

operationen. Die Gründe, weshalb er das Klemmverfahren perhorresciert, giebt Verf. Bd. II S. 531 an, und zwar sind es: 1. die grössere Schmerzhaftigkeit infolge der Zerrung der durch 48 Stunden liegenden Pincetten und 2. die Gefahr der Infection des Peritoneums durch die bei Abnahme der Pincetten zurückgleitenden und bereits in Jauchung übergegangenen Gewebsstümpfe.

Was den ersten Punkt betrifft, so muss Ref., der seit Jahren methodisch das Klemmverfahren anwendet, nachdem er vorher zahlreiche vaginale Total-exstirpationen mittelst Ligatur ausgeführt, auf das Entschiedenste bestreiten, dass die Schmerzen bei Anwendung der Klemmen grösser oder länger anhaltend sind, als der Wundschmerz bei allen, nach irgend einer anderen Methode ausgeführten vaginalen Operationen. Selbst bei den empfindlichsten Kranken genügte eine Morphiuminjection in der ersten, der Operation folgenden Nacht zur dauernden Beruhigung; oft war auch diese nicht nötig. Ich halte es überhaupt für misslich, auf Grund rein theoretischer Erwägungen ein Verfahren, das man — wie Verf. in der Vorrede zur II. Auflage selbst zugiebt — nie angewandt hat, ungesehen und ungeprüft zu verwerfen. Dies geschieht aber, ich weiss nicht aus welchem Grunde, gerade dem Klemmverfahren gegenüber mit besonderer Hartnäckigkeit. Dieselben, schon hundert Mal widerlegten Gründe werden immer wieder ins Treffen geführt, ohne dass die Autoren sich die Mühe nähmen, bei einem deutschen, das Klemmverfahren beherrschenden und vielfältig anwendenden Operateur (z. B. Laudau) oder an französischen Kliniken dasselbe durch den Augenschein zu prüfen und sich von den vorzüglichen Erfolgen desselben zu überzeugen. Die Anhänger des Klemmverfahrens stehen auf einem weit toleranteren Standpunkte; sie erkennen die Berechtigung und Durchführbarkeit der Ligaturmethode vollkommen an, wenden dieselbe in geeigneten Fällen auch selbst an, beanspruchen aber für ihr Verfahren die Gleichberechtigung und zum Mindesten eine vorurteilsfreie, sachliche Prüfung. Wenn zur Sicherung des Erfolges der aseptischen Wundbehandlung bei Coeliotomien ausser den übrigen bekannten Vorbedingungen nicht zum wenigsten die kurze Dauer der Freilegung der Bauchhöhle beiträgt, so muss dem Klemmverfahren, durch welches Alles das in wenigen Minuten ausführbar ist, was mittelst Ligaturen mindestens $\frac{1}{2}$ Stunde Zeit in Anspruch nimmt, entschieden der Vorzug gegeben werden.

Aber auch Schauta's zweiter Einwand gegen das Klemmverfahren scheint uns nicht stichhaltig. Eine Infectionsgefahr des Peritoneums durch die bei Abnahme der Pincets zurückgleitenden, bereits in Jauchung übergegangenen Gewebsstümpfe besteht in Wirklichkeit nicht. Das beweisen zunächst die glänzenden Erfolge deutscher und französischer Operateure, die sich dieser Methode seit Jahren bedienen und oft Serien von hundert und mehr vaginalen Klemmoperationen ohne einen Fall von Sepsis haben. Ferner aber liegen nach Beendigung der Klemmoperation die Stümpfe überhaupt nicht extraperitoneal, sondern, von den Spitzen der Klemmen gedeckt, oberhalb des Scheidenloches, innerhalb der Bauchhöhle. Die Stümpfe der bei der Operation mit dem vorgewälzten Uterus entwickelten Adnexe ziehen sich vermöge ihrer Elasticität nach der Abklemmung und Durchschneidung alsbald wieder in die Peritonealhöhle zurück; dort verfallen sie bei aseptischem Verfahren auch keiner Jauchung, sondern trockener Nekrose, wie jeder intraperitoneal zurückgelassene, unterbundene oder abgebrannte Gewebstumpf, und endlich — selbst wenn man die Möglichkeit des Zurückgleitens der abgeklemmten Parametrien und der secundären Jauchung derselben durch einen Fehler in der Aseptik zugeben wollte — sind bei Abnahme der Klemmen nach 48 Stunden die Stümpfe durch einen jetzt schon gebildeten, wenn auch dünnen, aber doch wirksamen Adhäsions- und Schutzwand nach oben abgegrenzt und extraperitonialisirt. Die event. Jauchung könnte jetzt zu keiner Allgemeinfection des Peritoneums mehr führen, um so weniger, als der Abfluss der Wundsecrete auf dem natürlichen Wege nach unten bei keiner Methode mehr gesichert erscheint, als bei dem Klemmverfahren.

