwulst, die am Beckenrand sitzt, scheinbar selbstständig beweglich ist; von der linken Ecke hängt an einen fingerdicken Stiel eine nahezu faustgrosse Geschwulst, die hart und am unteren Theil durch das Scheidengewölbe elastisch zu fühlen ist.

Der Vortragende schildert die verschiedenen Möglichkeiten der Deutung des Tastbefundes, erwähnt die Zweckmässigkeit des Sammelnamens »tumores adnexarum.« Nach Besprechung der Therapie, wird die Operation geschildert, bei der typischer Weise, die Gebilde durch den Bauchschnitt entfernt wurden, sodann die verschiedenen

*) Vorgetragen am 16. Februar 1894.

Abweichungen von der typischen Operation, sowie die Zufälle bei der Operation und die Prognose erörtert.

Die Heilung war ohne Fieber, doch dadurch gestört, dass der untere Wundwinkel des Bauchschnittes, auf einer Fläche von 1 cm. durch Granulationen heilte. Mässiger Leibschmerz, Wallungen, unruhiger Schlaf und sonstige Erscheinungen des raschen Climax, etwas blutiger Ausfluss waren in den ersten Tagen aufgetreten doch verschwanden dieselben bald; die Kranke war am 6. Februar gesund entlassen. Die Schmerzen sind gänzlich ausgeblieben was theilweise der vollständigen Entfernung der kranken Theile, theilweise der langen Betruhe und Antiphlogose (3 Monate vor der Operation, 2 Monate nach der Operation) zugeschrieben wird.

Die entfernten Eileiter sind fingerdick, hart, zeigen in der Wandung auch knapp unter der Serosa erbsen bis haselnuss-grosse Höhlen, mit reinem flüssigen Inhalt. Die linke Tube ist im ganzen dicht, faserig, die rechte ist ähnlich, doch ist das äussere Ende an der Schnittfläche schwammig durch zusammengefallene Hohlräume. Die beiden Eierstöcke sind vergrössert, dicht, stark verwachsen mit den Windungen der Eileiter.

Die mikroskopischen Präparate des Herrn Dr. Mégay, pathologisch-anatomischen Assistenten, zeigen folgendes. Das Gewebe der Eileiter besteht grösstentheils aus welligen Bindegewebe, hie und da aus faserigen Bindegewebe, das mit Rundzellen durchsetzt ist. Das Bindegewebe ist grösstentheils zwischen den Schichten der circulären und longitudinalen Muskelfasern, doch dringt es auch zwischen die länglichen Muskelfasern. Die musculären Elemente sind an einzelnen Schnitten auch vermehrt. Die Schleimhaut ist hypertrophisch, mit Rundzellen durchsetzt, an der Epithelbekleidung sind stellenweise noch die Cilien zu sehen. Selbst in der hypertrophischen Schleimhaut, hauptsächlich aber in den übrigen Schichten der Wandung sind viele, scheinbar ganz geschlossene kleinere und grössere Hohlräume sichtbar, deren Wandung Cylinder-epithel oder Cilien-epithel bekleidet. Solche Hohlräume sind auch an den Fimbrien; die näher an der Serosa gelegenen sind grösser; dieselben sind häufiger in dem rechten Eileiter, daher die schwammige Schnittfläche. Die Intima der Gefässe ist stark verdickt.

Der Vortragende hält diese Hohlräume durch Abschnürungen

der Schleimhaut entstanden, diese Erklärung passt besser auf die mikroskopischen Bilder, als die Erklärung *D'Hotmann's*, der dieselben als die Reste der Wolff'schen Körper auffasst, die in den Müller'schen Gängen abgeschnürt wurden.

In beiden Eierstöcken zeigt das Mikroskop stellenweise kleinzellige Infiltration, an den Stellen der gelben Körperchen ist Bindegewebe mit hyaliner Degeneration; eine hyaline Degeneration ist auch an der Intima und Muscularis der vielen Gefäße sichtbar; die Intima ist auch hier stark hypertrophisch, ja stellenweise sind dadurch kleinere Gefäße ganz obliteriert.

MITTHEILUNG AUS DER GEBURTSH.-GYN. UNIVERSITÄTS-KLINIK
DES PROF. DIONYS VON SZABÓ IN KOLOZSVÁR.

Ein Fall von Gebärmutter-atresie.)*

Von *Dr. Dezső Malom* klin. Practicant.

