XIX.

Besprechungen.

1.

Dr. Karewski. Ueber Operationen an paralytischen Gelenken. Leipzig, Verlag von Georg Thieme, 1890.

Bei der grösseren Verbreitung, welche die Operationen an paralytischen Gelenken gegenwärtig gewinnen, mag die Arbeit von Karewski, wenn gleich etwas verspätet, hier noch besprochen werden. Die von Albert als Arthrodese bezeichnete Operation, welche von Albert selbst, Rydigier und anderen Autoren öfters ausgeführt wurde, hat Herr Karewski einmal mit gutem Erfolg für das Schultergelenk gemacht, mehrmals im Sprunggelenk, im Chopart'schen Gelenk und im Kniegelenk. Die Resultate waren überall sehr gute, die bis dahin unbewegbaren Extremitäten konnten nun als Stütze u. s. w. gut gebraucht werden.

Mit Recht kommt Karewski zu dem Schluss, dass die Veränderung, resp. Versteifung der Gelenke erst nach der Erschöpfung aller mechanischen und physikalischen Hilfsmittel vorgenommen werden sollte. Bei jungen Individuen sollen die angefrischten Gelenkflächen mit Elfenbeinstiften zusammenge nagelt werden.

Bei paralytischer Hüftgelenksluxation hat Karewski die blutige Reposition des ausgeworfenen Gelenkkopfes 4 mal ausgeführt, wo es nöthig war mit Verkleinerung des Caput femoris, wenn er nicht mehr in die Pfanne passte. Lücke.

2.

Prof. Dr. O. Angerer. Die neue chirurgische Klinik in München. München 1892. M. Ringer'sche Universitäts-Buchhandlung.

Das Bedürfniss, welches seit manchem Jahrzehnt in München gefühlt wurde, eine neue chirurgische Klinik zu besitzen, die den Ansprüchen der neueren Chirurgie entsprechend eingerichtet wäre, ist endlich in Erfüllung gegangen, und Prof. Angerer hat Recht, wenn er in seiner Festrede zur Eröffnung der Klinik seiner freudigen Stimmung Ausdruck giebt. Er vergisst aber nicht, seinen Vorgängern gerecht zu werden, welche wohl fast nirgends mehr als in München lange Zeit unter den mangelhaften Verhältnissen gelitten haben, die sowohl in Hinsicht auf das klinische Material, als auf die klinischen Einrichtungen bestanden. Der

Rede, welche noch eine Geschichte der Münchner Chirurgie enthält, schliesst sich die Beschreibung des Neubanes, nebst Plänen des Instituts an.
Lücke.

3.

Sectionstechnik für Studirende und Aerzte von Prof. Dr. C. Nauwerck, I. Assistenten am pathologischen Institut zu Königsberg i. Pr. (Mit 41 Abbildungen. Jena, Verlag von Gustav Fischer. 8. 1891.

Wie die Bardeleben'schen Anleitungen zum Präpariren für die normale Anatomie, so wird das vorliegende Buch für die pathologisch-anatomischen Sectionstübungen von den Studirenden vielfach als Leitfaden benutzt werden und sich auch dem praktischen Arzte vermöge der Reichhaltigkeit des Inhalts und der Uebersichtlichkeit der Darstellung gegebenen Falls als ein werthvoller Rathgeber erweisen. Wenn Verfasser auch die Virchow'schen Vorschriften als die Grundlage für die bei Obductionen geübte Technik ansieht, so hat er sich doch nicht in einseitiger Weise auf dieselben beschränkt, sondern in dankenswerther Ausführlichkeit sowohl die Vorschläge anderer Autoren berücksichtigt, als auch eigene Erfahrungen wiedergegeben und so allen Verhältnissen und Bedürfnissen Rechnung zu tragen gesucht. Den einzelnen Abschnitten sind die bezüglichen gerichtsarztlichen Vorschriften aus dem preussischen Regulativ (1875), der bayrischen (1881), württembergischen (1886) und Sachsen-Weimarschen (1890) Instructionen hinzugefügt, wodurch auf bequeme Weise eine Vergleichung der verschiedenen Methoden ermöglicht wird. Eine Reihe vorzüglicher Abbildungen veranschaulicht die wichtigsten Handgriffe und Schnittführungen, und ferner entspricht es der praktischen Anlage des Buches, dass für die meisten Organe die Durchschnittsmaasse und -gewichte angegeben sind, wie überhaupt die normale Anatomie an geeigneten Stellen genügend hervorgehoben wird.