Was nun die einzelnen vaginalen Operationen mit Eröffnung der Bauchhöhle anbetrifft, so hält Schauta zunächst bei der Retroversio-

flexio uteri principiell noch an der Vaginaefixation fest, und zwar sowohl bei der beweglichen, als auch bei der durch leicht trennbare, dünne und wenig vascularisierte Adhäsionen fixierten Rückwärtsknickung. Er spricht dabei die Erwartung aus, dass die Pessartherapie immer mehr durch die zur dauernden Korrektur pathologischer Lageveränderungen führende, zudem stetig ungefährlicher werdenden Operation verdrängt werden wird. Diese Erwartung erscheint uns grade im gegenwärtigen Stadium der Retroflexionsfrage nicht recht begründet. So lange die sehr gewichtigen Zweifel an der pathologischen Bedeutung der reinen, uncomplicierten Retroversio-flexio nicht behoben sind, so lange ferner keine der physiologischen Normallage des Uterus nahe kommende, dabei Dauererfolg versprechende Operationsmethode — und das ist weder die Alexander-Adams'sche, noch viel weniger die Wertheim-Schauta'sche — gefunden ist, und so lange die Berichte über die Möglichkeit der Radikalheilung der Rückwärtsknickungen durch Pessarbehandlung in steter Zunahme begriffen sind, wird die letztgenannte Behandlungsart als die sicherere, unschädlichere und dabei dem physiologischen Zustande relativ am meisten nahe kommende bevorzugt werden müssen.

Schauta zieht aus den üblen Erfahrungen, die man bei spätern Schwangerschaften oder Geburten nach Vaginaefixationen gemacht hat, nicht den Schluss, dass die vaginale Fixation als solche fehlerhaft und zu verwerfen sei, sondern nur jene Technik dieser Operation, bei der allzu feste Verwachsung eintritt. Dieselbe Erfahrung, wie mit der vaginalen habe man ja auch mit der abdominellen Fixation gemacht, wenn die Fixation des Uterus eine direkte (Methode Leopold) war, während die indirekte Fixation mittelst der Ligamenta lata und rotunda keine ungünstigen Resultate bezüglich späterer Schwangerschaften ergeben habe. Diesen Schlussatz, soweit er die direkte Ventrifixation nach Leopold-Czerny betrifft, kann Ref. nicht gelten lassen; die zahlreichen Erfahrungen Leopold's über den meist ungestörten Verlauf der Schwangerschaften und Geburten nach seiner Ventrifixationsmethode kann Ref. nach seinen eignen Beobachtungen nur vollinhaltlich bestätigen und, wenn Gegenteiliges von Einzelnen (Miländer) berichtet wurde, so ist dies nur eine wahrscheinlich durch fehlerhafte Technik bedingte Ausnahme. Auch bezüglich der Dauererfolge hat sowohl Leopold, wie Ref. so befriedigende Resultate, wie sie das Wertheim-Schauta'sche Verfahren erst noch nachzuweisen haben wird. Bezüglich der Wertheim'schen Methode, die man als eine vaginale Alexander-Adams'sche bezeichnen kann, hat Ref. in 3 Fällen Recidive gesehen. Die Schauta'sche lehnt sich mehr an die Olshausen-Saenger'sche Methode an, nur dass sie nicht, wie diese eine Ventri-, sondern eine Vaginaefixation ist. Es wird nämlich zunächst eine Seitenkante des Uterus, z. B. die linke in die Peritonealwunde eingestellt, das Ligamentum rotundum etwas vorgezogen und nun eine feine Seidennaht durch die seitlichen Winkel des Peritonealschlitzes und hinter dem Ligm. rot. durchgeführt. Eine zweite Naht geht durch die Winkel der Scheidenwunde und durch die Peritonealränder nahe dem Winkel. Diese Nähte werden in derselben Reihenfolge, in der sie angelegt wurden, geknüpft, die tielliegende Naht kurz abgeschnitten; ebenso wird auf der andern Seite verfahren. Das Ligam. rotund. wird dabei in einer Entfernung von 1—1½ cm von der Uterusoberfläche ans Peritoneum festgenäht; es ist also eine Annäherung der Uterusanhänge an das Pelvi-Peritoneum und die Vagina, analog der Olshausen-Saenger'schen an das Peritoneum parietale und die vordere Bauchwand. In den letzten 2 Jahren wurden in Schauta's Klinik 54 Fälle von Retroversio-flexio mit oder ohne Prolaps in dieser Weise operiert. Die Erfolge sind, soweit sich dies bisher beurteilen lässt, sehr zufriedenstellend. Erfahrungen über spätere Schwangerschaften und Geburten scheinen noch nicht vorzuliegen.

