IV. Beiträge zur Kenntniss der wandernden Pneumonie.

Von

Dr. B. Kuessner in Halle.

(Schluss aus No. 7.)

Was den zuletzt mitgetheilten Fall betrifft, so kann kein Zweifel darüber sein, dass es sich auch hier um eine wandernde croupöse Pneumonie gehandelt hat — die deutlichsten physikalischen Zeichen einer Infiltration, welche an einer Stelle vollkommen rückgängig wird, um zur andern vorzuschreiten, der gutartige und relativ kurzdauernde Verlauf (wenigstens bei jedem einzelnen Infiltrat) lassen etwas Anderes kaum möglich erscheinen; wir kennen gar keine andern Infiltrationszustände mit solchem Verlauf: eine „katarthale“ Pneumonie ist eo ipso anzuschliessen, und auch von phthisischen oder tuberkulösen Verdichtungen kann gar keine Rede sein. Im höchsten Grade auffallend und darum Anfangs die Diagnose so sehr erschwerend, musste natürlich das Sputum sein: während der ganzen Dauer der Krankheit nicht ein einziges Mal rostfarbiger Auswurf — das ist fast unerhört bei einem jugendlichen Individuum!

Das ferruginöse Sputum wird so gut wie allgemein als ein Haupt-Charakteristicum der croupösen Pneumonie angesehen, ja eine solche wird öfters aus dem Sputum allein diagnostiziert¹⁾, auch wenn sie sonst latent, d. h. physikalisch nicht nachweisbar verläuft. („Centrale Pneumonie“, wovon ein Beispiel weiter unten angeführt werden soll.) Es kann wohl passiren, dass bei einer Pneumonie gar kein Auswurf vorhanden ist — bekanntlich legten die älteren Aerzte Gewicht darauf, dass überhaupt expectorirt wird, weil sonst eine Pneumonie nicht den normalen Verlauf durchmachen könne, sich nicht ordentlich resolvire etc.; wenn wir diese Meinung auch heute nicht in vollem Umfange theilen, so müssen wir doch zugestehen, dass ein gewisses Maass von Auswurf zu den „normalen“ Erscheinungen der Pneumonie gehört, und auch prognostisch günstig ist; natürlich immer vorausgesetzt, dass der Kranke nicht, wie Kinder thun, das Sputum verschluckt, dass also Sputum überhaupt secernirt wird. Wo dies der Fall ist, und zwar wo die erkrankten Theile der Lunge das Sputum liefern, da enthält es, wenigstens bei jüngeren Leuten, Blut in der eigenthümlichen rostfarbigen Beimischung. Es ist bekannt, dass bei alten Leuten, besonders wenn sie schwach sind und an langwierigen Katarrhen leiden, der Auswurf nicht selten rein schleimig-eitrig ist, sowie auch dass Aehnliches beobachtet wird bei jüngeren Individuen, die mit chronischen Katarrhen (Emphysem u. s. w.) behaftet sind, und dass eben desswegen die Diagnose in solchen Fällen nicht selten auf Schwierigkeiten stösst. Schon Andral (Clin. méd. I.) hat auf diese Eigenthümlichkeiten des Sputums mit aller Schärfe hingewiesen. Im Uebrigen scheint aber, wie erwähnt, ein wenn auch geringer Blutgehalt der Sputa so gut wie allgemein als *conditio sine qua non* zu gelten; ich habe mich gerade über diesen Punkt besonders genau zu orientiren gesucht. Grisolle (Traité prat. de la pneumonie) allerdings sah in 20 Fällen [über deren Alter etc. freilich nichts Näheres angegeben ist] während der ganzen Dauer der Krankheit nur weissliches, katarthales Sputum. Und bei M. Huss (Lungenentzündung, übersetzt von Anger) heisst es: „Mitunter ist während der ganzen Dauer der Krankheit das Sputum katarthale, die ersten 3—5 Tage farblos, später opalisirend und perlfarbig. Dies ist der Fall bei gewissen Lungenentzündungen, die sich aus einer capillären Bronchitis entwickeln.“ Ob es sich aber in diesen Fällen um richtige croupöse Pneumonie handelte? Alle übrigen Autoren betrachten einen Blutgehalt des Sputums so zu sagen als selbstverständlich.

