

hatte sich die ganze übrige Masse des Bandwurms im Blinddarm zusammengesogen und aufgerollt, so dass ein dicker, unveränderlicher Knäuel gebildet wurde, der die Operation im oben angegebenen Sinne komplizierte. Wieso ein Stück der Tänie, das nach der Grösse und Form der einzelnen Glieder etwa dem 1. bis 2. Drittel des ganzen Tieres entstammen musste, in die Appendix gelangte, konnten wir uns nicht erklären, da die Glieder keine Schlinge bildeten, sondern aufgereiht hintereinander lagen. Die nachträglich erhobene Anamnese ergab, dass der Patient schon hier und da Glieder im Stuhl gefunden hatte und dass er gewohnheitsgemäss rohes Schweinefleisch zu essen pflegte.

Die Heilung verlief glatt und reaktionslos, dagegen war das Allgemeinbefinden stets ein schlechtes. Der Patient sah sehr anämisch aus, hatte beständig Temperaturen, die in den ersten Tagen nach der Operation nie unter $37,3^{\circ}$ gingen und bis $39,0^{\circ}$ anstiegen, litt sehr an dauernder Obstipation, nahm an Gewicht etwas ab und fühlte sich so schwach, dass an eine Abortivkur des Parasiten für die nächste Zeit nicht zu denken war. Auf seinen dringenden Wunsch wurde er, nachdem am 30. Mai die Temperatur unter 37° heruntergegangen war, am 31. Mai entlassen. Im Stuhl waren nie mehr Bandwurmtteile gefunden worden.

In diesem Falle hatten also Bandwurmglieder durch ihre Lage im Appendix das typische Bild der Appendizitis erzeugt und zu einer Operation die Indikation gegeben. Der eigentliche entzündliche Befund war sehr gering; von akuten Zeichen fand sich ausser der geringen peritonealen Reizung nur eine leichte Schwellung und Rötung der Schleimhaut und der derbe Strang, der den Wurmfortsatz in der Mitte leicht einschnürte, wies auf alte entzündliche Erscheinungen hin, für die anamnestisch gar keine Anhaltspunkte gefunden werden konnten. Dass Parasiten in die Appendix einwandern und so den appendizitischen Symptomenkomplex auslösen können, ist eine für Oxyuren und in selteneren Fällen auch für Askariden längst bekannte Tatsache. Dass Tänien im Wurmfortsatz gefunden wurden, ist meines Wissens noch nicht beschrieben oder jedenfalls so selten, dass ich glaube, diesen Fall bekannt geben zu müssen.

Die hämatologische Diagnose der Röteln.

Bemerkungen zu dem Artikel von Dr. Schwaer in No. 22, 1913.

Von Dr. Hamburger in Steinfeld.

Gegenwärtig ist in dem kleinen Dorfe Steinfeld (Pfalz) eine Masernepidemie ausgebrochen. Den ersten Fall, der mir zu Gesicht kam, benutzte ich sofort zur hämatologischen Blutuntersuchung. Ich fand auf der Höhe des Ausschlages nach der Jenner-May'schen Methode eosinophile Zellen vor. Bei 6 anderen Kindern ergab sich das gleiche Resultat, ja ich fand sogar in einem Gesichtsfelde (Zeiss Ok. I) 3 eosinophile Zellen auf einmal vor. Eine Verwechslung mit anderen Zellen, z. B. den polynukleären neutrophilen Leukozyten, ist doch nicht leicht möglich, da sich die eosinophilen durch ihre gröbere Körnelung und ihr leuchtendes Rot besonders auszeichnen. Nach diesen Befunden ist eine Differentialdiagnostik zwischen Röteln und Masern in der angegebenen Mitteilung doch nicht wohl stichhaltig. Es wäre einer weiteren Forschung vorbehalten, den charakteristischen Unterschied zwischen Masern und Röteln noch aufzufinden. Die Resultate des Herrn Dr. Schwaer, wie sie in der Münch. med. Wochenschr. No. 22, 1913, in dem Artikel: „Ueber die hämatologische Diagnose der Röteln“ niedergelegt sind und wie sie Nägeli auf dem Höhenstadium der Masern als Norm hält, haben durch meine Untersuchungen leider ihre Bestätigung nicht finden können. Zum Schluss muss wegen des schweren Krankheitsbildes, des Fiebers, des charakteristischen Ausschlages über Gesicht, den ganzen Körper, in Mund und Rachen, der Koplik'schen Flecken, des konjunktiv. Katarrhs an der Diagnose „Masern“ festgehalten werden, wie sie immer von den Aerzten festgehalten worden ist.

