XIII.

Besprechungen.

1.

Chirurgie du rectum: Anatomie, Exploration, Rectites, Blennorrhagie, Syphilis, Tuberculose, Abscès, Fistules, Rétrécissements, Hémorrhoides, Ulcérations. Par E. Quénu et H. Hartmann. Paris 1895. Steinheil. I. Bd. 452 S. gr. 8.

Der vorliegende erste Band einer Chirurgie des Mastdarms aus der Feder der bekannten Pariser Chirurgen Quénu und Hartmann ist mit erschöpfender Ausführlichkeit, stellenweise sogar etwas breit und von Wiederholungen nicht frei, geschrieben. Trotzdem erfreut er durch die Uebersichtlichkeit der Darstellung und Schilderung. Im Laufe mehrerer Jahre haben die Verfasser alle Theile der Anatomie und Pathologie selbst bearbeitet, Krankenbeobachtungen gesammelt, makroskopische, mikroskopische und bacteriologische Untersuchungen systematisch durchgeführt derart, dass trotz vollkommener Berücksichtigung auch der ausländischen Literatur ein Werk von persönlichem Gepräge entstanden ist. Die Darstellung der Krankheitsbilder wird sehr anschaulich dadurch, dass allenthalben die Erkrankungen, selbst seltenere, in gut beobachteten Krankengeschichten vorgeführt werden. Eine Fülle von trefflichen Abbildungen makroskopischer und mikroskopischer Präparate gestatten dem Leser in Verbindung mit der Krankengeschichte die Bildung eines eigenen Urtheils.

Ein eingehendes Referat über ein Handbuch zu geben, ist meines Erachtens unmöglich, wenn das Referat nicht selbst zum Buche ausarten soll. Doch sei in Kürze auf eine Reihe von Punkten aufmerksam gemacht, welche dem Referenten besonders erwähnenswerth erschienen. Vortrefflich durchgearbeitet ist der Bau des Mastdarms, seine Lagebeziehungen, seine Gefäß- und Lymphgefäßbahnen. Verfasser unterscheiden ein Spatium retrorectale zwischen Rectum und Sacrum von dem Spatium pelvirectale sup. zu beiden Seiten des Rectum oberhalb des Levator ani. Beide Räume sind in der Gegend der Kreuzbeinlöcher durch eine Art derber Membran geschieden, und Talg, welcher in das Mesorectum injicirt wird, dringt nicht in das Spatium pelvirectale sup. (laterale Ref.) ein. Verfasser sahen (S. 149) einen Abscess im Mesorectum im Gefolge einer heftigen Proctitis bei einem 3 jährigen Kinde, welcher mit Heilung nach Eröffnung endete. Bei der Untersuchung der Gefäßverhältnisse ergab sich die bemerkenswerthe Thatsache, dass gewöhnlich (eine Aus-