Die Gebärende Frau V. N. 24 Jahr alt, I. P. Taglöhnersfrau kam am 16. Dez. 1893. Abends $\frac{1}{2}$ 9 Uhr auf die geburtshilffliche Klinik, mit der Angabe, Sie habe seit einem Tage Wehen. Die Frucht in II. Schädellage, Herztöne gut, Kopf hoch, beweglich, Beckenmaasse: Sp. J. 23·5, Cr. J. 28, Conj. ext. 19, Sp. post. 11 cm. Die äusseren Geschlechtstheile fehlen ganz, sind durch Narbengewebe ersetzt, eine zweifingerweite Öffnung führt in die Scheide die glattwandig, theilweise aus der Öffnung hervorge drängt ist. Die kurze Scheide ist mit einem weichen Gewölbe abgeschlossen, in dem weder Scheidentheil noch Muttermund zu fühlen, noch der Kopf zu erreichen ist. Mit Sims'scher Rinne ist an der vorderen Scheidenwand ein Tropfen Schleim sichtbar, dort dringt eine feine Sonde 2 cm. tief ein, worauf mehr Schleim hervorquillt.

Die Geburtsthätigkeit ist gering, der Kopf hat noch gar nicht auf das Scheidengewölbe eingewirkt deshalb wird zugewartet. In der Nacht gar keine Schmerzen, des Morgens kräftige Wehen, die den Stand kaum verändern, weshalb am 17. Dez. Vormittags um 11 Uhr in Chloroform-Narcose, die mit Sims'scher Rinne sichtbare kleine Öffnung gespalten wird; beiläufig 3—4 cm. tief gelangt die Fingerkuppe in eine scharfrandige Öffnung die dem Fingerdrucke nachgiebt, so dass eine glattwandige, weite Höhle und darin die Fruchtblase fühlbar werden. Die Öffnung wird durch Scheerenschläge für zwei Finger eröffnet, wobei in der vorderen Seite eine starke

*) Vorgetragen am 16. Februar 1894.

Blutung entsteht die eine tiefe Umstechung nothwendig macht. Wegen Wahrscheinlichkeit der Beckenenge wird zur Dehnung des Muttermundes die Frucht durch die äussere Wendung in die Beckenendlage gebracht, die Blase gesprengt (viel schmutziges, braunes Fruchtwasser) doch gelingt es nicht das in der Kniekehle gezogene Bein wegen der engen Öffnung auszustrecken so dass eine Knielage statt einer Fusslage erreicht wird. Eine aufgetretene Asphyxie der Operirten mahnten zur Eile und gaben anderweitige Beschäftigung.

Temperatur Messungen und Scheiden Ausspülungen wurden 2stündlich gemacht. Nachts um 2 Uhr Erbrechen, dann Temp 38·4, Puls 120 klein, Schüttelfrost, Unruhe, eingefallene Augen. Herztöne der Furcht sind nicht zu hören, so dass um $\frac{1}{2}$ 4 Uhr zur Entbindung geschritten werden muss. In der Chloroform Narcose werden die äusseren Narben an mehreren Stellen durchschnitten, Muttermund $2\frac{1}{2}$ Finger weit, das Knie kann nur mit einem Braun'schen Hacken herabgezogen werden, trotz Zug und äusserer Expression folgt der Steiss nicht eher, bis der zweite Fuss mit einer Muzeux-Zange geholt wird. Mit dem Braun'schen Hacken wird nun die hintere Schulter herabgezogen und so der Arm gelöst, die Lösung des zweiten Armes gelingt mit 2 Finger leicht. Der Kopf kann nur nach Perforation mit Naegele's Scheere geboren werden. Nachgeburt 13 Minuten später auf geringen Druck, Gebärmutter gut contrahirt, Blutverlust gering. Ausspülung der Gebärmutterhöhle mit heisser Sublimat-Lösung, dann sterilem Wasser, 2 subcutane Ergotin Injectionen. Naht des Scheidenrisses an der hinteren Wand; derselbe beginnt an den äusseren Einschnitten geht hoch hinauf und blutet. Temperatur 39·4, Puls 120.

Gebärmutter zusammengezogen, doch sickert Blut bei ganzer oder theilweiser Erschlaffung, Reiben, Ergotin, heisse Irrigation, Tamponade nach Dührssen sind erfolglos, unter grosser Unruhe, Ohrensausen, Amblyopie stirbt die Kranke trotz Autotransfusion, Weineingiessungen und subcutan gegebenen Aether.

Bei der Section am 20. Dez. (Prof. A. von Genersich) wurde folgende Diagnose gestellt: Parametritis serosopurulenta incipiens. Emboliae capillares in renibus. Dislaceratio vaginae et vulvae. Cicatricibus ibidem verosimiliter e vulvitide et vaginitide dyphtheritica syphilitica. Cirrhosis hepatis, verosimiliter syphilitica.