Es würde zu weit führen, auf die Einzelheiten des Inhalts näher einzugehen, nur das besonders reichhaltige Kapitel von der Untersuchung des Kopfes, welches unter Anderem die Methode der Gehirnwägung nach Meynert, die Untersuchung der Nasenrachenhöhle nach Klebs, die Herausnahme des Gehörganges nach Politzer enthält, soll lobend hervorgehoben werden. In späteren Auflagen des Buches dürfte wohl eine neuerdings von Harke ¹⁾ angegebene Sectionsmethode der oberen Athemwege, die sich durch ihre Einfachheit auszeichnet, Aufnahme finden. Einige eigenthümliche Wortbildungen — wie z. B. „verunmöglichen“ (S. 8) statt „unmöglich machen“, „innert“ (S. 118) statt „innerhalb“, „entzweien“ (S. 13) statt „durchtrennen“ — verrathen wohl den früheren Aufenthalt des Verfassers. Möge das wirklich vorzügliche Buch, das dem Vernehmen nach bereits an einigen Universitäten als Leitfaden empfohlen wird, unter Studirenden und Aerzten diejenige Beachtung finden, die es verdient.

Dr. M. Raede.

1) Berliner klin. Wochenschrift 1892. Nr. 30.

4.

Dr. L. Réthi. Die Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Rachens. (Wien 1892. Alfred Hölder. 8. 350 S. Mit 35 Abbildungen.)

Das Werk zerfällt in zwei von einander unabhängige und in sich abgeschlossene Theile: Die Krankheiten der Nase und des Rachens; unter „allgemeinem Theil“ findet sich Anatomie und Physiologie, sowie die Untersuchungsmethoden, allgemeine Aetiologie, Symptomatologie und Therapie besprochen; im speciellen Theile schildert Verfasser die einzelnen Krankheitsbilder nach ihren klinischen Erscheinungen, und zwar in einzelnen Missbildungen; acute, chronische Entzündung; Diphtherie; Tuberculose; Lupus; Lepra; Rhinosclerom; Syphilis; Neubildungen; Fremdkörper; Neurosen. Ausserdem behandelt Verfasser bei der Nase noch die Blutungen und den Rotz, beim Rachen den retropharyngealen Abscess und die Mykosen. Dass sich bei dieser Eintheilung manche Wiederholung finden muss, ist selbstverständlich, doch gewinnt die Schilderung der einzelnen Krankheitsbilder dadurch an innerer Abrundung und Verständlichkeit. Die Literatur ist hauptsächlich in ihren neueren Erscheinungen berücksichtigt, oft sehr ausführlich, da, wie Verfasser im Vorwort zu seinem Buche sagt, hier noch mehrfach widerstreitende Ansichten zu beleuchten sind; die in den verschiedensten Monographien und Zeitschriften zerstreuten und deshalb nicht Jedem zugänglichen Veröffentlichungen sind besonders in den strittigen Fragen kurz und prägnant erwähnt. Wem deshalb daran gelegen ist, sich einen orientirenden Ueberblick über den augenblicklichen Stand der Ansichten über die Erkrankungen der Nase und des Rachens zu verschaffen, dem sei Réthi's Werk empfohlen.

Die Ausstattung des Buches ist eine dem Inhalt entsprechend gediegene.

Dr. Hagen.

5.

Ueber Carbolgangrän. Experimentelle Untersuchungen von Alexander Frankenburger. Erlanger Dissert. Nürnberg 1891. 8. S. 43.

In der vorliegenden Schrift weist Verfasser auf eine bisher weniger gekannte schädliche Wirkung der wegen ihrer guten antiseptischen Eigenschaften sowohl bei Aerzten, als auch beim grossen Publikum so sehr beliebten Carbolsäure hin, eine Wirkung, welche dieselbe hauptsächlich in schwächerer Concentration (2—5 Proc.) entfaltet, und die darin besteht, dass die längere Zeit mit der betreffenden Lösung, namentlich in Form von Umschlägen, in Berührung gewesenen Gewebe der Gangrän verfallen können. Den nicht gerade sehr zahlreichen Beispielen von Carbolbrand aus der Literatur fügt Verfasser einen eigenen Fall bei, welcher vorzugsweise die ersten Stadien dieser Einwirkung illustriert und in seinen Erscheinungen im Wesentlichen eine Steigerung des jedem Chirurgen bekannten, bei längerem Hantiren mit Carbol eintretenden Reizzustandes der Haut darstellt.

Wodurch kommt nun die Gangrän zu Stande? Eine Aetzwirkung ist bei der geringen Concentration der Lösungen ausgeschlossen, die von

Kortüm beziehtigte locale Einwirkung der Carbolsäure auf die peripheren Nerven, bestehend in Reizung und nachfolgender Lähmung der Vasomotoren und trophischen Nerven, welche ja bei dem unzweifelhaften Einfluss auf die sensibeln Nerven wahrscheinlich ist, erschien dem Verfasser nicht als eine ausreichende Erklärung so destructiver Folgeerscheinungen, und so unternahm er es denn, auf dem Wege des Thierexperiments die Frage weiter zu verfolgen.