Jedenfalls ist bei unserm Kranken, einem jungen sonst kräftigen Menschen ohne Katarrh, das Sputum zumal bei seiner Reichlichkeit nahezu ein Unicum. Nur in einer Beobachtung habe ich etwas Aehnliches gefunden; dieselbe rührt von Fischel her und betrifft ebenfalls eine Wanderpneumonie (Prager Vierteljahrsschrift 1872). Es handelte sich um eine 36jährige, kräftige Frau, deren Krankheit 6 Wochen dauerte und mit Genesung endete; die einzelnen Infiltrate resorhirten sich immer in wenigen Tagen. Es waren nur schleimig-eitrige Sputa

¹⁾ Sehr gründlich ist diese Frage z. B. von Eichhorst (Handb. d. spec. Path. u. Ther. I.) ganz in dem erwähnten Sinne behandelt.

vorhanden. — In einigen der von Homburger (l. c.) mitgetheilten Fälle wurde zeitweise nur gelbes oder grünlich-gelbes Sputum hinausbefördert, das bald zäh bald locker war; im Uebrigen fehlte aber das charakteristische ferruginöse Sputum nicht. Auch Zuber (Art. „Crachats“ im Dict. encycl. des sc. méd. par M. Dechambre) erwähnt in seiner höchst eingehenden und sorgfältigen Darstellung nichts derartiges.

Werfen wir noch einige Blicke auf gewisse Einzelheiten, die grade mit Rücksicht auf das Verhältniss der Wanderpneumonie zu den „einfachen“ Pneumonien von Interesse sind. Die Hauptfrage in rein practischer Beziehung, ob die Wanderpneumonie sich durch grössere Malignität auszeichnet und demgemäss eine schlechtere Prognose giebt oder nicht, wird von vielen Autoren nicht erwähnt. Friedreich (Volkmann's Samml. klin. Vortr. No. 75), der sie auch zu einer besonderen Art stempeln will, erklärt sie für eine prognostisch ungünstige Erkrankung; ebenso hält Trousson (Clin. méd. I.) sie für vorzugsweise schlimm. Ziemssen (Pleuritis und Pneumonie im Kindesalter) dagegen sah, wenigstens bei Kindern, wandernde („saccadire“) Pneumonien mit gutartigen Verlauf; er hält dabei vorhandene resp. forstehende febrile Temperaturen für günstig, wie wir ja diese Erscheinung auch bei der einfachen croupösen Pneumonie zu den „normalen“ und darum günstigen rechnen.

Es stehen sich also hinsichtlich dieses Punktes Namen von gewichtigstem Klange in ihren Anschauungen gegenüber. Homburger, der in dieser Beziehung ohne Zweifel auch Kussmaul's Anschauungen wieder giebt, erklärt die Pneumonia nigra für nicht schlimmer als die P. crouposa simplex.

Strümpell (Lehrbuch d. spec. Path. I.) sagt: „Die Wanderpneumonien sind fast immer schwere und relativ lange dauernde Pneumonien,“ und unsere 3 Fälle stimmen völlig damit überein — es sind schwere aber nicht besonders „maligne“ Erkrankungen.