Die Kranke selbst gab an die Veränderungen stammen von ihrer Erkrankung an Blattern vor 4 Jahren, in den Büchern des Spitals sind Variola modificata und Gangraen der äusseren Geschlechtstheile erwähnt, doch keine Rede von Veränderungen in der Scheide oder am Muttermund. Jede Anamnese von überstandener Syphilis fehlt, auch waren alle Fragen in der Richtung ohne Erfolg. Unentschieden bleibt ob die Veränderungen als in Folge von Blattern, oder Syphilis entstanden — oder selbst theilweise als angeboren zu erklären sind.

Der Vortragende begründet die geburtshilfliche Behandlung. Der in Frage gezogene Kaiserschnitt war nicht durchgeführt, da die Veränderungen der Geschlechtstheile die Wahrscheinlichkeit einer Dehnung zuließen, dieselbe wurde verhindert durch den geringeren Grad von Beckenenge (Conj. vera 8·5 c.) Der Vortragende gelangt zu dem Schlusse, dass bei dehnungsfähigen Atresien der weichen Geburtswege der Kaiserschnitt ohne weiters zu machen sei, wenn das Becken auch in geringerem Grade verengt ist, weil dies ein solches Geburtshinderniss abgeben kann, dass eine Dehnung der Atresie unmöglich wird.

MITTHEILUNG AUS DEM UNIVERS. INSTITUTE F. ZOOLOGIE
UND VERGLEICHENDE ANATOMIE DES PROF. VON APÁTHY
IN KOLOZSVÁR.

Die Untersuchungsweise Lepkowski's und seine Resultate.*)

Von *Dr. Gerő Rudas.*

Lepkowski: „Beitrag zur Histologie des Dentins mit Angabe einer neuen Methode,“ im „Anatomischer Anzeiger“ VII Jahr. 274 S. 1892. giebt Anlass zur kritischen Studie. Der Vortragende tadelt die mangelhafte Beschreibung der Methode, die zur Folge hat dass das Ergebniss auch ein anderes ist. Die Angabe, dass die Ameisensäure einen Zahn in 24—28 Stunden vollständig erweiche, wird nicht bestätigt, da selbst nach 4 Tagen ein kleiner Schneidezahn zum Schnitt unbrauchbar war.

Der Vortragende erwähnt Schaffer's Kritik (Zeitschrift f. wissenschaftliche Microscopic« 1893, S. 181) über dieselbe Arbeit, und tadelt die Art und Weise der Kritik aus der weder der Leser noch der Schreiber einen Nutzen hat.

Lepkowski verwechselt die interglobulären Räume und die Körnchenschicht, da Er die interglobulären Räume an die Grenze des Cements versetzt, und diese Schicht gewöhnlich Körnchenschicht genannt wird. Der Vortragende zeigt Präparate nach Lepkowski's Methode an denen beide Schichten zu sehen sind darum ist Lepkowski's Ansicht falsch, dass die interglobulären Räume selten sichtbar, sowie dass die Körnchenschicht nur auf Schliffen, und nie auf entkalkten mit Mikrotom geschnittenen Präparaten zu sehen sei.

Lepkowski beschreibt die Verzweigungen der Dentinröhrchen als stumpfe Dörnchen, und die Dentinröhre als einen Rosenstock

*) Vorgetragen am 25. Nov. 1893.

mit stumpfen Dörnchen. Dies ist nach Ansicht des Vortragenden, Folge der launigen Imprägnation und es ist nicht richtig das Ende der Gebilde dort zu suchen, soweit die Imprägnation reicht.

Der Vortragende weist nach, dass die Körnchenschicht weder an Schliffen, noch nach Lepkowski's Methode zu untersuchen sei, weil bei der letzteren der Goldniederschlag jede Structur verdeckt. Was die Endigungen der Dentinröhrchen an der Grenze des Cementes anbelangt, so beruht sich Lepkowski fälschlich, auf die Untersuchungen Ebner's wenn er sagt dass dieselben in dem interglobulären Räumen (vielleicht Körnchenschicht?) endigen.