Er benutzte als Versuchsobjecte Katzen und Kaninchen, denen er auf die glattrasirte Haut des Bauches und der Innenseite der Oberschenkel 3 oder 5 proc. Carbolumschläge von $\frac{1}{2}$ —3 stündiger Dauer an correspondirenden Stellen machte und bei Abbruch des Versuchs die eine Hautstelle zur mikroskopischen Untersuchung excidirte, während die andere zur Controle des weiteren Verlaufes stehen blieb. Bei den Controlstellen trat eine nach der Dauer der Einwirkung verschieden tiefgehende Mummification der Haut ein, der mikroskopische Befund war im Allgemeinen folgender:

Die Eipdermis fehlt meistentheils vollständig, die Papillen des Chorium liegen frei zu Tage — eine Folge der macerirenden und direct zerstörenden Wirkung der Säure. Lymphspalten und Lymphgefässe enorm erweitert, zum Zeichen, dass durch Circulationsbehinderung eine Stauung der eingedrungenen Flüssigkeit stattfand. Endlich eine vollständige Thrombose der kleineren, eine theilweise der grösseren Gefässe, welch' letztere entweder in einer cylindrischen Auskleidung des Gefässrohres oder in Form wandständiger Thromben ihren Ausdruck findet.

Diese Gefässthrombose ist nach Ansicht des Verfassers die Hauptursache des eintretenden Brandes, und anschliessend an die Arbeiten von Bill, Huels, Prudden und Hueter will er dieselbe zu Stande kommen lassen durch Zerstörung der corpusculären Elemente des Blutes durch die Carbolsäure, indem die zerfallenen rothen Blutkörperchen ein mechanisches, die weissen, die ja bekanntlich zur Fibringerinnung beitragen, ein chemisches Moment für die rasch eintretende Stase und Thrombose abgeben. Hierbei muss aber der Einwurf erhoben werden, dass die vom Verfasser fast gar nicht berücksichtigte Schädigung des Endothels der Gefässe für das Zustandekommen der Thrombose jedenfalls eine bedeutende Rolle spielt, und dass gerade der vom Verfasser für die grösseren Gefässe erhobene Befund eine derartige Deutung zulässt.

Wenn Verfasser zum Schluss die Forderung aufstellt, dass der Handverkauf der Carbollösungen an Laien beschränkt oder verboten wird, so kann man ihm in Anbetracht der mannigfachen Gefahren des Mittels, wozu ja eben auch der Eintritt des Brandes gehört, beistimmen; Alles in Allem aber scheint die Carbolgangrän kein sehr häufiges Ereigniss zu sein, und es dürfte für den Arzt bei den vielfachen guten Erfolgen, die mit diesem Antisepticum erreicht sind, kein Grund vorliegen, dasselbe in so weitgehender Weise zu meiden, wie Verfasser vorschlägt.

Dr. M. Raede.

6.

Tafeln zur Orientirung an der Gehirnoberfläche des lebenden Menschen bei chirurgischen Operationen und klinischen Vorlesungen. Von Prof. Dr. Albert Adamkiewicz. Mit je einem Bogen in deutschem, französischem und englischem Text. Wien und Leipzig, Wilhelm Braumüller, k. u. k. Hof- und Universitätsbuchhändler. 1892. 4 Taf.