Das folgende Kapitel über die vaginalen Coeliotomien bringt eine ausgezeichnet klare und anschauliche, durch vorzügliche nach Photographien gefertigte Abbildungen der verschiedenen Phasen der Operation illustrierte Darstellung der Technik derselben. Wie schon erwähnt, bedient sich Schauta ausschliesslich der Ligaturmethode. Nach Abbindung und Durchtrennung der Parametrien rath er behufs leichterer Hervorstülpung des

Uteruskörpers zur Amputation des Collum, wie dies auch die Franzosen jetzt vielfach ausführen. Ein originelles Verfahren giebt Schauta bei Carcinom des Uteruskörpers und sehr starker Jauchung an, um die Gefahr des Ueberfließens der Jauche während der Operation bei bereits eröffneter Bauchhöhle zu vermeiden: Er perforiert einen Tupelostift etwa in der Mitte seiner Länge und zieht durch die Öffnung einen Faden durch. Die beiden Enden dieses Fadens werden in Nadeln eingefädelt und diese Nadeln unmittelbar vor der Operation vom Cervicalkanal aus nach beiden Seiten hin durch die Wand der Cervix durchgestossen, hierauf der Tupelostift in die Cervix eingeführt, der Faden straff angespannt und über die vordere und hintere Fläche der Cervix fest geknüpft. Der Tupelostift quillt alsbald in der Cervicalhöhle oberhalb und unterhalb der Fadenschlinge auf und wird nur an der Stelle, wo er vom Seidenfaden umschnürt ist, am starken Anschwellen verhindert, presst aber gerade an dieser Stelle seine Oberfläche an die Innenfläche der Cervix ausserordentlich fest an, sodass selbst bei starkem Druck von oben Secret durch den auf diese Weise sicher tamponierten Cervicalkanal nicht ausfliessen kann.

Schauta's interessante Statistik seiner vaginalen Total-*exstirpationen* bestätigt die auch von anderer Seite hervorgehobene, wesentlich ungünstigere Prognose der Carcinomoperationen gegenüber den vaginalen Radikaloperationen aus anderen Indikationen. Ebenso sind auch die Dauererfolge bei Carcinom (47,3 pCt. bei 2-jähriger Recidivfreiheit) noch wenig befriedigende. Allerdings ist nach den neuesten Zusammenstellungen aus der Olshausen'schen Klinik (Paul Fraenkel Ueber die Dauerresultate der vaginalen Total*exstirpation* bei Carcinom *uteri*. Inaugr. Dissert. Berlin 1898), durch welche die weiteren Schicksale von 311 wegen Carcinom operierten Frauen verfolgt wurden, festgestellt, dass mindestens fünf Jahre als Termin für die Dauerheilung zu bemessen sind. Dabei fand sich das immerhin nicht schlechte Resultat, dass von 230 über 5 Jahre verfolgten Fällen 82 = 35,7 pCt. recidivfrei geblieben sind, von Corpuscarcinomen sogar 53 pCt.