Die Ansicht Ebner's von einem Übergang von Zahnkanälchen in das Cement findet nicht statt, womit nicht geleugnet werden soll, dass an trockenen Schliffen häufig ein Zusammenhang lufthaltiger Räume des Cementes mit solchen des Zahnbeines beobachtet werden kann: steht nicht für alle Fälle. Diese Ansicht wird durch viele Präparate des Vortragenden scheinbar bekräftigt, doch es fragt sich ob das stumpf endende Rohr nicht vielleicht abgeschnitten, und bei Serienschritten doch vielleicht ein Zusammenhang mit einer Zelle des Cementes nach zuweisen wäre. Der Zusammenhang zwischen Dentin und Cement ist ganz anders bei den Zähnen der Schweine und Wildschweine sowie bei den Milchzähnen des Hundes, wie dies bekannt und auch von Ebner beschrieben ist. Bei den Zähnen des Schweines ist auffällig, der stellenweise Mangel von Körnchenschicht zwischen Dentin und Cement, oder es sind nur 1—3 Reihen weitstehende, gewöhnlich grössere Körnchen zu sehen. Die spitzwinkelig abgehenden Nebenzweige der Dentinröhrchen sind theilweise zurück gewunden, oder endigen scheinbar blind in der Grundsubstanz, theilweise gehen diese Nebenzweige Verbindungen ein untereinander oder gerade mit dem Ausläufern der Cementzellen. Auch bilden 1—3 grosse Körnchenzellen eine constante Körnchenschicht zwischen Dentin und Zahnschmelz, wobei die Dentinröhrchen zwischen den Körnchenzellen verlaufen, und mit denselben hie und da durch Nebenzweige in Verbindung treten.

Der Vortragende wiederlegt Lepkowski's Ansicht dass die Räume der Körnchenschicht, Erweiterungen der Dentinröhrchen wären, da die Dentinröhrchen bei diesen Zähnen nicht in die Körnchenzellen einmünden, sondern zwischen denselben vorbeiziehend

gerade zu den Cementzellen ziehen. Der Vortragende hat schon früher die Körnchenschicht als eine wahrscheinliche Anhäufung von zerfallenen Epithelzellen und Cementzellen beschrieben, muss sich aber der mündlich mitgetheilten Ansicht Prof. Apáthy's anschliessen, dass bei deren Bildung den Odontoblasten eine grosse Rolle zukomme. Die Gründe sind die folgenden (bis directe embryologische Gründe zur Verfügung stehen):

a) Die Lage der Körnchenschicht an der Grenze des Cementes, wo sich auch die embryonalen Odontoblasten vorfinden.

b) Die längliche Gestalt sowie die rechtwinkelige Stellung dieser Körnchenzellen beziehungsweise Körnchenräume auf der Grenzlinie zwischen Dentin und Cement, die der embryonalen Gestalt und Stellung der Odontoblasten entsprechen.

c) Die Alternation der Dentinröhrchen mit einem einzelnen oder mit einer Gruppe von mehreren Körnchenräumen.

d) Die Verbindungen der Körnchenräume mit den Cementzellen, sowie durch Seitenzweige mit einander, beziehungsweise mit den nächsten Dentinröhrchen, die alle den ursprünglichen Verbindungen der Odontoblasten entsprechen wie diese durch die Dentinröhrchen grösstentheils constant nachzuweisen sind.

Der Vortragende schildert die microscopischen Bilder, die nach Lepkowski's Methode erzielt werden, und nennt die Färbung und Imprägnation der Schnitte eine launenhafte.

DER ÄUSSERE HARNRÖHRENSCHNITT AN DER CHIRURGISCHEN
KLINIK DES PROF. BRANDT IN KOLOZSVÁR.*)

Von *Dr. Gabriel Papp*. Operateur.

Nach kurzer historischer Einleitung, werden die Indicationen aufgezählt, die in der einschlägigen Litteratur vorkommen. Eine gänzliche Undurchgängigkeit der Harnröhre ist leicht erklärlich bei traumatischen Ursprung; eine solche bei Verengerungen blenorrhoischen Ursprung, wird nur im Falle einer Verletzung des Epithels zugegeben. An der Klausenburger Klinik wird bei absoluter Stricture nur der äussere Harnröhrenschnitt gemacht; bei temporären Verschluss in Folge einer Entzündung ist die Punction oberhalb der Symphyse angezeigt. Bei einer durchgängigen Stricture entscheiden die Complicationen, das Verhalten der Blase, der Nierenentzündung der Fisteln, der Abscesse und der falschen Gänge; sind keine Complicationen so wird eine Dehnung, im geeigneten Falle der innere Harnröhrenschnitt gemacht, ist derselbe ohne Erfolg so folgt der äussere Schnitt.

Bei der Schilderung der Operation wird 1) die übliche Vorbereitung, 2) die Eröffnung der Harnröhre, 3) das Aufsuchen der Stricture, beziehungsweise des centralen Theils der Harnröhre, 4) die Einführung des Katheters beschrieben.