Pituitrin in der Eröffnungsperiode.

Von Dr. Karl Neuwirth, Spezialist für Frauenheilkunde in Wien.

Vor kurzem erlebte ich folgenden merkwürdigen Fall: Ich wurde eines Morgens von zwei Kollegen konsiliarier in eine Privatheilstätte zu einer Geburt, die absolut keinen Fortschritt zeige, berufen. Nach meinem Eintreffen erhob ich: 33jährige I.-para; selbe war am Vortage in dem Sanatorium eingetroffen und hatte seit etwa 16 Stunden fortwährende Wehen. Diese hatten sich insbesondere in der Nacht derart verstärkt, dass zur Stillung der unerträglichen Schmerzen von dem Anstaltsarzte Pantopon angewendet wurde, wonach etwas Schlaf eintrat. Bald nachher neuerlicher, kräftiger Wehenbeginn. Zur Zeit meines Eintreffens, etwa $\frac{1}{9}$ Uhr früh, fortwährende, fast durch keinerlei Zwischenpausen getrennte, äusserst heftige Wehen. Die Gebärende selbst sehr unruhig, wegen der noch nicht beendeten Geburt ungebärdig. Ziemlicher Pannikulus, nach dem äusseren Eindruck grosse Frucht. Anamnestisch Anhaltspunkte für Rhachitis. Genaue Beckenmessung von der Frau nicht zugegeben. Per vaginam: Enges Genitale; Zervix etwa 2 cm lang, äusserer

Muttermund für 1 Finger durchgängig; Blase steht; durch selbe ein kleines Segment des Kopfes, welcher eingetreten zu sein scheint, tastbar. Prognose mit Rücksicht der Gesamtumstände zweifelhaft, eher ungünstig. Bei den stürmischen, nahezu krampfartigen Wehen Dehnung des unteren Uterinsegmentes und Bildung der Bändelschen Furche als Zeichen der drohenden Uterusruptur sehr wahrscheinlich, vielleicht in nicht allzulanger Zeit; dies um so mehr bei dem Alter der Gebärenden und der trotz der langen Dauer noch so wenig eröffneten Zervix. Sehr grosse Wahrscheinlichkeit eines accouchement forcé, eines hohen, atypischen Forzeps mit oder ohne Hysterostomatomie; event. sogar Kraniotomie.

Ich entschloss mich, der Frau sofort 1 Spritze Pituitrin in den Oberschenkel zu injizieren. Zeitpunkt der Injektion etwas vor 9 Uhr. Wirkung: Um 11 Uhr 20 Min. Schädel in grossem Umfange in der Vulva sichtbar; um 11 Uhr 30 Min. von mir selbst durchgeführte Entbindung ohne die geringste Verletzung. Kind, 3350 g schwer, ebenso wie Mutter vollkommen unversehrt. Plazenta eine halbe Stunde später spontan. Wegen ganz geringer Nachblutung 1 Spritze Ergotin.