Schauta's Erfolge bei vaginalen Coeliotomien aus anderen Indikationen sind hingegen recht gute. In den letzten 2 Jahren operierte er auf vaginalem Wege 35 Ovarieneysten der verschiedensten Grösse mit 2 Todesfällen, 8 Fälle entzündlicher einseitiger Adnexerkrankungen mit 1 Exitus und 4 Tubenschwangerschaften, also zusammen 47 Fälle mit 3 Todesfällen = 6,3 pCt.

Noch erheblich besser allerdings sind in dieser Hinsicht A. Martin's (Therapeut. Monatshefte, September 1898) Resultate, der von 131 Fällen vaginaler Ovariectomie (unter mehr als 700 Colpotomien) nur 2 verlor, also 1,5 pCt. Vielleicht ist dies dem Umstande zuzuschreiben, dass der letztgenannte Autor ausser der Abwesenheit fester und zahlreicher Verwachsungen und ausser der notwendigen Beweglichkeit und Herabziehbarkeit des Tumors bis in den Introitus — Vorbedingungen, die für Schauta ausreichend sind — noch verlangt, dass die Scheide nicht zu eng und der Beckenboden nicht zu derb und unnachgiebig sei, dass ferner Ovarialtumoren für die vaginale Operation im Douglas liegen oder wenigstens in ihn hineinpressbar sind und dass sie endlich einen mässigen Umfang nicht überschreiten sollen. Nach Schauta hingegen hat die Grösse der Tumoren bei sonstiger Beweglichkeit keine grosse Bedeutung, wiederholt hat er vaginale Ovariectomien bei Tumoren bis zu 8 kg ausgeführt. Uns scheint besonders für den Anfang und für Ungeübte die engere Umschreibung der Vorbedingungen für die vaginale Coeliotomie, der auch nach unserer Ueberzeugung die Zukunft gehört, der richtigere Weg zu sein, um Uebertreibungen und in deren Gefolge unausbleiblichen Enttäuschungen vorzubeugen. In diesem Sinne möchten wir den Herrn Verfasser um eine schärfere Präcisierung der Contraindicationen und Vorbedingungen der vaginalen Coeliotomie in der nächsten, sicher nicht lange ausbleibenden Auflage bitten.

Vielleicht wäre es dann auch von Interesse, uns einige statistische Notizen über die Erfolge der Symphysiotomien zu geben, die Verfasser seit dem Erscheinen der ersten Auflage seines Werkes ausgeführt hat; er hält auch in der Neuauflage alle damals aufgestellten Indikationen aufrecht, ob-

wohl vielleicht in der öffentlichen Meinung der deutschen Geburtshelfer ein Abschwellen der Begeisterungskurve für diese Operation eingetreten ist. Endlich möchte ich den Herrn Verfasser bitten, den von mir schon bei Besprechung der ersten Auflage hervorgehobenen Druckfehler, von einem „Küstner'schen“ Zeichen bei Eierstocksdermoiden (Bd. I, S. 413) statt des „Küster'schen“ zu sprechen, definitiv zu beseitigen. Dieses, im Uebrigen durchaus nicht zuverlässige Zeichen ist zuerst 1887 von E. Küster-Berlin beschrieben worden; ich würde auf die unbedeutende Namensverwechslung keinen Wert legen, wenn nicht solche Citate in der bekannnten Weise sich von einem Buche in's andere übertragen, so dass jetzt schon in vielen Lehrbüchern die Autorschaft dieses Zeichen sich falsch angegeben findet.