Wären es in Fall I und II „einfache“ croupöse Pneumonien gewesen, die tödtlich endeten — kein Mensch hätte sich wundern können! —

Sieht man die oben mitgetheilten Krankengeschichten etwas genauer an, so wird man finden, dass der Verlauf der einzelnen Infiltrate nicht immer derselbe ist — manche dauerten nur wenige Tage, manche hielten sich Wochen lang. Ob bei den ersten nicht der ganze „typische“ Process vom Engonement, zur rothen und grauen Hepatisation etc. sich abspielte, lässt sich nach der klinischen Beobachtung natürlich nicht sagen — es ist ja aber bekannt, dass auch die „einfache“ croupöse P. mitunter sehr capriciös in dieser Beziehung ist. Es sind ja selbst eintägige Pneumonien beobachtet (Weil, Leube, Bernhardt), wo von einem cyclischen Verlauf füglich nicht die Rede sein kann. Wahrscheinlich spielt die Individualität hier eine grosse Rolle. Waldenburg (l. c.) fand, dass die einzelnen Infiltrate nur abortiv verliefen; Wunderlich giebt an, dass dieselben bei der Pneumonia nigra im Allgemeinen einen raschen Verlauf zeigen, und Homburger hat das bestätigt gefunden; unsere Fälle zeigen, dass auch dies sehr verschieden sein kann.

Es ist an dieser Stelle nöthig darauf hinzuweisen, dass auch bei den gewöhnlichen croupösen Pneumonien die zeitlichen Verhältnisse der Infiltration durchaus nicht immer dem Schema gemäss verlaufen, und zwar speciell dass eine mehr oder minder verzögerte Resolution bei schliesslichem Ausgang in völlige Heilung stattfinden kann.

Koranyi (in Enlenburg's Real-Encyclop.) scheint zwar dies zu bezweifeln; wenigstens sagt er l. c.: „ob eine genuine Pneumonie über drei Wochen dauern kann, ist nicht ganz sichergestellt;“ indessen erklären die meisten Autoren eine Verzögerung der Resolution für nicht gar so selten (und zwar wohl bemerkt auch bei sonst ganz gesunden Leuten); dass bei Emphysematikern, bei Säufnern, bei Nephritikern, bei anderweitig geschwächten Leuten eine Pneumonie viel langsamer verlaufen kann, ist eine allgemein anerkannte Thatsache. Einige haben auch versucht, eine Erklärung dafür zu geben. Eichhorst (l. c.) hat „protrahirte Pneumonien“ von vier bis sechs Wochen Dauer gesehen. Nach Lépine, dessen Artikel „Pneumonie“ im Nouv. Dict. de méd. et chir. Bd. 28 (1880) zu dem Besten zählt, was über Pneumonie geschrieben worden ist, gehört verzögerte Resolution eines pneumonischen Infiltrats keineswegs zu den Seltenheiten und ist besonders den französischen Autoren wohl bekannt. Auch Balzer (ibid.) ist derselben Meinung, giebt an, dass selbst viele Wochen bis zu vollendeter Resolution vergehen können, und reproducirt Charcot's Lehre, die folgendermassen lautet: „Ces exsudats non résorbés persistent ainsi à sein du parenchyme pulmonaire, sans qu'il y ait coexistence d'un travail inflammatoire.“ Lebert (Klinik der Brustkrankheiten) findet ebenfalls, dass protrahirter Verlauf der Pneumonie nicht allzu selten ist, und zwar nicht blos bei Säufnern und anderweitig geschwächten Personen, sondern auch bei sonst gesunden, in günstigen Allgemeinverhältnissen. Auch Eichhorst und Strümpell [l. c.] erwähnen derartige Vorkommnisse speciell und beschreiben sie genau. Besonders eingehend behandelte E. Wagner (D. Arch. f. klin. Med. 33) diesen practisch so ausserordentlich wich-