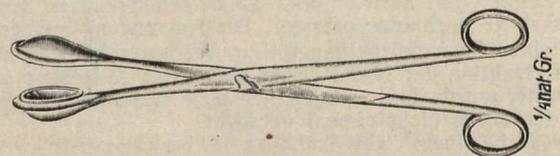
Es war mir wohl bekannt, dass vor Pituitrin in der Eröffnungszeit von mancher Seite gewarnt wurde. Ich brauche hierbei nur auf die Pituitrinliteratur der letzten Zeit zu verweisen, insbesondere auf einen vor kurzem beschriebenen Todesfall, der durch die Anwendung des Mittels in der ersten Geburtsperiode veranlasst wurde. In dem von mir beschriebenen Falle hat jedoch Pituitrin vortrefflich eingewirkt. Während die Geburt in den ersten 16 Stunden trotz fortwährender Wehen nur sehr wenig vorwärts ging, war bei der alten Erstgebärenden der grösste Teil der Eröffnungs- und die ganze Austreibungsperiode in $2\frac{1}{2}$ Stunden beendet. Ohne Pituitrin wäre es sozusagen mit Sicherheit zu den schweren Gefahren des accouchement forcé für Kind und Mutter, zu einem wahrscheinlich äusserst schwierigen atypischen hohen Forzeps, vielleicht mit Hysterostomatomie, gekommen. Hierbei tritt mir die Erinnerung an meinen als Meister der Vorsicht geschätzten ehemaligen klinischen Chef, weiland Hofrat Chrobak, lebhaft vor Augen, welcher angesichts einer in der klinischen Vorlesung ausgeführten Hysterostomatomie vor einem atypischen hohen Forzeps und des 6 Stunden nachher trotz aller möglichen Massnahmen eingetretenen Verblutungstodes vor ersterer Operation eindringlich warnte. Pituitrin hat in dem von mir beschriebenen Falle äusserst schwierige und prognostisch für Kind und Mutter sehr zweifelhafte Operationen völlig erspart. Vielleicht wären bei diesen sehr schwere Verletzungen der Mutter oder des Kindes oder beider entstanden. Die fortwährenden Wehen, wie sie vor der Pituitrininjektion bestanden, hätten bei ihrer Weiterdauer übrigens zum Absterben des Kindes führen können, welches sich selbst durch schleunige Operation unter den gegebenen ungünstigen Umständen vielleicht nicht mehr hätte retten lassen. Auch die Kraniotomie wäre in den Bereich der Möglichkeit gerückt gewesen. Pituitrin hat in dem Falle für das Kind möglicherweise direkt lebensrettend gewirkt, es hat den vielleicht spontanen oder artifizialen Kindestod vereitelt. Ich glaube sonach, dass die von mir in dem angezogenen Falle wahrgenommene hervorragende Pituitrinwirkung in der Eröffnungsperiode der Geburt zu noch weiteren diesbezüglichen Studien Anlass zu geben geeignet wäre.

Eine neue Abortuzange.

Von Dr. E. Herzberg in Berlin.

Der bisher gebräuchlichen Abortuzange haften verschiedene Mängel an, die eine Anzahl von Aerzten bewogen haben, dieselbe aus ihrem geburtshilflichen Instrumentarium zu eliminieren. In erster Linie ist es die Gefahr, den puerperalen Uterus zu invaginieren dadurch, dass nicht nur Plazentargewebe- und Eihautfetzen mit den Zangenlöffeln gefasst werden, sondern dass auch Uterusgewebe und Muskulatur leicht mit eingeklemmt werden können. Wenn dieser Nachteil behoben ist, wird sicherlich jeder Geburtshelfer gern ein Instrument in Anwendung bringen, welches ihm ermöglicht, in schonender Weise den Inhalt des Uterus zu entfernen.

Ich habe dies nun in der Weise zu erreichen gesucht, dass ich eine Abortuzange konstruierte, deren Löffel je einen sagittal laufenden Wulst tragen (vergl. Abbildung). Dadurch werden nämlich die Berührungsflächen der Löffel nach innen verlegt, es können nur noch ins Uteruskavum hineinhängende Gewebsteile resp. -fetzen ge-



fasst werden, während die Uterusmuskulatur vor allem durch die Wülste zurückgehalten und daher geschont wird. Und dass dem so ist, davon habe ich mich in den verschiedensten Fällen von Abortusräumungen überzeugen können. Selbst wenn bereits die Uteruswand infolge einer vorgeschrittenen Schwangerschaft weich und leicht verletzlich war, so vor allem im 4. Monat, habe ich diesbezüglich von dem Instrument nie irgendwelche Schädigungen gesehen, und ich

glaube auch kaum, dass sie selbst einem Ungeübten hiermit vorkommen könnten; dagegen hat es mir stets die Ausräumung entschieden vereinfacht, besonders dann, wenn einerseits eine digitale Entfernung von Plazentargewebe etc. nicht möglich war, andererseits die Kürette nur immer einzelne geringe Eiteile zutage fördern konnte. Auch das Fassen des kindlichen Schädels gelingt leicht.

So glaube ich denn berechtigt zu sein, die Kollegen auf diese modifizierte Abortuszange hinzuweisen, die in 2 Grössen von der Firma H. Windler zu Berlin N. 24 zum Preise von à M. 10.— zu beziehen ist.

Bernhard Bardenheuer †.