In der Klinik wird gewöhnlich ein Itinerarium mit einfacher Katheter Krümmung, bei dem äusseren Schnitt angewandt, doch war in einigen Fällen der Verlauf der Harnröhre durch Einführung einer Wachsbougie gekennzeichnet. Ist das Itinerarium durch die Stricture gelangt, so wird das Messer hinter der Stricture eingestochen; war das Itinerarium nur bis zur Stricture vorgeschoben, so wird das Messer vor der Stricture eingestochen wenn dies ohne

*) Vorgetragen am 12. Mai 1893.

Verletzung des Bulbus möglich ist. War das Itinerarium nicht oberhalb des Bulbus angelangt, oder war gar keines zu gebrauchen, so wird die Harnröhre gewöhnlich oberhalb der Stricture eingeschnitten.

In mehreren Fällen, in denen die Stricture oder die Fortsetzung der Harnröhre nicht zu finden war, durchschnitt Prof. Brandt die Narben, die mit den Finger gewöhnlich gut zu fühlen sind, worauf der Weg zur gesunden Harnröhre geöffnet wurde.

Gewöhnlich wird nach dem äusseren Schnitt, ein Katheter (englischer No 12—16) von der äusseren Harnröhrenmündung bis zur Wunde in die Harnröhre geführt, dann mit den Fingern in der Wunde weiterschoben. Der Vortragende schildert die Schwierigkeiten der Einführung des Katheters.

Weiters schildert der Vortragende die Behandlung der Wunde, die Naht, sowie die unvollkommene Heilung und die Rückfälle; giebt dann eine Statistik von 1719 Fällen mit 162 Todesfällen (9.4%), aus der dem Vortragenden zugänglichen Litteratur.

Es folgen nun 27 Krankengeschichten der in den Jahren 1887—1892 in der Klinik ausgeführten äusseren Harnröhrenschnitte.

Die Indication zur Operation gaben in 10 Fällen, Stricturen in der Pars membranacea, die für Instrumente unwegsam waren; im Falle No I war eine Infiltration, im Falle No XIII waren Fisteln und Incontinentia Alvi, in einigen Fällen war Cystitis als Complication vorhanden. Im Falle No XI wurde die Unwegsamkeit durch ein Diverticulum verursacht.

Eine für Instrumente wegsame Stricture der Pars membranacea bestand in 15 Fällen. Eine oder mehrere Fisteln waren neben anderen Complicationen in 9 Fällen vorhanden; im Falle No V bestand Cystitis und Entzündung der Prostata, in drei Fällen nur Cystitis; im Falle No XII musste das abgebrochene Ende eines Katheters entfernt werden. Der Fall No XXI bot keine Complication. Im Falle No XXV war die Stricture sammt einer Fistel in der Mitte der Pars pendula. In Falle No II gab ein Concrement in dem Bulbus und die daselbst befindliche Fistel die Indication zur Operation. Die Stricturen waren meistens gonorrhöischen Ursprungs, nur im Falle No XX kann an einen traumatischen Ursprung gedacht werden. In dem Falle No XXVII war ein Rückfall, nach einer vor 12 Jahren ausgeführten Urethrotomia externa, vorhanden.

Ein Itinerarium wurde gewöhnlich gebraucht, nur in dem Falle No VII unterblieb es, weil dasselbe nicht einmal bis zur Strictur gelangte. Im Falle No XIV wurde zum Durchschneiden einer Nebenstrictur das Urethrotom von Ivánchich verwendet. Das proximale Ende der Harnröhre war in einigen Fällen durch das Harnfliessen, in dem Falle No IX durch Auspressen des Urins mittelst Druck auf die Bauchwand erkannt. War die Fortsetzung der Harnröhre selbst nach langen Suchen nicht zu finden, so gelang dies in einigen Fällen leicht, nach Durchschneiden des mit dem Finger gut fühlbaren Narbenringes.

Der Callus wurde meist entfernt u. zw. gewöhnlich noch vor Einführung des Katheters, nur im Falle No XXVI zum grössten Theil nachher.

Der englische elastische Katheter war meistens von Seite der äusseren Harnröhrenmündung eingeführt, das Vorrücken hinterhalb der Wundfläche unterstützte der Finger in der Wundfläche mit Druck. In den Fällen No VII, IX und XII war der Katheter von der Wunde aus in die Blase geschoben, dann gekrümmt an eine durch die äussere Harnröhrenmündung eingeführte Knopfsonde gebunden, und durch zurückziehen derselben, in den vorderen Theil der Harnröhre geleitet. Zur Befestigung des Katheters wurde der angebundene Faden, an der Glans durch Häftpflasterstreifen befestigt. Die äussere Öffnung des Katheters wurde mit einem Stück Wachs bougie verschlossen, das von Zeit zu Zeit zum Herauslassen des Urins entfernt wurde.