nahme in 17 untersuchten Fällen) die Art. hämorrhoidalis sup. (Art. mesenterica inf.) auf einer Seite, oft sogar doppelseitig, breit mit der A. hämorrhoidalis med. (aus der A. hypogastrica) anastomosirt, derart, dass bei einer Einspritzung von Talg in die Mesenterica sup. derselbe in die A. femoralis und selbst rückwärts bis in die Aorta übergeht. Bei einer Obliteration der A. iliaca communis ist also die A. mesenterica inf. (A. hämorrhoidalis sup.) eine der wichtigsten Collateralen. Bei Henle und Gegenbaur finde ich nur feine Anastomosen der beiden Gefäße erwähnt. — Bei Besprechung der Untersuchungsmethoden wird das Eingehen einer ganzen Hand mit Recht für gefährlich erklärt. Die chronischen Rectiten sind genauer studirt; sehr häufig findet sich bei diesen, wie bei den Stricturen, eine Umwandlung des Epithels in geschichtetes Pflasterepithel. Dieser Befund ist zwar nicht neu, er scheint aber häufiger zu sein, als man im Allgemeinen vermuthet. Die Rectalsyphilis aller Formen ist pathologisch und klinisch erschöpfend behandelt, von den tertiären Formen zunächst das Syphilom anorectal Fourniers: „das Rectum ist ein starrer Cylinder geworden; seine Wandungen sind verdickt; seine Schleimhaut ist oft ungleichmässig, mit Warzen bedeckt, stellenweise gefurcht; aber nirgends ist eine Narbe, ein Strang, eine Geschwürsbildung vorhanden. Die unteren Theile des Mastdarms in einer Länge von 2 bis 6 oder 7 Cm. werden befallen und zwar ringsum. Es bestehen weder Schmerzen, noch functionelle Störungen.“ Wenn die Verfasser hier die Krankengeschichte eines Falles einfügen, in welchem zunächst eine secundär-syphilitische Ulceration am Anus, nach 7 Monaten Fournier's rectales Syphilom, nach einem weiteren Jahre eine Stenose mit Ulceration der gesammten Schleimhautoberfläche beobachtet wurde, so ist auch für den kritisch-skeptischen Leser die Aetiologie des Falles klar. Es mag hier vorgreifend der Inhaltsanordnung des Buches erwähnt werden, dass die Aetiologie und Pathologie der chronischen ulcerösen Rectalstricturen sehr sorgfältig bearbeitet ist und durch die genaue Untersuchung der von den von den Verfassern beobachteten Fälle eine entschiedene Förderung erfahren hat. Sie weisen nach, dass die Pathogenese eine sehr verschiedene sein kann. Der verschiedenen Aetiologie entsprechen in ausgeprägten Fällen verschiedene histologische Befunde. Es kann eine einfache Rectitis, sowie zweifellose Syphilis, wie auch in seltenen Fällen (deren 4 mitgetheilt werden) Tuberculose zu Grunde liegen. Insbesondere wird hervorgehoben, dass in Fällen von Syphilis histologisch jegliches Zeichen, welches auf eine specifische Natur der Erkrankung hinweist, vermisst werden kann: es finden sich nur die Zeichen der einfachen chronischen Entzündung. Andererseits können sich bei der mikroskopischen Untersuchung gummaähnliche Anhäufungen von Rundzellen finden in Fällen, in denen sicher keine Syphilis vorliegt. Belege werden mitgetheilt. In fast allen Fällen, welcher Aetiologie sie auch waren, wurde eine Umwandlung des Cylinderepithels in geschichtetes Pflasterepithel gefunden. Die Exstirpation der ulcerösen Stricturen scheint den Verfassern relativ die besten Erfolge zu geben. Die Colotomie ist nach dem Urtheil des Ref. dabei zu kurz weggekommen. Die Rectotomie linéaire (Verneuil) giebt sehr schlechte Erfolge. — Bei den chronischen Ulcerationen finden sich auch Lupus ani, Tuberculosis verrucosa und ulcerosa be-

schrieben (mikroskopische Untersuchungen und viele Abbildungen). Die perianalen und perirectalen Abscesse sind nach den Verfassern meist lymphangitische, viel seltener durch einen perforirenden Fremdkörper entstanden. Dieser Auffassung wird man nur beistimmen können. In dem Abscessinhalt findet sich besonders häufig der Tuberkelbacillus (in 7 von 12 untersuchten Fällen) und zwar oft in Gesellschaft von anderen Mikroben namentlich *Bacterium coli*, sowie sehr häufig dieses letztere, ferner Eiterkokken, Saprophyten u. s. w. Der Koch'sche Bacillus lässt sich mit Sicherheit nur durch Impfung nachweisen (Fall, in welchem bei der Cultur *Bacterium coli* allein aufging, während das mit dem Eiter geimpfte Meerschweinchen an Tuberculose erkrankte). Hübsche schematische Abbildungen erläutern den verschiedenen Sitz dieser Eiterungen. Therapeutisch wird breite Eröffnung empfohlen, während es für völlig unnöthig erklärt wird, in jedem Falle den Sphincter und eventuell die Rectalwand mit zu spalten. Zum Schlusse sei erwähnt, dass die Verfasser plötzliche Anschwellung und Schmerzhaftigkeit von Hämorrhoiden (*fluxion hémorrhoidaire*) als einen Gefäßreflex auf eine häufig tiefsitzende und unbedeutende phlebitische Thrombose auffassen: „*fluxion hémorrhoidaire, thrombose, phlebite, ce ne sont là que des modalités de l'infection veineuse en rapport vraisemblablement avec l'étendue de l'infection, la nature des agents microbiens, et surtout leur virulence; toute l'histoire des hémorrhoides est dominée par ce fait simple: l'inoculation des varices par les microorganismes, qui traversent l'intestin.*“ Das *Bacterium coli* ist der gewöhnliche Erreger dieser Phlebitis, manchmal in Gesellschaft von Eiterkokken; doch kann es auch ganz fehlen, wie in zwei Fällen, in welchen sich allein Streptokokken fanden. — Der therapeutische Standpunkt entspricht ziemlich allenthalben dem der deutschen Chirurgen. Strittige Fragen werden auf Grund des vorliegenden Materiales ruhig abwägend behandelt. — Der zweite Band soll die Neubildungen, Missbildungen, Verwundungen, Fremdkörper und den Mastdarmvorfall behandeln. Hoffentlich lässt er nicht allzu lange auf sich warten. Inzwischen sei der vorliegende dem Studium der Fachgenossen empfohlen.