Wiederum ist einer der besten, bedeutendsten und bekanntesten der Altmeister der deutschen Chirurgie uns genommen worden; ihre Reihen lichten sich. Am 13. August starb Geheimer Medizinalrat Professor Dr. Bardenheuer an den Folgen einer Prostata- und Nierenerkrankung in seiner Heimat Lamersdorf im Kreise Düren. Hier, an seiner Geburtsstätte, wo er in den letzten Jahren immer seine Ferien verlebte, wo er seine wissenschaftlichen Arbeiten druckfertig machte, wo er im Kreise von Freunden und Kollegen so gerne den edlen Waidmannsfreuden sich ergab, wollte er, nachdem er seine Stellung als Leiter der chirurgischen Abteilung des Kölner Bürgerhospitals und als Lehrer der Akademie vor kurzem aus Gesundheitsrücksichten niedergelegt hatte, den Abend seines Lebens in stillem Frieden und ruhiger Zurückgezogenheit nach einem stürmischen, arbeitsreichen Leben im Kreise der Seinen verbringen. Aber schon in den ersten Tagen machte die Krankheit erhebliche Fortschritte, nach kaum 14 tägigem Aufenthalt erlöste ihn der Tod von schweren Leiden. In seinem geliebten Heimatdorf wollte er in der Gruft seiner Eltern beigesetzt werden. Ein glänzender Zug von Leidtragenden, in dem staatliche und städtische Behörden, die Kölner Akademie, unzählige Kollegen und Freunde, ehemalige Assistenten und Schüler vertreten waren, gab ihm dort am stillen Sonntag das letzte Geleit. Seine sterbliche Hülle wurde von dankbaren Kölner Samaritern, denen er Lehrer und Helfer gewesen war, in die kühle Gruft gesenkt.

Bardenheuer war am 12. Juli 1839 geboren, studierte in Würzburg und Berlin Medizin und wurde bald nach bestandenen Staatsexamen Assistent an der chirurgischen Klinik in Bonn, die damals unter der Leitung des genialen Wilh. Busch, eines Langenbeck-Schülers, stand. Später ging er nach Heidelberg, wurde Assistent an der Augenklinik bei Becker und beschäftigte sich in seiner freien Zeit mit besonderer Vorliebe und Eifer in der chirurgischen Klinik bei Gustav Simon. Simon, in der damaligen Zeit einer der weitblickendsten und tüchtigsten Chirurgen, wirkte auf den jungen strebsamen Arzt besonders anregend ein. Mit grosser Begeisterung und Freude erzählte Bardenheuer später noch so gern von jener Zeit, wo Simon die kühnsten Eingriffe bei chirurgischen und hauptsächlich auch bei gynäkologischen Erkrankungen mit glänzendem Erfolge ausführte, er hatte Simon bei der ersten Nierenexstirpation Hilfe geleistet.

Wie Simon aus dem Praktiker auf den akademischen Lehrstuhl sich durch eigenes Schaffen emporgearbeitet hatte, so verband auch Bardenheuer mit der praktischen Betätigung der medizinischen Kunst eine reiche wissenschaftliche Tätigkeit und auch er zierte in späteren Jahren nach Gründung der Kölner Akademie für praktische Medizin einen chirurgischen Lehrstuhl. So folgte er auch hier seinem Meister und Lehrer Gustav Simon.

Wie es damals für einen strebsamen Arzt Erfordernis war, ging Bardenheuer nach einigen Jahren klinischer Assistentenzeit in Heidelberg auf Reisen, um die Chirurgen und Gynäkologen in Wien, Paris und London in ihren Kliniken arbeiten zu sehen und von ihnen zu lernen. Besonders zog ihn Spencer Wells an, der damals gerade anfing, die ersten Ovariotomien zu machen, eine Operation, die man bis kurz vorher noch für ein verwegenes, tollkühnes Vorgehen, ja für ein Verbrechen hielt. — Nebenbei sei hier bemerkt, dass Bardenheuer in Köln die erste erfolgreiche Ovariotomie ausführte.