Die Wunde wurde in 7 Fällen, mit tiefen Nähten über einen Katheter vereinigt, wobei der untere Wundwinkel für die Einführung von Jodoformgaze oder Drainröhre offen gelassen wurde; eine Vereinigung kam beiläufig nur im Falle No VII zu Stande.

Während der Operation kam es im Falle No XIV zu einer langwierigen parenchymatösen Blutung, doch stillte, die Einführung des Katheters dieselbe.

Von den Complicationen der Nachbehandlung waren die Urethritis und Cystitis gewöhnlich auch vor der Operation schon vorhanden, doch wurden dieselben öfters verschlimmert durch den Verweil-Katheter. In je einem Falle waren beobachtet: Entzündung der Hoden, Eczem des Hodensackes, daselbst und an der Glans eine Infiltration, eine Eiterung in dem perirectalem Bindegewebe. Das Preputium war

zweimal angeschwollen, wegen Druck durch den zur Befestigung des Katheters dienenden Heftpflaster-Streifens; die Beseitigung der Ursache führte rasch zum Abschwellen.

Eine Nachblutung bestand in den Fällen No. I und XVII, und erforderte das Aufsuchen und die Unterbindung von kleinerem Gefässen. Ein Entfernen des Katheters wegen Schmerzen in der Harnröhre und in der Blase war in einigen Fällen nothwendig. Das ziemlich oft beobachtete Fieber war meistens durch entzündliche Vorgänge, einigemal durch den Katheter verschuldet. Im Falle No. III war Uraemie beobachtet mit Erbrechen und unregelmässigen Fieber, doch verschwanden diese Erscheinungen bald. Im Falle No. XVII quälten sehr schmerzhaftere Erectionen den Kranken; Lupulin hatte zweifelhaften Erfolg. Der Katheter fiel wegen Unachtsamkeit oder schlechter Befestigung öfter heraus, auch war der Katheter in den Fällen No. XIV und XXI in der Gegend der Wunde geknickt.

Die Wundränder wurden in mehreren Fällen genäht und zwar theilweise secundär, theilweise angefrischt, im Falle No. XV sogar zweimal; in zwei Fällen (No. XIV, XV) war auch eine Vereinigung beobachtet.

Auch beim Wechseln des Katheters wurde derselbe so eingeführt, das der Katheter zuerst von der Wunde aus in die Blase und dann nach vorne gezogen wurde (Fall No. XI); manchmal wurde der Katheter im Vorwärtsgleiten mit dem Finger in der Wundfläche unterstützt (Fall No. IX). Im Falle No. XVI war die Blase, durch ein Drainrohr, das von der Wunde aus in die Blase geführt wurde ausgespült; auch wurde ein Theil der Spülflüssigkeit öfters in der Blase zurückgelassen, dass der Katheter die Blasenwandung nicht berühre (Fall No. V.)

Die Dauer der Behandlung war je nach den Complicationen, eine verschiedene, so im Falle No. II nur 17 Tage, obgleich auch ein Steinschnitt gemacht wurde, dagegen im Falle No. VIII mehr als 4 Monate; die Behandlung dauerte im Durchschnitte 1—2 Monate.

Was das Endresultat anbelangt: so wurden gänzlich geheilt 13 Fälle; geheilt, doch mit Zurücklassen einer Fistel 8 Fälle; während der Behandlung entfernten sich 3, und starben 3 Kranke. Die Section erwies im Falle No. XIII Cystitis chronica cum hypertrophia

vesicae; Pyelonephritis, Marasmus senilis; im Falle No. XXVI Periproctitis purulenta, Thrombosis venae cruralis dext., Cystitis. Im Falle No. XV war während des Leben eine Lungenentzündung beobachtet, die Section wurde verweigert. Die Veränderungen im Falle No. XIII sind älteren Datums und die Operation, der in einigen Tagen der Tod folgte, kann nicht als Todes-Ursache angeschuldnet werden. In dem Falle No. XV, bestand schon vor der Operation eine Cystitis, der Tod erfolgte einige Tage nach einer aufgetretenen Lungenentzündung, die vielleicht keine septische sondern eher eine genuine war. Im Falle No. XXVI fand sich ein periproctitischer Abscess, der in denselben führende Irrgang soll laut Section schon längere Zeit bestanden haben, doch müssen wir die Abscessbildung als Folge der Operation auffassen. Es fallen also auf 27 äussere Harnröhrenschnitte 3, beziehungsweise 1 Todesfall.