tigen Gegenstand; und es wäre sehr zu wünschen, dass wir ähnlich sorgfältige Beobachtungen in grösserem Umfange besässen. Wir erwähnen endlich Leyden (Berl. klin. Wochenschrift 1879), der ebenfalls äusserst instructive Beiträge zu dieser Frage geliefert und zugleich eine Erklärung zu geben versucht hat. Er macht darauf aufmerksam, dass nicht bloss bei alten, sondern auch bei ganz jungen Leuten verzögerte Resolution stattfinden kann, und schuldigt vorwiegend die Dichtigkeit des Infiltrates an. Das ist sehr plausibel und ohne Zweifel für viele Fälle richtig, stimmt aber wahrscheinlich nicht für alle. Wir machen wiederholt auf die oben angeführte Thatsache aufmerksam, dass gerade bei constitutionellen Anomalien, Morbus Brightii, Alkoholismus etc. vorwiegend oft die Resolution eine langsamere als gewöhnliche ist, und dass wir bei diesen Processen (wie auch anatomisch festgestellt) weit eher die „schlaffen“ Infiltrate finden. Leyden weist ferner auf die gesunkene Circulation hin, ein Moment, das auch von Leichtenstern für die Erklärung der asthenischen Pneumonien mit ihrer schlaffen Hepatisation herangezogen wird. Nach Strümpell (l. c.) sind bei Pneumonien von Emphysematikern die Alveolen nicht ganz durch das Exsudat ausgefüllt, und doch die langsame Resolution!

Von Ueberbleibseln des pneumonischen Processes fand sich bei unsern Kranken nur in Fall 1 eine mässige Einziehung im Bereich der Spitze, als Ausdruck einer leichten Schrumpfung. Es ist auch diese Frage (d. h. ob Schrumpfungszustände als Ausgangsprozesse der Pneumonie vorkommen) noch nicht als definitiv erledigt anzusehen. Jürgensen erklärt interstitielle Prozesse nach croupöser Pneumonie für unzweifelhaft, aber nicht häufig vorkommend; nach Balzer entwickelt sich Schrumpfung öfters, entweder in einem Zuge oder in Schüben; Lebert sah nach „chronischer Resolution“ häufig Ausgang in Schrumpfung. Dagegen hält Grisolle (l. c.) und ebenso neuerdings E. Wagner (l. c.) den Zusammenhang derselben mit echter primärer Pneumonie für zweifelhaft, auch gegenüber den Befunden von Marchand (Virchow's Archiv Bd. 82).

Ohne auf die anderen nach croupöser Pneumonie beobachteten Erkrankungen einzugehen, die auch bei Wagner besonders gründliche Würdigung gefunden haben, möchte ich nur noch die Anschauungen von M. Huss kurz anführen, die als Resultate langjähriger Studien an einem grossen und eigenartigen Material gewiss volle Beachtung verdienen. H. findet, dass Säuer-Pneumonie häufiger als sonst Pneumonie „chronisch“ wird (ohne tuberculös zu werden), [ob damit interstitielle Prozesse gemeint sind?] und dass Neigung zu zurückbleibender „Verdichtung“ der Lunge nicht selten auch bei beschränktem Umfange und „gelinder Beschaffenheit der Entzündung“ besteht. (NB. Letzteres gilt nicht bloss von der Säuer-Pneumonie.)

An das soeben dargelegte möchte ich nur noch ein paar ganz kurze Bemerkungen mehr negativer Natur knüpfen. In keinem unserer Fälle bestand ein typhöser Allgemeinzustand, wie ihn Friedreich in seinen Fällen so charakteristisch fand; es war ferner kein Milztumor zu constatiren, selbst in Fall II nur unsicher — also volle Uebereinstimmung mit den Angaben von Homburger (l. c.). Auch von Erysipelas, weder von einem gleichzeitigen, noch von einem vorher dagewesenen, war in keinem unserer Fälle die Rede, und wenn wir auch für die Pneumonia migrans im Allgemeinen zugeben wollen, dass ihre Ausbreitung an die eines Erysipelas sehr lebhaft erinnern kann, so glauben wir doch, dass es falsch ist, daraus auf eine nahe Verwandtschaft oder gar Identität beider Prozesse zu schliessen, wie dies mehr oder minder direct von Waldenburg, Friedreich (ll. cc.) und Zuelzer (Ziemssen's Handbuch II, 2) geschehen ist; dass es vielmehr richtig ist, was Strümpell sagt: es habe diese rein äusserliche Ähnlichkeit zu vielerlei verkehrten Vorstellungen Anlass gegeben.