„Zur Information“ sendet der Verfasser den Tafeln in deutscher, französischer und englischer Sprache einige Bemerkungen voraus, welche seinen Standpunkt gegenüber der vielumstrittenen Frage vom Hirndruck klarlegen. Die darin ausgesprochenen Ansichten dürften von verschiedenen Seiten Widerspruch erfahren; es ist jedoch hier nicht der Ort, etwaige Einwände geltend zu machen, und soll im Folgenden nur ein kurzer Gedankengang der Vorrede gegeben werden: Nachdem sich die frühere Vorstellung von der Incompressibilität der Gehirnmasse und der Impermeabilität der Schädelkapsel als irrthümlich erwiesen hat, fällt auch die darauf beruhende Erklärung des Hirndrucks, dass nämlich die dabei auftretenden Symptome hervorgerufen würden durch die Gehirnanämie, welche in einer Compression der auf der Gehirnoberfläche verlaufenden Capillaren durch den infolge intracranieller raumbeschränkender Tumoren unter höheren Druck gesetzten Liquor cerebrospinalis ihren Grund hat. Einerseits können nach dem Verfasser die sogenannten Hirndrucksymptome durch jede beliebige Erregung erzeugt werden, andererseits kann eine Gehirnanämie infolge von Raumbeschränkung überhaupt nicht eintreten. Denn eine intracraniale solide Geschwulst drückt sich in das Gehirn ein, und die im Bereiche der Impression verlaufenden Gefässe sind infolge eigenthümlicher Gefässwandreactionen erweitert, ein intracranialer Flüssigkeitserguss dagegen muss nach physikalischen Gesetzen baldigst in die Venen treten, wodurch Gehirnödem und Ueberfüllung des rechten Herzens und daher in beiden Fällen der Tod erfolgen würde, bevor der Druck im Schädelinnern eine zum Capillarenverschluss führende Höhe erreichen könnte. An Stelle der Lehre vom Hirndruck setzt Verfasser die Lehre von der Hirncompression, welche die Veränderungen der durch einen intracraniellen Herd zusammengedrückten Gehirnsubstanz behandelt. Er stellt drei Grade der Compression auf: Der erste — die Condensation — beruht auf einer Annäherung und Verkleinerung der Nervelemente durch Verdichtung ihrer Masse und verläuft ohne functionelle Störungen, der dritte führt zur vollständigen Zerdrückung der Elemente, der zweite liegt zwischen beiden und ruft demnach functionelle Störungen der condensirten Nervelemente hervor, ohne sie materiell zu vernichten. Dieser letztere Compressionsgrad hat die Eigenthümlichkeit, dass einerseits gewisse Compressionsphänomene auftreten, andererseits dieselben nach Entfernung des Druckes wieder verschwinden.

Wenn es nun die Aufgabe der Chirurgie ist, auf operativem Wege die betreffenden raumbeengenden krankhaften Producte zu entfernen, so ist immerhin die Auffindung der richtigen Stelle, die Gehirnlocalisation am lebenden Menschen, von grossen Schwierigkeiten begleitet. Verfasser meint nun, dass die bisher darüber bestehenden „minutiösen Angaben“ für ein schnelles und präcises Handeln nicht ausreichen, und dass die bei-

gegebenen Tafeln berufen seien, diese Lücke auszufüllen. Er meint, da man am lebenden Menschen die Schädelnähte durchfühlen kann, dass es möglich sein würde, an der Hand der lebensgrossen naturgetreuen Gehirnbilder, auf welche die Schädelnähte mit mathematischer Genauigkeit eingetragen sind, mit „Maass und Zirkel“ für jede beliebige Stelle des Schädels das entsprechende Stück Gehirnoberfläche leicht aufzufinden.

Aber diese Tafeln zeigen die Verhältnisse bei dem einzelnen, bestimmten Individuum, bei jedem anderen Menschen werden sie andere sein. Jede Differenz in der Schädelgrösse, jede Abweichung im Schädelbau, jede Abnormität im Verlauf der grossen Gehirnfurchen werden bei einer derartigen Messmethode Fehlerquellen sein. Ein Beispiel möge genügen. Man vergleiche den Verlauf des horizontalen Astes der Sylvi'schen Spalte auf diesen Tafeln mit einigen anderen Abbildungen, welche die Lage der Gehirnoberfläche zu den Schädelknochen darstellen. Bei den meisten derselben schneidet der Anfangstheil der Spalte die Schuppe des Schläfenbeins, hier berührt er das Schläfenbein überhaupt nicht. Da man nicht annehmen kann, dass hier der innere Verlauf der Schädelnähte auf das Gehirn projicirt ist, was ja allerdings bei der Schuppennaht sehr in Betracht käme, so ist schon hier ein sehr bemerkenswerther Unterschied zu constatiren.

Die äussere Ausführung der Tafeln ist als eine vorzügliche zu bezeichnen. Man sieht das Gehirn in Frontal-, in Temporal-, in Occipital- und in Sagittalan sicht. Die Hirnhäute sammt den zugehörigen Gefässen sind entfernt, nur die eigentlichen Hirnarterien sind wiedergegeben, ausserdem ist der Verlauf der Schädelnähte eingezeichnet. Mancher würde vielleicht auch gern die Linea semicircularis angedeutet sehen, deren Verlauf ja immerhin für die Auffindung des Sprachcentrums von Wichtigkeit ist. Die Haupthirnwülste und Furchen sind mit farbigen Buchstaben bezeichnet, wodurch, da bei einer naturgetreuen, nichtschematischen Abbildung diese Dinge nicht so sehr hervortreten, die Orientirung wesentlich erleichtert wird.