MITTHEILUNG AUS DER CHIRURGISCHEN UNIVERSITÄTS-
KLINIK DES PROF. JOSEF BRANDT IN KOLOZSVÁR.

Ein Fall von Myxosarcoma mammae cysticum.

Von *Dr. Gabriel Papp*. Operateur.

Die rechte Brustdrüse einer 44 Jahre alten Bauersfrau war in eine Kopfgrosse Geschwulst umgewandelt, die klinische Diagnose wurde auf Sarcom gestellt. Bei der Operation am 3. März, wurde eine mögliche Einschränkung des Blutverlustes ins Auge gefasst, da ein mächtiges Netz von Blutgefässen durch die Haut schimmerte. Die Blutleere nach Essmarch herzustellen wurde nicht versucht, damit keine Sarcomelemente in das gesunde Gewebe gedrängt werden; ein Schlauch wurde um den dünnen stielartigen ausgezogenen Theil des Brustdrüsenhaut hinterhalb der Geschwulst gelegt, doch nicht angezogen, da eine Unterbindung der einzelnen Gefässen beabsichtigt war. Bei dem Durchschneiden der Haut und des Unterhautzellgewebes in 6 cm. Länge, kam es zu einer enormen Blutung, theils, weil es an vielen Stellen blutete, theils, weil die Klammern Venenwandungen zertrümmerten. Nun wurde an dem Stiel der Geschwulst der Schlauch angezogen und geknotet, nachher die Haut ohne Unterhautzellgewebe mit flacher Messerführung abgetrennt, so dass das venöse Netz an der Geschwulst unverletzt zurückblieb. Die Haut bildete in drei Lappen eine Manchette um die Geschwulst die an der Basis noch festsass. Die Geschwulst wurde von der Unterlage derart abgetragen, dass fingerdicke Theile in Klammern gefasst, dann oberhalb derselben die Geschwulst amputirt wurde, 10—12 solche Bündel waren nothwendig; dieselben wurden dann mit Seide oder Catgut umbunden, theilweise auch in zwei Parthien.

Das Verhalten der, ihres Zellgewebes beraubten Haut, war im

weiteren Verlaufe des Falles von Interesse; am 4-ten März waren die Lappen hauptsächlich an den Rändern blass, am 5-ten März waren die Ränder der oberen Lappen etwas grau gefärbt, am 6-ten März waren kleine Bläschen an den grauen Stellen entstanden, am 8-ten März war auch der Rand des unteren Lappens grau gefärbt. Am 9-ten März wurden die graubraunen Stellen mit der Scheere entfernt und zwar je ein Streifen: der am linken oberen Lappen 1 c. am rechten oberen Lappen 3 c., am unteren Lappen $\frac{1}{2}$ —1 c. breit war. Die Lappen waren theilweise an dem Grund des Geschwulstbettes angeklebt, was vielleicht mit dazu beitrug, dass nur so geringe Theile der Haut abstarben. Am 10-ten März wurden neuere kleine abgestorbene Hauttheilchen abgetragen. Die Lappen waren später an die gut granulirende Wunfläche angewachsen, so dass nur eine T-förmige Fläche von 1 c. Breite auch weiterhin granulirte.

CASUISTIK AUS DER CHIRURGISCHEN UNIVERSITÄTS-KLINIK
DES PROF. JOSEF BRANDT IN KOLOZSVÁR.

Mitgetheilt von *Dr. K. Höncz*. Assistent.

1. Drei Fälle von gelungener Rhinoplastik.

In allen drei Fällen war die Nase durch ein Epitheliom vernichtet, durchschnittlich in 2 Jahren. Im ersten Falle musste auch der Nasen-Knorpel sammt Scheidewand entfernt werden, zur Deckung des Substanzverlustes wurde ein Lappen von der Stirne genommen, am 10-ten Tage die Nähte entfernt und am 23-ten Tage die prominente Umbiegungstelle des Lappens, Keilförmig ausgeschnitten und genäht.

Im zweiten Falle hatte das Epitheliom auch das Gesicht ergriffen, der Substanzverlust wurde theilweise durch Herbeiziehen der Gesichtshaut grösstentheils durch einen Stirnlappen gedeckt.

Im dritten Falle wurde zur Deckung der Wunde, ein Lappen aus der rechten Seite des Gesichtes gebildet. In allen drei Fällen war Heilung per primam eingetreten.