Alle diese kritischen Bemerkungen sollen jedoch den Wert des Schauta'schen Werkes in keiner Weise herabmindern, in dem sich auf jeder Seite die Eigenschaften des hervorragenden Lehrers, Klinikers und glänzenden Operateurs widerspiegeln. Auch äusserlich hat das Buch dadurch sehr gewonnen, dass es durch Teilung in zwei Bände viel handlicher geworden ist. Endlich wurde das Kapitel der gynäkologischen Untersuchung durch die Darstellung der cystoskopischen Blasenuntersuchung, welche von Jahr zu Jahr grössere Bedeutung für den Gynäkologen gewinnt, in trefflicher Weise (Bd. II, S. 353—363) durch Wort und Bild von Dr. Kolischer vervollständigt, so dass sich unser heutiges gynäkologisch-geburtshilfliches Wissen und Können ebenso vollständig, wie klar und übersichtlich geordnet und prägnant dargestellt in Schauta's Werk zusammengefasst findet.

E. Fraenkel-Breslau.

Melchior, Max, Cystitis und Urininfektion. Klinische, experimentelle und bakteriologische Studien. Berlin 1897. Verlag von S. Karger.

Die von der Pariser Akademie preisgekrönte Arbeit beginnt mit einem wertvollen historischen Ueberblick über die bakteriologische Erforschung der Cystitis-Mikroben. Es ist erstaunlich, welche Menge verschiedener Arten von den einzelnen Forschern beschrieben werden und wie verschiedene Ansichten über die Virulenz derselben herrschen. In diesem Chaos von Arten, Formen und Ansichten etwas Ordnung zu bringen ist die schwierige aber dankenswerte Aufgabe des Verfassers gewesen.

Seine Untersuchungen gründen sich auf 35 Fälle von Cystitis und Pyditis bez. Pyelonephritis, welche aufs Sorgfältigste bakteriologische und auch klinisch beobachtet und untersucht worden sind. Bei der Schwierigkeit der sterilen Entnahme des Harns verbreitet sich Verf. zunächst eingehend über die Methode der Untersuchung.

Er betont dabei die Wichtigkeit der Controlversuche an gesunden Menschen und weist nach, dass die bis jetzt üblichen Verfahren ungenügend waren, während nach seiner Methode nachweislich der gesunde Harn stets steril gefunden wurde. Verf. benutzt einen Doppelkatheter, der vorn durch ein Kautschukhäutchen verschlossen ist. Nach vorheriger gründlicher Ausspülung der Harnröhre mit Borwasserlösung wird derselbe bis zum Orif. int. vorgeschoben und dann der innere unter Durchstossung des Häutchens in die Blase geführt. Unmittelbar nach der Entnahme wurde der Harn stets chemisch, mikroskopisch und bakteriologisch untersucht und jeder Fall, wie die beigelegten ausführlichen Krankengeschichten zeigen, während des ganzen Krankheitsverlaufs genau verfolgt. Verf. fand 9 verschiedene Arten von Bakterien, darunter zwei noch nicht beschriebene. In der weitaus grössten Mehrzahl fand sich das Bakterium coli commune, nämlich 24 Mal unter 35 Fällen, darunter 17 Mal in Reinkultur. Verf. bezeichnet auf Grund dieses Befundes das Bakterium coli als den „gewöhnlichen Harnbacillus“.

Er hat sich infolgedessen mit diesem besonders eingehend beschäftigt. Er weist auf seine Vielgestaltigkeit hin, ferner auf seine Verschiedenheit in der Stärke der Virulenz, auf sein verschiedenes Vorkommen im Darmkanal, Wasser, Kleidungsstücken auf dem Präputium und besonders auch in der Vagina. Er zeigt, dass der Colonbacillus „keine harstoffzersetzende Fähigkeit besitzt“. „Der Harn bleibt in unbegrenzter Zeit sauer.“ Durch Tierversuche stellt er fest, dass das Bakterium coli in der gesunden Harnblase weiter gedeiht ohne eine Veränderung hervorzurufen. Es tritt jedoch sofort eine