Im Kriegsjahre 1870 kam Bardenheuer nach Köln,

wo ihm die Leitung eines Garnisonlazarettes übertragen wurde; das war das Fundament für seine spätere Stellung und Entwicklung, für sein ganzes Leben. Hier lernte ihn Fischer, der Kölner Chirurg und Leiter des grossen Bürgerhospitals kennen und schätzen, er sah ihn schaffen und arbeiten und bewunderte damals schon seine Energie und seine Technik. Er wurde ihm ein väterlicher Freund und Gönner. Im Jahre 1872 liess Bardenheuer sich in Köln als Augenarzt nieder, aber die Liebe zur chirurgischen Tätigkeit konnte damit nicht unterdrückt werden. In dem Severinkloster, dem späteren bedeutenden Augustinerkloster, leitete er eine kleine chirurgische Abteilung und sehr bald genoss er einen ausgezeichneten Ruf als tüchtiger und geschickter Operateur in Köln und den Rheinlanden. Als im Jahre 1874 Fischer, vom Alter gebeugt und des Operierens müde, seine Stellung am Bürgerhospital niederlegte, wurde Bardenheuer sein Nachfolger. Jetzt erst begann Bardenheuers volle Schaffenskraft, Schaffensfreude und erfolgreiche Tätigkeit. Das war eine glückliche Zeit. Ueberwunden waren die Schrecken der Chirurgie, der Wundinfektionskrankheiten, die jedes Handeln und Schaffen vordem lähmen mussten. Vorbei war die Zeit, wo Nussbaum klagte, dass 80 Proz. aller Operierten und Verwundeten an ansteckenden Wundkrankheiten, Erysipel, Pyämie, Hospitalbrand zugrunde gingen, wo Volkmann sich mit dem Gedanken trug, die chirurgische Klinik zu schliessen; da begann die neue und glänzendste Aera in der Chirurgie, aufgebaut auf die Listersche Antisepsis. Da bedurfte es der vollen Kraft, des regsten Fleisses, der grössten Energie, des entschlossensten Mutes eines ganzen Mannes, eines Bardenheuers, die Errungenschaften auch in einem grossen städtischen Krankenhause in die Praxis umzusetzen. Der neuen Methode stellten sich auch in Köln ungeahnte Schwierigkeiten in den Weg; offen und versteckt bemängelte und verhöhnte man die lächerliche Pedanterie und die minutiösen Vorschriften in der Wundbehandlung. Klaren Blickes, unbekümmert um Nörgler und Gegner, festen Mutes, überzeugt von den Vorzügen der Methode nahm Bardenheuer, nachdem er noch einige Zeit in Volkmanns Klinik sich umgesehen hatte, die Arbeit auf und sehr bald zeigten sich auch hier die Erfolge der modernen Wundbehandlung. Aus Gegnern mussten Freunde werden, vor den Resultaten mussten die Zweifler verstummen. Wie arbeitete nun Bardenheuer, nachdem das Terrain der Antisepsis gewonnen war? Nicht an Schulmedizin und Methode gebunden und eingeengt, ging er, natürlich physiologisch und pathologisch-physiologisch feststehenden Gesetzen folgend, seinen eigenen Weg, manches Gebiet der Chirurgie änderte er um und andere, bis dahin dem Messer des Chirurgen nicht zugängliche Gebiete erschloss er, neue Operationsmethoden wurden ausgedacht und durchgeführt — ich erinnere nur an seine Unterbindung der Anonyma, seine Uterusexstirpation, seine Resektion einer Beckenhälfte. Bald pilgerten in- und ausländische Chirurgen und Gynäkologen, von dem Rufe des ausgezeichneten Operateurs angezogen, zum Kölner Bürgerhospital, um den Meister in seiner Werkstatt arbeiten zu sehen. Die Errungenschaften und Erfolge wurden in wissenschaftlichen Werken und Abhandlungen niedergelegt. Es ist hier nicht meine Aufgabe, all die Arbeiten, die von Bardenheuer und seinen Schülern aus dem Kölner Krankenhause erschienen sind, anzuführen, aber so viel steht fest, man nimmt heutzutage fast keine chirurgische Zeitschrift zur Hand, in der der Name Bardenheuer nicht genannt wird. Das Kölner Bürgerhospital wurde unter seiner Leitung das grösste chirurgische Krankenhaus des Kontinents, und an dem Jubeltage der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie hat v. Bergmann, als er in seiner unvergesslichen klassischen Rede die Anstalten hervorhob, die bezüglich ihrer wissenschaftlichen Leistungen neben oder gar über die Universitäten gestellt werden könnten, das Kölner Hospital mit an erster Stelle genannt. Bardenheuer wurde denn auch im Jahre 1884 der Professorstitel verliehen, eine Auszeichnung, die bis dahin einem mit dem Lehrkörper der Universität nicht in Verbindung Stehenden in Deutschland noch nie zuteil geworden war.

Sein wissenschaftliches Arbeiten erstreckte sich auf fast alle Gebiete der Chirurgie; das erste grössere Werk galt dem