L. Heidenhain (Greifswald).

2.

Briefe von Theodor Billroth, gesammelt und herausgegeben von Dr. Gg. Fischer. Hahn'sche Buchhandlung. Hannover und Leipzig. 1895.

Das vorliegende Buch ist entstanden durch die pietätvolle Verehrung des Herausgebers. Und man mag über die frühzeitige Publication von Briefen eines bedeutenden Menschen denken wie man will, die vorliegende Sammlung wird für Jeden etwas ungemein Anziehendes haben. Billroth war ein seltener Mann in seiner wahrhaft genialen Auffassung, in seinem zähen Verfolgen wissenschaftlicher Probleme, und dazu ein so liebenswürdiger, voller Mensch. Wie hing er an seinen Freunden, wie förderte er seine Schüler! Wie schön die Worte an seinen Schüler v. Rosthorn (Nr. 319): „Fahren Sie so fort, nur Tüchtiges und wohl Ueberdachtes dem wissenschaftlichen Publikum darzubringen, und denken

Sie bei Ihren Arbeiten immer nur an ein solches. Halten Sie sich immer in geistigem, historischen Contact mit den grossen Forschern und Aerzten aller Zeiten . . .“

Es ist ein wichtiges Stück Geschichte der Chirurgie, welches sich in diesen Briefen kundgiebt. Und wer Billroth nicht persönlich kannte, wird ihn noch aus seinen Briefen lieb gewinnen, obgleich natürlich die intimsten Briefe fehlen.

Helferich.

3.

Rieder, Handbuch der ärztlichen Technik. Leipzig, F. C. W. Vogel. 1895. Preis 10 M., geb. 11 M. 25 Pf.

Das vorliegende Buch ist entstanden unter dem Einfluss der durch von Ziemssen an seiner Klinik in München eingerichteten „technischen Kurse“. Es bietet den enormen, zum Theil nur äusserlich zusammenhängenden Stoff in guter, übersichtlicher Bearbeitung. Eine grosse Anzahl (423 Stück) Abbildungen dienen zur Erläuterung. Der Arzt kann sich hier über Thermometrie, Untersuchung einzelner Organe oder des Blutes, des Pulses, des Auswurfs u. s. w., über die erste Hülfe bei Unglücksfällen, die Tracheotomie, Krankenpflege, Säuglings-Ernährung u. s. w. rasch orientiren. Das Buch wird sich gewiss viele Freunde erwerben.

Helferich.

4.

Neisser, Stereoskopischer medicinischer Atlas. Sammlung photographischer Bilder aus dem Gesamtgebiet der klinischen Medicin. 4. Lieferung. Fischer & Co. Cassel 1895.

Die vorliegende Lieferung enthält 11 Abbildungen von Tumoren am Kopfe (Carcinom der Gesichtshaut, der Lippe; Lymphangiom der Lippe, Makroglossie, Noma u. s. w.) aus der Klinik von Mikulicz. Die Abbildungen sind vorzüglich, der begleitende Text ausreichend, das Ganze für den Unterricht von hohem Werthe. Heute dürfte jede chirurgische Klinik, wie die des Ref., im Besitz einer ähnlichen Sammlung aus dem eigenen Beobachtungsmaterial für Lehrzwecke sein.

Helferich.

5.

Klaussner, Verbandslehre. II. Aufl. Rieger'sche Buchhandlung. München 1895.

Dieses Buch ist durch eine kurze, präzise Darstellung und eine sehr grosse Anzahl meistens vorzüglicher Abbildungen ausgezeichnet. Es ist für Studirende und Aerzte sehr zu empfehlen, da es sich darum handelt, nicht allein theoretisch gebildete, sondern auch technisch geschickte Aerzte heranzubilden.

Helferich.

6.

Sonnenburg, Pathologie und Therapie der Perityphlitis.
II. Aufl. Leipzig, F. C. W. Vogel. 1895. Preis 5 M.

Das vorliegende Buch ist eine Erweiterung der in dieser Zeitschrift (Bd. XXXVIII) zuers erschienenen Aufsätze, und schon deshalb von Interesse, weil Sonnenburg die frühzeitige chirurgische Behandlung der Perityphlitis besonders vertreten hat und in Deutschland wohl über die grösste Zahl einschlägiger Operationen verfügt. Es verdient hervorgehoben zu werden, dass Sonnenburg seine Anschauungen und Vorschläge vielfach modificirt und corrigirt hat; die vorliegende Arbeit entspricht seinen neuesten Erfahrungen.