Als Anhang theile ich einen Fall von „centraler Pneumonie“ mit, der nur dazu dienen mag, die Kasnistik in dieser Beziehung zu erweitern; schriftliche Notizen über andere Fälle der Art, die mir mit aller Bestimmtheit vorgekommen sind, besitze ich leider nicht mehr. Ich glaube aber, dass die meisten Kliniker eine centrale, d. h. physikalisch nicht nachweisbare Pneumonie anerkennen werden; nur Lépine (l. c.) drückt seine Zweifel darüber aus.

Der Fall betrifft einen 28jährigen Arbeiter J., der am 25. November 1878 in die medicinische Klinik hierselbst aufgenommen und am 23. December 1878 entlassen wurde.

Er war früher stets gesund gewesen, erkrankte am 21. November Abends mit heftigem Schüttelfrost, nachfolgender Hitze, Stechen in der linken Seite, Husten und Kurzathmigkeit, schlief in der Nacht schlecht und expectorirte vom nächsten Tage ab ein zähes, mit etwas Blut untermisches Sputum. Bei seiner Aufnahme konnte folgender Status notirt werden.

Kräftig gebauter Mann, Haut etwas feucht, Lippen und Wangen leicht cyanotisch gefärbt. Kein Herpes, 42 Respirationen in der Minute; die linke Thoraxhälfte bewegt sich etwas schwächer als die rechte.

Temperatur über 40°; im auffallenden Gegensatz dazu die Pulsfrequenz: 76 in der Minute! Die einzelnen Pulse voll und weich. — Die Percussion ergibt durchweg normale Verhältnisse, bei der Auscultation hört man überall vesiculäres Athmen, hinten links unten bei tiefen Inspirationen zuweilen unbestimmtes Rasseln. Patient hustet in mässiger Menge ein zähes, z. Th. rostfarbenes Sputum aus. Leichte Albuminurie. Sonst absolut nichts Anormes. Sensorium völlig frei. Patient klagt nur über die Stiche in der linken Seite. Bis zum 28. November blieb der Zustand des Kranken ganz derselbe, namentlich der Befund über den Lungen negativ; das Seitenstechen hielt, wenn auch etwas abnehmend, bis zu diesem Tage an. Pleuritiches Reiben war nicht zu hören. Im Laufe des 28. November fiel die bis dahin sehr hohe Temperatur auf 37° unter starkem Sch weiss. Die auffallend niedrige Pulsfrequenz (ca. 70) ging noch weiter herunter, auf 44, selbst 40 Schläge und blieb 7 Tage lang so (Pat. hatte zu keiner Zeit Digitalis erhalten, nur Sol. Natr. nitric. 5—200 2stündlich 1 Esslöffel), hob sich dann ein wenig und schwankte von da ab bis zu seiner Entlassung zwischen 50 und 60. Der Urin war nach der Krise dauernd eiweissfrei.

Patient war bereits aufgestanden und fühlte sich, abgesehen von etwas Seitenstechen, ganz wohl bis zum 7. December, an diesem Tage trat leichte Temperaturerhöhung (38°) ein, die Schmerzen wurden etwas stärker, so dass Pat. sich wieder zu Bett legte, und 8 Tage lang blieben die Beschwerden vermehrt, wenn auch immerhin in sehr bescheidenen Grenzen, ebenso die Temperatursteigerung. Der physikalische Befund blieb dauernd so gut wie negativ — links hinten unten nach Hustenstössen und bei ganz tiefen Inspirationen spärliches, dumpfes Rasseln, welches rechts fehlte. Auch auf der linken Seite verlor es sich, so dass Pat. am 23. December geheilt entlassen werden konnte. — Vielleicht ist also dieser Fall unter die recidivirenden Pneumonien zu rechnen. Leider vermag ich nicht mehr zu sagen, wie es in dem eben mitgetheilten Falle mit der Bronchophonie stand — die mir vorliegende Krankengeschichte ist etwas fragmentarisch, und ich weiss nicht, wie weit ich meinem Gedächtnisse trauen darf. Ich möchte aber diese Gelegenheit benutzen, um grade das Verhalten der Bronchophonie nach abgelaufener Pneumonie zu erwähnen. Die Angaben der Autoren sind keineswegs übereinstimmend; bei Vielen findet sich gar nichts darüber.