Die Tafeln werden gewiss vielfach Beifall finden und gern beim Studium der Hirnoberfläche herangezogen werden; eine generelle Bedeutung aber, wie sie ihnen Verfasser zuschreibt, haben sie nicht, und der Chirurg wird sich stets bewusst bleiben, dass die betreffenden „minutiösen Vorschriften“ eben für jeden Schädel passen, während eine Ausmessung auf Grund der vorliegenden Tafeln nur bei ganz gleichartigen Verhältnissen Erfolg hat, und dass eine derartige Methode aus den oben angegebenen Gründen überhaupt keine genügende Sicherheit für Auffindung der richtigen Stelle gewähren dürfte.

Dr. M. Raede.

7.

Les Tumeurs de la vessie par J. Albarran, Chef de Clinique des Maladies des voies urinaires à la faculté de médecine de Paris. Paris, G. Steinheil, Édit. 8. 1892.

Die Kenntniss der Geschwülste der Harnblase und ihre chirurgische Behandlung ist eine Errungenschaft der letzten 15 Jahre und das Ergebniss zahlreicher pathologisch-anatomischer und experimenteller Unter-

suchungen, sowie der Vervollkommnung der diagnostischen Hilfsmittel und der operativen Technik.

Verfasser hat es in vorliegendem Werk, zu dem Guyon das Vorwort geschrieben, unternommen, alle auf diesem Gebiet bisher erschienenen Arbeiten bezüglich ihrer Resultate vergleichend zusammenzustellen, die zahlreich bekannt gewordenen operativen Fälle von Neubildungen der Harnblase zu sammeln und das, was noch lückenhaft war, durch eigene an reichem klinischem Material erhobene Beobachtungen zu ergänzen. Das 487 Seiten umfassende Buch mit 75 Figuren und 9 Tafeln bringt nach einem geschichtlichen Ueberblick die normale Anatomie der Blasenschleimhaut, pathologische Anatomie, Pathologie, Diagnostik und Therapie der Blasentumoren.

Aus der Geschichte entnehmen wir folgende Daten:

1639 Covillard operirt einen harten Blasentumor durch Perinealschnitt.
1747 Le Cat und Warner entfernen Blasentumoren nach Incision der Urethra bei Frauen.

1827 Civiale operirt bei einer Lithotritie einen Tumor und schreibt 1842 seinen „*Traité pratique des malad. d. voies urin.*“, in dem zwischen Krebs und Polyp, Prostata- und Blasengeschwülsten u. a. unterschieden wird.

1874 vereinzelt Operationen, besonders bei Frauen mit Dilatation der Urethra.

1874 Billroth operirt ein Myosarkom erst mit Perineal-, dann mit hohem Blasenschnitt; ihm folgen Volkmann, Kocher u. A.

1875 Simon empfiehlt methodische und forcirte Dilatation der Urethra bei Frauen.

1877 Nitze's Endoskop beschrieben.

1880 Thompson empfiehlt den medianen Perinealschnitt, während

1886 Guyon endgültig die grosse Bedeutung des hohen Blasenschnittes zur allgemeinen Anerkennung bringt.

Die klassischen Werke von Küster 1886, Antal 1888 und Ultzmann 1890.

Bei der Schilderung der normalen Anatomie der Blasenschleimhaut hebt Verfasser die Existenz der Lymphgefäße hervor, die im Trigonum doppelt so stark und viel reicher verzweigt als an den Seitenwänden der Blase mit jenen der Muscularis communicirend in Drüsen münden, die sich längs der Art. hypogastrica bis zu deren Abgang von der Art. iliaca commun. hinziehen.

In dem Werke ist fast nur von den primären, von den Blasenwandungen selbst ausgehenden Neubildungen die Rede, während die secundären nur einer kurzen Besprechung unterzogen werden.

Nach seinen Beobachtungen rechnet Verfasser auf 100 Blasenkranke 4 mit Geschwülsten behaftete, von denen vorwiegend Männer mit 86 Proc. betheiligt sind. Von 88 Neubildungen, die Verfasser selbst histologisch untersuchte, waren 13 typische, 68 atypische Epitheliome; 2 Fibrome, 3 Sarkome, 1 Myom und 1 Angiom.

Weitaus überwiegend sind die vom Epithel ausgehenden Geschwülste, welche vom klinischen Gesichtspunkte aus in implantirte und infiltrirte getheilt werden, erstere mit mehr oder weniger breitem Stiel radical zu

operiren, letztere, in den Blasenraum vorspringend oder die Wand gleichmässig durchsetzend, wohl nur palliativer Behandlung zugänglich.