Cystitis auf, sobald eine Harnverhaltung oder eine chemische, thermische oder mechanische Reizung der Blase stattfand. Ausserdem konnte eiterige Pyelitis, Nephritis, miliare Nierenabscesse, acute diffuse Nephritis und eiterige Perinephritis hervorgerufen werden, wobei der Bacillus während des Fiebers im Blute nachgewiesen werden konnte. Verf. kommt auf Grund dieser Befunde, nach Vergleichung seiner gefundenen Arten mit denen der anderen Forscher, zu dem Schlusse, dass die meisten als besondere Arten beschriebenen und besonders benannten Mikroben verschiedene Formen ein und desselben Bakteriums sind, nämlich des Bakterium coli commune. Die Wege, auf welchen die Bakterien in die Blase gelangen, sind verschieden, am häufigsten von aussen, ferner von benachbarten Organen aus, von den Nieren aus und auf dem Wege der Blutbahn. Verf. zeigt dann, dass es keine Cystitis ohne Mikroben giebt. Dass aber die Mikroben nur unter ganz bestimmten Bedingungen eine Cystitis erzeugen, nämlich nur bei Stagnation des Harns, bei Veränderung der Blaseschleimhaut durch Hyperämie, Congestion, Trauma, Ernährungsstörungen und bei allgemeiner schlechter Körperbeschaffenheit. Dabei beweist Verf., dass die angeblich zu Cystitis stets gehörige Harnstoffzeretzung meist eine untergeordnete Rolle spielt, „dass die allerschwersten Formen von Cystitis mit urinöser Infection sauren Harn bis zum Tode bewahren“. Hingegen finden sich bei Cystitis stets Eiterkörperchen.

In einem letzten Kapitel beschäftigt sich Verf. mit der Prophylaxe und Therapie. Desinfection der Instrumente. Gründliche Desinfection des Orificium und der Harnröhre. Behandlung der Cystitis mit Arg. nitr. Zum Schlusse giebt Verf. die Ergebnisse seiner Forschungen und die sich darauf aufbauenden Schlussfolgerungen in kurzen Sätzen zusammenfassend wieder.

Diese Arbeit ist sehr lesenswert besonders auch für den Gynaekologen. Viele Fälle, die man bisher als durch nervöse Reizung bedingt von den Nachbarorganen aus ansah, müssen auf Grund dieser Untersuchungen als locale Blasenkrankung erkannt und behandelt werden.

P. F. Rosenthal-Leipzig.

Rovsing, Th., Klinische und experimentelle Untersuchungen über die infektiösen Krankheiten der Harnorgane. Berlin 1895. Coblenz.

Verf. steht bezüglich der Bedeutung des Bakterium coli als Erreger von Entzündungen der Harnwege auf einem skeptischeren Standpunkte. Er zeigt auf Grund seiner langjährigen bedeutenden Erfahrungen, dass die Bedeutung des Bakterium coli als Cystiserreger überschätzt wird. Wenn es auch sehr häufig bei diesen Erkrankungen nachgewiesen werden kann — es ist oft als Ursache von Bakteriurie und Pyelitis anzusprechen —, so kann er es doch noch nicht ohne weiteres auch als Erreger der Cystitis gelten lassen. Allerdings setzt er voraus, dass man die Blasenentzündung cystoskopisch durch entzündliche Veränderungen an der Blaseschleimhaut nachweist und nicht nur durch das Vorhandensein von Bakterien im Urin. Dass Andere alle Fälle als Cystitis mitzählen, in denen überhaupt Bakterien im Urin gefunden werden, hat die Meinungsverschiedenheiten in dieser Frage verursacht. Vor Allem ergibt sich daraus auch die Verschiedenheit der Ansichten über die Häufigkeit der Cystitis mit saurem Urin und mit ammoniakalischer Reaction.

Verfasser teilt seine Fälle auf Grund seiner Anschauungen in

1. Fälle von Bakteriurie,
2. Pyelitis ohne Cystitis,
3. Pyelitis compliziert mit Cystitis,
4. Cystitis.

In 33 Fällen von Bakteriurie fand Verf. nur das Bakterium coli. Nur in einer ganz geringen Anzahl von Fällen (7) konnte das Bakterium coli von aussen eingeschleppt sein, in den übrigen musste es durch das Gefässsystem in den Urin gelangt sein. Es steht für den Verf. fest, „dass das Bakterium coli für die Schleimhaut der Urinwege durchaus ungefährlich sein kann und dies auch sehr häufig wirklich ist“. Dass gerade das Bakterium coli der Erreger der reinen Bakteriurie ist, liegt in dem Charakter dieser Mikrobe, in ihrer ungeheuren Vermehrungsfähigkeit, der grossen Beweglichkeit und der verhältnismässigen Unschädlichkeit für die Schleim-

häute der Urinwege. Die Diagnose ist dadurch erschwert, dass bei reiner Bakteriurie Unklarheit des Urins und unangenehmer Geruch die einzigen Symptome sind.