2. Ein Fall von Polypus sarcomatosus in antro Highmori.

Bei der 52 Jahre alten Gutsbesitzersfrau sitzt an der linken Hälfte des Gesichtes, knapp unterhalb des Auges eine kleinfaust grosse Geschwulst, über derselben ist die Haut gespannt doch gesund. Die Frau gibt an, ihr Leiden habe vor 10 Jahren mit Zahnschmerzen begonnen, die Geschwulst sei trotz ärztlicher Behandlung langsam, in der letzten Zeit rasch gewachsen. Bei genauer Besichtigung erhellt, dass die Geschwulst auch durch die verdünnte vordere Wand des Oberkiefers bedeckt ist, dieselbe sowie das Nasenbein sind nach vorne, die Nase nach rechts gedrängt. Das rechte Nasen-

loch ist undurchgängig, das linke schwer durchgängig, in derselben eine bläuliche elastische Geschwulst. Nach örtlicher Anästhesirung wurde am 7-ten Februar, an dem grössten Umfange der Geschwulst ein 15 c. langer Hautschnitt gemacht, dann ein zweiter auf dem ersten lothrecht geführt. Nach Abheben des Hautlappens wurde die vordere Wand des Antrum Highmori entfernt, die Geschwulst hing mit einem dünnen Stiel an der hinteren Wandung; nach Abtragung der Geschwulst, wurde die Höhle durch die Nase mit Jodoformgaze ausgestopft und die Wundränder durch Nähte vereinigt. Am 7-ten Tage waren die Nähte entfernt, die Wunde per primam geheilt, der Tampon entfernt, die Höhle mit Thymollösung ausgespritzt und neuerdings Jodoformgaze eingeführt. Die Frau wurde am 7-ten März geheilt entlassen.

ÜBER DIE BESTIMMUNG DER REDUCTIONSFÄHIGKEIT DES HARNS.

Von

Professor L. v. Udránszky und Privatdocent F. Koch.

Verff. haben im Anschlusse an frühere Versuche *L. v. Udránszky's*, sich zur Aufgabe gestellt, an den zur Bestimmung der Reductionsfähigkeit des Harns bisher verwendeten Methoden insofern zu ändern, dass es durch eine einfache Behandlung des Harns möglich sei, dessen reducirende Kraft, frei von dem störenden Einflusse der Harnsäure und Kreatinins zu erforschen. Sie benützen zur vollständigen Abscheidung der Harnsäure und des Kreatinins, Phosphorwolframsäure in stark salzsauer Lösung, und bestimmen hiernach die Reductionsfähigkeit des von dem Niederschlage abfiltrirten Harns mit Hülfe von alkalischer Kupferlösung. Da die nach der Fällung mit Phosphorwolframsäure im Harn noch zurückbleibenden reduzierenden Körper zur Zuckergruppe gehören, oder ihr sehr nahe stehen, so ist die Methode gewissermassen bei dem Studium der physiologischen Kohlehydratausscheidung verwendbar.

Eine ausführliche Publication der Arbeit in deutscher Sprache erfolgt später an anderem Orte.

Kolozsvár. Physiologisches-Institut der kgl. ung. Universität.

BETRÄGE ZUR KENNTNISS DER REDUCTIONSFÄHIGKEIT DES
MENSCHENHARNS.

Von *Privatdocent F. Koch.*

Verf. hat mit Hülfe der von ihm in Gemeinschaft mit *Prof. L. v. Udránszky* beschriebenen Phosphorwolframsäure-Methode die Reductionsfähigkeit des Harns bei gesunden Männern, Frauen und Kindern untersucht, und seine langen Versuchsreihen mit der gleichzeitigen Bestimmung der vollen Reductionsfähigkeit des Harns — nach der *Moritz'schen* Methode — ergänzt. Die Resultate der Analysen sind, — für die einzelnen Tagesperioden sowol, wie auch für die vollen Tage, in Procentzahlen (Traubenzuckeräquivalenten) berechnet und gleichfalls auf die Einheit des Körpergewichtes bezogen — in 35, der Arbeit beigefügten Tabellen angeführt. In denselben sind zugleich die Mittelwerte, so wie auch die beobachteten Minima und Maxima aufgezeichnet.

Auf weiteren zwei Tafeln wird die Harnmenge und das spezifische Gewicht des Harns, der Reductionsfähigkeit desselben gegenübergestellt.

Die Arbeit soll später in deutscher Sprache an anderem Orte ausführlich mitgeteilt werden.

Kolozsvár. Physiologisches Institut der kgl. ung. Universität.