Das Uebergreifen des primären Blasenkrebses auf benachbarte Organe ist weit seltener als das Umgekehrte der Fall, doch konnte Verfasser mehrere solcher Fälle beobachten; 5 mal war die Prostata, 3 mal die Samenbläschen, je 1 mal die Urethra und Ureter secundär ergriffen; mehrfach fanden sich in dem Peritonealüberzug der Blase Krebsknoten oder infolge Ulceration derselben Perforation mit allgemeiner Peritonitis; 2 mal fanden sich durch peritonitische Adhäsionen gegen den Bauchraum abgeschlossene Räume, in die hinein der Blasenkrebs perforirt war. Verwachsung und Perforation von Blasenkrebs in Darmtheile hält Verfasser für weniger wahrscheinlich, bestärkt durch einen Fall, in dem primärer Blasenkrebs angenommen wurde, die Autopsie aber Durchbruch eines primären Darmkrebses in die Blase ergab.

Ausser dem Wege der Continuität verbreiten sich die Epithelgeschwülste durch Contact und auf den Lymphbahnen; so fand Verfasser in 17 Fällen von Krebs 11 mal infiltrirte Lymphdrüsen, während in letzteren 11 Fällen 6 mal der Krebs auf die Blasenwand beschränkt war; indess ist dieses Uebergreifen auf die Lymphdrüsen beim Lebenden nur selten zu constataren, und erscheinen die Blasenkrebsse meist als einfache Papillome.

Nach ihrer histologischen Eintheilung trennt Verfasser die Blasenepithelialgeschwülste in solche vom Typus der Allantois — der Blase des Erwachsenen und in atypische (maligne). — Hauptsitz der Epithelneubildungen ist die mittlere Zone der hinteren Blasenwand, hier besonders die Umgebung der Ureterenmündungen. In 25 Proc. der Fälle findet man multiple Geschwülste; die Form ist sehr verschieden und hat mit der Malignität nichts gemein.

Seltene epitheliale Neubildungen sind die Cysten, fast immer klein und zahlreich sitzen sie in der Mucosa oder Submucosa; Segond fand eine grössere in der Musculatur der Blase, deren Wand eine einfache Bindegewebsmembran bildete.

Die aus dem Bindegewebe der Blasenwandung hervorgehenden Geschwülste umfassen die Sarkome — Myxome und Fibromyxome — Fibrome.

Von mikroskopisch untersuchten Sarkomen konnte Verfasser 52 Fälle aus der Literatur sammeln, von denen nur 3 im Trigonum sassen; die gestielte Form findet sich nicht so häufig als bei den Epithelialtumoren; bezüglich der histologischen Structur ist das Rundzellensarkom vorherrschend (von 46 Fällen 19); bei stärkerem Wachsthum des Sarkoms wird die überliegende Schleimbaut meist verändert, ihre Papillen entwickeln sich bedeutend in die Länge, oder ihr Epithel verdickt sich und treibt Schläuche in das Sarkomgewebe oder wird völlig zerstört.

Von reinen Myxomen existiren nur 6 Beobachtungen in der Literatur; die Geschwülste sind meist multipel, polypenartig, nahe dem Blasenhals sitzend und zeichnen sich durch schnelles Wachsthum und häufiges Vorkommen beim Kind aus. Oefter sind Fibromyxome und Myxosarkome beobachtet, während reine Fibrome wieder seltener sind. Angiome zählt Verfasser 4 auf.

Die Myome der Blase sitzen in der Musculatur selbst oder springen nach aussen oder innen vor; von 21 Fällen aus der Literatur kommen

11 auf reine Myome, 6 auf Fibromyome, 2 auf Myosarkome, je 1 auf Myocarcinom und Myosarkocarcinom.

Unter „Tumeurs Hétérotopiques“ finden wir Beobachtungen von Dermoidcysten und Epitheliomen, Chondromen und ein Rhabdomyom.

Die Blasengeschwülste können eine Reihe von Veränderungen eingehen: fettige, colloide, kalkige Degeneration, Entzündung, Ulceration; ihre Folgezustände sind mechanischer oder infectiöser Natur: Retention des Harnes, Hypertrophie der Blase, Hydronephrose; Cystitis, Pericystitis, Pyelonephritis.

Einer eingehenden Besprechung der Pathogenie der Blasengeschwülste folgt deren Symptomatologie; Verfasser unterscheidet hier functionelle (Hämaturie, Dysurie, Schmerzen, Cystitis) und physikalische Symptome (Untersuchung mit Katheter, bimanuell u. s. w.). Das Anfangs- und Hauptsymptom bildet der blutige Harn; die Blutung tritt spontan auf, hält meist einige Tage an und wird durch Ruhe und Medicamente wenig beeinflusst; oft sehr bedeutend, ist sie stets am reichlichsten gegen Ende der Urinentleerung. Um die Gegenwart von Blut im Urin sicher festzustellen, rath Verfasser, den Urin in drei Gläsern aufzufangen, um die erste, mittlere und letzte Portion für sich zu untersuchen. Eine seltene Erscheinung bietet die „Fibrinurie“, wo der frisch gelassene Harn im Glase geleeartig gerinnt; sie wird auf ein Durchschwitzen von Blutplasma durch die dünnen Capillarwände der Zotten der Geschwülste zurückgeführt, begünstigt durch einen Muskelkrampf der Blase, welcher die rückläufige Bluteirculation erschwert.