Die locale Behandlung ist wirkungslos, weil die Bakterien sich auch in den oberen Harnwegen befinden. Man muss deshalb suchen, die Bakterien von oben nach unten auszuspülen, was man am besten durch vieles Wassertrinken in Verbindung mit Salol erreicht.

2. Pyelitis ohne Cystitis. 21 Fälle. In allen Fällen wurde das Bakterium coli gefunden, nur in drei Fällen ausserdem auch Staphylo- bez. Streptokokken. Es muss also das Bakterium coli die Ursache der Nierenbeckeneiterungen sein. Trotzdem aber bestand in keinem dieser Fälle auch eine Entzündung der Blaseschleimhaut. Den Grund hierfür sieht Verf. in der Unfähigkeit dieser Mikrobe den Urin in eine ätzende und infolgedessen die Schleimhaut verletzende Flüssigkeit umzuwandeln. In keinem Falle konnte das Bakterium coli von aussen eingedrungen sein. Verf. zeigt auch hier, dass es auf dem Wege der Blutbahn nach vorhergehender Verletzung der Schleimhaut der Harnwege hineingelangte. Hieran schliesst sich ebenfalls die Besprechung der Diagnose und Therapie.

3. Pyelitis kompliziert mit Cystitis. 14. Fälle. Hier verändert sich das Bild. Während in der vorigen Gruppe in allen Fällen der Urin sauer war und nur Bakterium coli enthielt, sind unter diesen nur 3 Fälle mit saurer Reaktion (nämlich bei 1 Typhoid und 2 Tuberculosen), in allen Fällen werden aber ausser dem Bakterium coli eine Reihe verschiedener anderer Bakterien gefunden. Verf. schliesst daraus, dass nicht das Bakterium coli, sondern die mit ihm vorkommenden anderen Bakterien hier die Cystitis verursacht haben müssen. Gerade die Fähigkeit der letzteren, den Harn zu zersetzen ist es, welche die Blasenentzündung erregt, indem dadurch nie Blaseschleimhaut verletzt wird. Das Bakterium coli dagegen kann nur nach einer vorher durch irgend eine Ursache entstandenen Continuitätstrennung entzündungserregend wirken und ruft dann eine ganz andere nicht so intensive eiterige Entzündung hervor.

55 Fälle von Cystitis. Verf. teilt sie, entgegengesetzt vielen anderen Forschern, welche entweder gar keine oder nur eine sehr komplizierte Einteilung anzugeben vermögen, ein in katarrhalische und suppurative Cystiten, die letzteren in die ammoniakalische suppurative Cystitis, die von den Urinstoff zersetzenden Mikroben erzeugt wird, und in die nicht so häufige Cystitis suppurativa acida, die nach jeder Richtung sehr verschieden sein kann.

Bei den Fällen von ammoniakalischer Cystitis weist Verf. in überzeugender Weise nach, dass, auch wenn in denselben nur das Bakterium coli gefunden wird, doch dasselbe nicht die Harnstoffzersetzung verursacht hat, sondern sicher eine Harnstoff zersetzende Mikrobe vorhanden sein oder gewesen sein muss. Er zeigt durch Cultur- und Impfversuche, dass das Bakterium coli nicht allein durch seine ungeheure Vermehrungsfähigkeit andere Arten verdeckt, sondern dass es auch die Fähigkeit hat, dieselben, besonders Staphylo- und Streptokokken, in ihrer Wirkung abzuschwächen und sogar zu töten. Er findet diese Beobachtung auch von anderen Forschern bestätigt (Pasteur), welche dasselbe bei Peritonitiden und anderen Entzündungen erfahren haben. Die harnstoffzersetzenden Mikroben gelangen in die Blase am häufigsten durch directe Einführung oder Eindringen in die Blase, ferner durch Uebergreifen der Entzündungen von Nachbarorganen auf die Blase, von den Nieren, vom Nierenbecken aus, auf metastatischem Wege bei Entzündung entfernter Organe.