Bekannt ist es, dass oft lange Zeit nach der Krise nicht bloss verschärftes Athmen und Rasselgeräusche [so macht z. B. Grisolle (l. c.) auf die Häufigkeit derartiger Erscheinungen aufmerksam, die sich viele Wochen lang halten können], sondern selbst Bronchialathmen und Bronchophonie hörbar sind, während die Kranken (oder eigentlich nun Gesunden) sich absolut wohl fühlen, nicht husten u. s. w. Ein Parallelgehen beider Erscheinungen (d. h. Bronchialathmen und Bronchophonie) findet nun nicht immer statt, wie ja das auch sonst nicht ohne Weiteres der Fall ist; schon Skoda (Abhandlung über Percussion und Auscultation) hat darauf hingewiesen.

Lebert (l. c.) giebt an, dass die Bronchophonie durchschnittlich früher aufhört als das bronchiale Athmen — ich möchte grade das Gegentheil behaupten. Ich wüsste mich keines Falles von Pneumonie zu entsinnen, wo nicht Ungleichheiten in der hörbaren Stimme viel länger persistirt hätten, als Abweichungen des Athemgeräusches, und soviel ich weiss, immer habe ich, wenn längst Bronchialathmen verschwunden und wieder durch vesiculäres ersetzt war, die Stimme auf der erkrankt gewesenen Seite deutlicher gehört als auf der gesunden, mitunter Wochen lang. Ziemssen (l. c.) erwähnt, dass er Bronchialathmen und Bronchophonie bisweilen noch 2—3 Wochen nach der Entfieberung fortestehend gefunden habe, erwähnt aber keine Unterschiede im Verhalten beider; er betont jedoch die Wichtigkeit der Auscultation der Stimme ganz besonders.

V. C. Hueter. Grundriss der Chirurgie. Leipzig 1884. Verlag von F. C. W. Vogel. Ref. Kolaczek.

Der Hueter'sche Grundriss der Chirurgie in seiner zweiten, von Lossen sorgfältig durchgesehenen Auflage liegt vor uns. Das Bedürfniss einer neuen Auflage dieses Werkes nach Ablauf von kaum zwei Jahren seit dem ersten Erscheinen desselben beweist seine günstige Aufnahme bei Aerzten und vielleicht auch Studirenden. Jenen musste es willkommen sein, einen Grundriss der Chirurgie in ihrer neuesten Phase aus der durch ihre meisterhafte Darstellungskunst rühmlichst bekannten Hand eines Hueter geliefert zu bekommen, wenn sie auch andererseits vorbereitet sein konnten, einen gewissen, hier und da hervortretenden Subjectivismus mit in den Kauf zu nehmen. Die Studirenden wieder hatten das lebhafteste Bedürfniss, zunächst für den beschränkten Schulzweck, nach einer Darstellung der gesamten Chirurgie in nuce, wie sie ihnen in keinem der gebräuchlichen Lehrbücher geboten war. Einen Grundriss der Chirurgie mussten sie also vor Allen freudig begrüssen. Ob sich ihre Hoffnungen erfüllt haben? Das erscheint zweifelhaft, da dieser Grundriss einen solchen Umfang erreicht hat, dass es ihnen unter den

gegebenen Verhältnissen kaum möglich sein dürfte, während ihrer so kurzen academischen Lernzeit durch die Fülle des gebotenen Materials mit dem Erfolge sich hindurchzuarbeiten, dass sie das ganze Gebiet gleichmässig zu übersehen vermöchten und überall genügend Bescheid wüssten. Zudem mussten sie bald zur Ueberzeugung kommen, dass in vielen Dingen zwischen den in diesem Grundrisse niedergelegten und den ihnen von ihren Lehrern vorgetragenen Anschauungen eine missliche Differenz bestand. Diese hat eben in dem schon erwähnten ausgeprägten Subjectivismus der Hueter'schen Lehrart ihren Grund. Besonders machte sich derselbe im Gebiete der allgemeinen Chirurgie geltend.