Schmerzen bei Blasengeschwülsten sind selten, sie können durch die Neubildung selbst, durch die Harnretention und Cystitis bedingt sein; sie erscheinen meist während der Hämaturie und lassen nach, sobald die groben Blutgerinnsel, welche eine vollkommene Entleerung der Blase hindern, entfernt sind. Drängt die Geschwulst nach aussen, so kann sie ausstrahlende Schmerzen auslösen (häufiger bei Prostatatumoren).

Die Cystitis ist ein Spätsymptom und zeichnet sich durch ihr langwieriges, den meisten therapeutischen Agentien trotzendes Bestehen aus.

Die mikroskopische Untersuchung des Urins vermag oft die Diagnose auf Blasentumoren zu unterstützen; so sollen nach Uitzmann bei ulcerirten Neoplasmen oxalsäure Krystalle in Rosettenform auftreten; oft finden sich Gewebsfetzen der Neubildung. Auch grössere Theile der letzteren werden ausgestossen; so fand Verfasser ein 85 Grm. schweres Gewebsstück im Urin.

Positiv entscheidend für die Diagnose ist die Cystoskopie; Verfasser beschreibt und vergleicht die Cystoskope von Nitze, Leiter, Fenwick, Boisseau du Rocher, Whitehead; die Einrichtung am Instrument für die Irrigation der Blase hält er für absolut erforderlich. Wenn die Blase einigermaassen tolerant ist, injicirt Verfasser kein Cocaïn, da er nicht nur schwere Zufälle und Vergiftungserscheinungen, sondern auch einen Todesfall nach Cocaïnjection beobachtet hat; bei reizbarer Blase empfiehlt er, höchstens bis 5,10 Cgrm. des Narcoticums einzuspritzen und bei ungenügendem Erfolg lieber zur Morphiuminjection oder Chloroform- oder Bromäthylbetäubung zu greifen. Die Benutzung der Cystoskope mit Aussenlicht nach Grünfeld u. A. empfiehlt Verfasser in folgenden Fällen:

1. bei allzu grosser Reizbarkeit der Blase, wenn diese nicht mehr als 60 bis 80 Grm. Flüssigkeit fassen kann; 2. bei fortdauernder Blutung, so dass die Irrigationsflüssigkeit getrübt bleibt; 3. bei übermässiger Grösse der Neubildung; (?) 4. bei Frauen.

Von einer operativen Behandlung der Neubildungen auf cystoskopischem Wege, wie sie Nitze ausgebildet hat, will Verfasser nichts wissen, wohl aber hält er eine Entfernung kleiner Theile des Tumors mit dem Cystoskop zum Zweck histologischer Untersuchung für berechtigt.

Hinsichtlich der Differentialdiagnose kommen neben den Geschwülsten in Betracht: Hypertrophie der Prostata, Prostatakrebs (Palpation der Drüse ist ausschlaggebend), Blasensteine (Untersuchung mit Metallsonde; Schmerz und Blutung bei Bewegung stärker, bei Ruhe schwächer), chronische Cystitis (Anamnese wichtig), Tuberculose — Ulcerationen — Varicen der Blase, parasitäre Affectionen (*Bilharzia haematob.*, *Filaria sanguin. hom.*), Nierengeschwülste.

Die Therapie der Blasengeschwülste besteht in radicaler Entfernung und palliativer Behandlung, erstere umfasst die Exstirpation des Tumors allein, oder partielle Resection oder Totalexstirpation der Blase. Verfasser schildert zunächst den Verlauf der Operation, wie sie Guyon ausführt, daran anschliessend die Verfahren von Trendelenburg, Helferich, Langenbuch, Koch und Simon; ausgedehnte Anwendung finden nach Verfasser wohl nur der Guyon'sche mediane Längsschnitt und bei Tumoren des Blasenhalbes und Trigonum der hohe Querschnitt mit Resection des Steissbeins nach Helferich.

Auf die Drainage und Naht der Blase nach vollendeter Exstirpation der Neubildung glaubt Verfasser besonders hinweisen zu müssen; er springt ganz entschieden für die primäre Naht der Blase und Bauchwunde ein mit Einführung eines Verweilkatheters durch die Harnröhre, und zwar vor Blasenschluss, dabei dem Kautschukkatheter mit einer am vesicalen Ende flächenförmig verbreiterten Anschwellung den Vorzug gebend; die Blasennaht ist eine doppelte: tiefe Catgutnaht durch die ganze Dicke der Blasenwand, oberflächliche Seidennaht nach Lembert; den Retzius'schen Raum empfiehlt er die ersten 2—3 Tage nach der Operation zu drainiren.