Mit Recht unterscheidet Sonnenburg unter dem Sammelnamen „Perityphlitis“ verschiedene anatomische Befunde, welchen seiner Meinung nach auch differenzirbare klinische Bilder entsprechen. Er schliesst sich der modernen Bezeichnungsweise in der Hauptsache an, indem er unterscheidet:

- I. Appendicitis simplex catarrhalis,
 1. acute, chronische, obliterirende, cystische Form,
 2. eitrig-katarrhalische Form (Empyem).
- II. Appendicitis perforativa suppurativa,
 1. mit Periappendicitis infolge Durchbruch eines Kothsteins oder Platzen eines Empyems,
 2. mit allgemeiner Peritonitis infolge der Perforation.
- III. Die aus einer der beiden genannten Formen sich entwickelnde Appendicitis gangraenosa,
 1. ohne Perforation des Appendix meist mit diffuser septischer Peritonitis,
 2. im Anschluss an eine beginnende Perforation mit circumscripter oder diffuser Peritonitis.

Sonnenburg meint, dass der Katarrh des Wurmfortsatzes (Form I) klinisch charakteristische Erscheinungen mache: Attacken von leichten Schmerzen (Colica appendicularis) oder gleichzeitiges Auftreten eines schmerzhaften Tumors in der Ileocöcalgegend; dabei leichte Temperaturerhöhung, Stuhlverstopfung, geringe Störung des Allgemeinbefindens. Doch fehlen „wesentliche“ Aenderungen von Puls und Temperatur bei den Anfällen.

Die perforirende Entzündung, welche aus dem Katarrh hervorgehen kann, ist nach Sonnenburg sehr charakteristisch durch die Entstehung einer schmerzhaften Resistenz in der Ileocöcalgegend unter Fieber und stürmischen Erscheinungen, dem plötzlich entstehenden Schmerz, Erbrechen mit Diarrhoe oder Obstipation.

Für die Praxis ist vor zu eifriger Schematisirung zu warnen. Die klinischen Bilder, wie der pathologisch-anatomische Befund, bieten eine allzugrosse Mannigfaltigkeit. So giebt es z. B. sicher periappendiculäre (peritonitische) Abscesse bei einfach katarrhalischer (nicht eiteriger) Appendicitis. Referent ist entgegen der Ansicht Sonnenburg's der Meinung, dass unter den Fällen perityphlitischer Erkrankung die einfache katarrhalische Form zur Zeit nicht mit Sicherheit diagnosticirt werden kann,

und dass die grosse Masse der Fälle von Perityphlitis eiterige, perforative oder periappendiculäre u. s. w. Complicationen des Wurmfortsatz-Katarrhs darstellt.

Wenn Sonnenburg bei der eiterigen Entzündung für eine frühzeitige Operation plaidirt, so kann man nur beistimmen. Die Operation ist dann bei correcter Ausführung ungefährlich und giebt natürlich um so bessere Resultate, je weniger Complicationen (Verwachsungen u. s. w.) eingetreten sind.

Dass die Perforativ-Peritonitis weniger durch die primäre Perforation des Appendix, als vielmehr secundär durch Perforation eines periappendiculären Abscesses entsteht, bestätigt Sonnenburg nach seinem eigenen Material.

Die therapeutischen Grundsätze, welche Sonnenburg jetzt zur Geltung bringt, weichen nicht wesentlich von denjenigen anderer Chirurgen ab. Von der zweizeitigen Operation ist Sonnenburg zurückgekommen. Der Punction schreibt er keinen Werth zu, zuweilen sei sie direct gefährlich. Bauchbrüche fand Sonnenburg unter seinen darauf hin untersuchten Fällen in der Hälfte. Er tamponirt die Wunde nach Verschluss der Peritonealwunde und extraperitonealer Versorgung des Appendixstumpfes, und lässt sie mit Vorliebe granuliren, in der Meinung, dass dadurch eine festere Narbe erzeugt werde. Die Hautwunde verlegt er etwas lateral von der Muskelwunde und glaubt, auch dadurch der Entstehung von Bauchbrüchen entgegenzuarbeiten. Wenn Sonnenburg bei der Operation älterer perityphlitischer Abscesse den Rath giebt: „man sollte nicht eher ruhen und rasten“, bis man den Appendix aufgefunden und zur Exstirpation (eventuell seiner Reste) freigelegt hat, so werden nicht alle Chirurgen gleicher Meinung sein. Denn trotz der von Sonnenburg angeführten theoretischen Bedenken, heilt doch sicher die grösste Zahl dieser perityphlitischen Abscesse definitiv und ohne Erregung von Recidiven, auch wenn der Appendix nicht extra aufgesucht und exstirpirt wird.

Helferich.