Auf Grund seiner Untersuchungen erklärt Verf., dass jede pyogene Mikrobe eine Cystitis hervorrufen kann, sei selbstverständlich. Aber die urinzersetzenden Mikroben haben ausserdem das Vermögen, sich die Schleimhaut activ zugänglich zu machen, dadurch, dass der Urin durch sie zu einer Flüssigkeit gemacht wird, die die Blaseschleimhaut stark irritiert. Der ammoniakalische Zustand des Urins macht die Blaseschleimhaut „für die Invasion der Mikroben empfänglich“ und „dient dazu, die Cystitis aufrecht zu erhalten und zu verschlimmern“. Es folgen dann die Aufzählungen und Ergebnisse seiner Experimente und die Auseinandersetzungen

mit den Forschern, die die ammoniakalische Wirkung auf die Cystitis in den Hintergrund drängen wollen, besonders mit der Guyon'schen Schule. In jedem Abschnitt geht Verf. auch eingehend auf pathologische Anatomie, Symptomatologie, Diagnose und Therapie ein. Zum Schlusse fasst er seine Ausführungen noch einmal zusammen, aus welchen nur folgendes hervorgehoben werden möge:

1. „Es giebt eine katarrhalische, nicht eitrig Affektion der Schleimhäute in den Harnwegen, die von einem ammoniakalischen durch nicht pyogene, harnstoffzersetzende Mikroben hervorgerufenen Zustand des Harns herrührt“.

2. „Jede pyogene Mikrobe kann eine eitrig Cystitis hervorrufen, wenn sie entweder in eine Verletzung der Schleimhaut eingimpft oder metastatisch in dieselbe abgelagert wird, aber die grosse Mehrzahl der Cystitisfälle wird durch harnstoffzersetzende pyogene Mikroben verursacht.“

3. „Das Bakterium coli ist die Mikrobe, die wir am häufigsten in den Harnwegen antreffen und dahin wird sie in der Regel auf dem Blutwege geführt. In den meisten Fällen — den Bakteriurien — ist die Infektion eine gutartige, sozusagen unschädliche; in einer nicht bedeutenden Anzahl von Fällen ruft das Bakterium coli eine in der Regel leichte und gutartige, eitrig Pyelitis hervor. In seltenen Fällen kann es eine Cystitis und Nephritis veranlassen.“

P. F. Rosenthal-Leipzig.

Tagesnachrichten und Notizen.

Von einem hochwichtigen litterarischen Ereignis wollen wir schon jetzt, zunächst an dieser Stelle, Kenntnis geben, nämlich dem Erscheinen eines Werkes, von dessen Bearbeitung längst Gerüchte umliefen: W. Waldeyer's Das Becken, Topographisch-anatomisch mit besonderer Berücksichtigung der Chirurgie und Gynäkologie dargestellt, Bonn, Friedrich Cohen.

Schon die erste flüchtige Durchblätterung ergibt, dass hier ein lange gehegter, sehnsüchtiger Wunsch der Gynäkologen nach dem Besitze einer topographischen Anatomie des Beckens in grossartiger Weise erfüllt wird.

Nun haben wir sie, von berufenster Seite geschrieben und in prächtiger Ausstattung, die einem mit Recht viel gerühmten Buche der modernen gynäkologischen Litteratur Nord-Amerikas höchstens in Aeusserlichkeiten einiges nachgiebt, fertig vor uns.

Darüber wollten wir heute dem Urheber dieses für die deutsche Wissenschaft ehrenvollen Werkes vorläufig unsere Freude und unseren Dank zu erkennen geben, gewiss, dass auch die Chirurgen, noch besonders für den Abschnitt des männlichen Beckens, sich anschliessen werden.

Eine eingehende Besprechung wird folgen.

Prof. A. Lebedeff wurde als Nachfolger Sla w j a n s k i's zum Professor der Geburtshülfe und Gynäkologie an der militär-medicinischen Akademie in St. Petersburg ernannt.