Grosse Beachtung hinsichtlich eines dauernden Erfolges verdienen die Bildung von Blutgerinnseln und Ablagerung von Harnsalzen, erstere durch sorgfältige Naht der Excisionsstelle des Tumors, häufige Ausspülungen mit Borwasser, letztere durch Waschungen mit 1—2 pro mille Lösungen von Phosphor- oder Milchsäure bei Phosphaten, mit Lithiumcarbonat- oder „Eau de Vichy“-Wasser bei Uraten fernzuhalten.

Die primäre Nahtvereinigung hat den Vortheil schnellerer Heilung, fester Vernarbung, grösserer Schonung des Patienten, sie wird nicht gehindert durch das Bestehen einfacher Cystitis und Erschöpfung des Kranken infolge grossen Blutverlustes. Contraindication ist nicht zu stillende Blutung und schwere Cystitis.

Die partielle Resection der Blase ist ein Eingriff, der, wenn der Substanzverlust nicht zu gross und das Peritoneum nicht verletzt ist, nicht bedeutender ist, als die einfache Exstirpation der Neubildung; schwieriger wird sie, wenn ein Ureter betroffen wird; derselbe soll mit seinem centralen Ende in Blase oder Vagina oder Urethra, niemals ins Rectum ein-

genäht werden; eine Einpflanzung in die Bauchwunde erfordert meist spätere Nephrektomie. Der Zugang zur Blase behufs Resection wird erleichtert durch partielle Resection der Schambeine oder Spaltung der Symphyse; letztere gewährt durch Abduction der Oberschenkel einen freien Raum von 6 Cm. Durchmesser und wird durch Abtragung des Fasernknorpels und der Knochennaht zu fester Verheilung gebracht.

Von Totalexstirpation der Blase erwähnt Verfasser die von Bardenheuer und Pawlick operirten Fälle, deren Verlauf er beschreibt.

Zum Schluss bringt er 20 Beobachtungen von partieller Resection der Blase mit 10 Heilungen und 8 Todesfällen.

Die Radicaloperation der Blasengeschwülste ist nur erfolgreich, wenn alle krankhaften Partien entfernt werden können; ist das nicht der Fall, so ist eine palliative Behandlung einzuleiten, die einzelnen Symptome für sich zu bekämpfen; gegen die Hämaturie empfiehlt Verfasser Waschungen der Blase mit Borsäurelösung, abwechselnd mit Arg. nitric. 1 : 1000 oder 2proc. Tanninlösung; die mechanischen Störungen werden oft durch Einlegen eines Verweilkatheters gehoben; eine ausgiebige Wirkung erzielt man indess am besten durch den palliativen Blasenschnitt, welcher eine Behandlung der Neubildung mit dem scharfen Löffel, Thermokauter, der galvanischen Schlinge u. A. erlaubt und eine oft mehrere Monate bis zu 1 oder 2 Jahren anhaltende Besserung der Schmerzen, Urinstörung, Cystitis hervorruft.

Einen Ueberblick über die Resultate der ohne Resection der Blase exstirpirten Blasentumoren giebt folgende Tabelle:

Einfache Polypen: 48, davon geheilt	36
	recidivirt 9
	gestorben 3
Blasenkrebs . . . 97, davon geheilt	23
	recidivirt 31
	gestorben 43

Von mit Blasenkrebs Behafteten sind bei einfacher Exstirpation der Geschwulst 50 Proc. gestorben, von den Ueberlebenden haben 57 Proc. Recidive bekommen, während die entsprechenden Zahlen bei partieller Resection der Blase 45 und 28 betragen.

Secundäre Geschwülste der Blase finden sich besonders bei der Frau durch Fortschreiten von Uterus-Vaginacarcinomen, beim Manne bei Prostatakrebs; sie bieten nicht das Symptomenbild der primären Neubildungen und treten erst spät nach Erkennung des primären Tumors in die Erscheinung.

Verfasser giebt am Schluss seines Werkes über 220 Beobachtungen von Blasengeschwülsten, von denen er 88 selbst mikroskopisch untersucht hat, und deren Sitz er durch Diagramme veranschaulicht; 95 Fälle sind noch nicht veröffentlichte Beobachtungen von deutschen, französischen und anderen Autoren; die 37 letzten verschiedenen seit 1888 erschienenen Publicationen entnommen.

Die Ausstattung des Buches ist hervorragend, besonders die beigefügten 9 Tafeln zeichnen sich durch eine vortrefflich gelungene Wiedergabe der verschiedensten Blasentumoren aus. Dr. Kurt Hagen.