Vielleicht aus dem zuletzt erwähnten Grunde begann Lossen bei der Vorbereitung der 2. Auflage des „Grundrisses“ mit dem speciellen Theile. Hier konnte nämlich die von der Pietät gegen den kürzlich Verstorbenen dictirte Schonung des von demselben Geschaffenen noch am Ehesten geübt werden. L. begnügte sich deshalb mit einfach formellen Aenderungen, einer präciseren Darstellung der Diction, wo es nöthig war, der Zerlegung des etwas dickleibigen Bandes in drei Abtheilungen und dem Hinzufügen des auf dem Gebiete der speciellen Chirurgie in jüngster Vergangenheit hervorragend Geleisteten. Somit hat sich der Umfang dieses Haupttheils des Grundrisses sogar um etwas erweitert, also seinem Zwecke, Grundriss zu sein, wohl noch mehr entfremdet. Leider sind manche, von der Logik geforderte Aenderungen in der Anordnung des Stoffes unterblieben. So z. B. muss die Darstellung der Magenresection, vielleicht auch der Gastrostomie, aus dem Kapitel über Krankheiten der Speiseröhre entfernt werden. Dann dürfte es sich empfehlen, die Krankheiten des Mastdarms gesondert von denen des übrigen Darmcanals zu behandeln, da es sich eigenthümlich ausnimmt, die laparotomischen Eingriffe erst hinter der Behandlung der Hämorrhoidalknoten erörtern zu finden. Auch darf die Besprechung des Mastdarmkrebses und des Exstirpation recti nicht zusammenhanglos an zwei verschiedenen, von einander weit abgelegenen Stellen stattfinden. Uebrigens dürfte auch des Mastdarmkrebses nicht gelegentlich der Abhandlung über Darmstricturen Erwähnung gethan werden; vielmehr müsste er in den Paragraphen, der von den Geschwülsten, besonders des Rectum handelt, eine eingehende Berücksichtigung erfahren. Die Hüter'sche Theorie über die Aetiologie der habituellen Scoliose und des Klumpfusses tritt allzusehr in den Vordergrund, zumal sie kaum von irgend einer Seite her Anerkennung gefunden hat.

Durchgreifendere Aenderungen hat sich L. mit Recht veranlasst gesehen, im allg. Theile des Grundrisses vorzunehmen. Trotzdem er hier Manches, vornehmlich auf dem Gebiete der Bacteriologie neuerdings Geleistete hinzugefügt hat, ist doch der Umfang dieses Theiles geringer geworden, weil andererseits Vieles fortgefallen und gedrängter zusammengefasst worden ist. Die materiellen Aenderungen springen besonders in den Kapiteln, die der Lehre von der Entzündung angehören, in die Augen. L. hat sich mit Recht entschlossen, zum Theil unter Berufung auf neueste experimentelle Thatsachen den exclusiv mycologischen Standpunkt Hueter's in der Entzündungsfrage zu verlassen und den Werth desselben als eines noch theoretischen deutlicher hervorzuheben. Doch hat in der Entzündungslehre nach meinem Dafürhalten die allgemeine Pathologie eine für einen Grundriss der Chirurgie noch zu weit gehende Aufnahme gefunden. Dafür aber dürfte die allgemeine Geschwulstlehre eine relativ zu knappe Berücksichtigung erfahren haben.

Nach alledem dürfte Hueter's Grundriss der Chirurgie richtiger in die Reihe der Handbücher einzureihen sein. Als solches hat es seine grossen Vorzüge, den einheitlichen Guss, die klare und gefällige Form der Darstellung, und wird in der Pflege Lossen's einen noch grösseren Werth erhalten, wenn seine bessernde Hand durch gewisse Rücksichten sich weniger beschränkt fühlen wird.