

Die
Elephantiasis Graecorum
in den Ostseeprovinzen Russlands.

Inaugural-Dissertation

welche

mit Bewilligung der Hochverordneten Medicinischen Facultät

an der Kaiserlichen Universität zu Dorpat

zur Erlangung

des

Doctorgrades

öffentlich vertheidigen wird

Carl Rogenhagen,

Livländer.

Dorpat, 1860.

Druck von Schümanns Wittve u. C. Mattiesen.

I m p r i m a t u r

haec dissertatio ea conditione ut, simulac typis exorsa fuerit, numerus exemplorum lege praescriptus tradatur collegio ad libros explorandos constituto.

Dorpati Livon. d. XXVI mensis Februarii a. MDCCLX.

N 48.
(L. S.)

Dr. Buchheim,
ord. med. h. t. Decanus.

D 22551

Auf den Rath des hochgeehrten Profsssors Dr. Adelmann habe ich vorliegendes Thema, das vor dreissig Jahren hier Gegenstand der Bearbeitung gewesen, einer neuen Untersuchung unterworfen. Wie schwer es ist aus einer geringen Anzahl von Krankheitsfällen eine vollständige Beschreibung der Krankheit zu liefern, aus nur geringen Beobachtungen, die sich auf die Verhältnisse unserer Landbewohner, vorzüglich in Rücksicht ihrer Lebensweise und der schädlichen, zu der in Rede stehenden Krankheit disponirenden Momente beziehen, die Ursache der Krankheit, und das Vorkommen gerade in unseren Verhältnissen zu bestimmen, brauche ich nicht anzuführen. Weiteren Forschungen wird es überlassen bleiben das Angeführte zu bestätigen oder zu verwerfen. — Indem ich diese Abhandlung meinen hochgeehrten Professoren zur milden Beurtheilung übergebe, sage ich Ihnen zugleich meinen aufrichtigen Dank. Insbesondere muss ich dem Herrn Professor Dr. Adelmann, meinem geliebten Lehrer, der bei der Bearbeitung vorliegenden Themas mich stets freundlichst unterstützt hat, meinen innigsten Dank darbringen.

Der Aussatz, der im Mittelalter in Europa so grosse Verwüstungen angerichtet, ein Gegenstand des grössten wissenschaftlichen Interesses war, ist jetzt bedeutend geschwunden; erhalten hat sich die Krankheit jedoch noch in einzelnen Gegenden Europas, als auch der übrigen Welttheile, woselbst sie, mit den verschiedensten Namen belegt, wieder Gegenstand der wissenschaftlichen Forschung geworden ist.

In Europa finden wir die Krankheit in Norwegen unter dem Namen Spedalskhed, ferner in Holland und Belgien, in Frankreich in der Umgegend von Marseille, in Spanien an dem Gestade des Mittelländischen Meeres, in Italien in den Poniederungen als Aussatz von Commacchio (mal di formica und mal di fegato), ferner in Griechenland und Russland. Im letztgenannten Lande finden wir die Krankheit in Finnland, in den Ostseeprovinzen, ferner unter dem Namen Lepros taurica in der Krim, in der Umgegend von Astrachan, und an den Ufern des Jaikflusses. Der Zweck meiner Arbeit ist die Krankheit zu schildern, wie sie in den Ostseeprovinzen zur Beobachtung kommt, ehe ich jedoch daran gehe, muss ich Folgendes vorausschicken.

Was das erste Auftreten dieser Krankheit in unseren Gegenden betrifft, so ist es unmöglich die Zeit, die vielleicht in weite Ferne gerückt ist, zu bestimmen. Dem Professor Dr. Struve, aus Holstein an die hiesige Universität berufen, kommt das Verdienst zu, diese Krankheit zuerst an das Licht gebracht und einer wissenschaftlichen Bearbeitung unterworfen zu haben. Die ersten Arbeiten über diese Krankheit erschienen an unserer Universität unter seiner Leitung in den Jahren 1824 bis 28. Diese Arbeiten sind folgende:

1) Meyer. Quaedam de morbo leproso inter rusticos esthonus endemico, Revaliae Esthonorum 1824.

2) Allbrecht. De diagnosi esthonicae leprae cutaneae. Dorpati Liv. 1825.

3) de Brandt. De leprae in membrana faucium, narium, nec non oris mucosa obviae diagnosi Rigae 1825.

4) Brehm. Nonnulla de elephantiasi nodosa universalis in Livonia et Esthonia obvia. Dorpati Liv. 1828.

Was diese Arbeiten anlangt, so kann man aus ihnen unmöglich ein wahres Bild der hier vorkommenden Elephantiasis Graecorum erhalten. Den Verfassern derselben hat die Marschkrankheit vorgeschwebt, und in der Struveschen Anschauung abgefasst, dass die Marschkrankheit zu den aussatzartigen Krankheiten zu rechnen sei, gehören die, in den angeführten Dissertationen geschilderten Krankheitsfälle, allerdings zum Aussatze. Da es nun aber hinlänglich erwiesen ist, dass die Marschkrankheit, wie die Radesyge in Schweden, syphilitischer Natur sind, Meyer in seiner Dissertation Seite funfzig die lepröse Krankheit Esthlands den genannten Krankheiten gleichhält, so muss man nach der jetzigen Anschauung der Sache den geschilderten Krankheitsfällen eine syphilitische Natur zuschreiben, sie eher für Syphilis modificata als Elephantiasis Graecorum halten. Betrachtet man genauer die in diesen Arbeiten angeführten Krankengeschichten, so findet man theils Krankheiten geschildert, denen jedes charakteristische Symptom der Elephantiasis Graecorum abgeht, und die unbedingt der Syphilis zuzuzählen sind, theils Hautkrankheiten angeführt, die zur Psoriasis zu zählen sind. Von Wichtigkeit für uns sind jedoch fünf ausgesprochene Fälle von Elephantiasis tuberculosa; der sechste Fall von Meyer und vier Fälle von Brehm angeführt. Diese Fälle von Elephantiasis Graecorum sind theils in Esthland, theils in Livland zur Beobachtung gekommen. Ueber das Auftreten dieser Krankheit in Curland berichtet uns Dr. Bolschwing in seiner Schrift „Syphilis und Aussatz 1839“, in der er uns sechs Krankengeschichten von Elephantiasis Graecorum giebt. Die Formen, unter denen er die Krankheit dort beobachtet hat, sind folgende:

1) Aussatzgeschwüre an den Extremitaeten ohne Affection der Mund- und Nasenschleimhaut.

2) Tubercelbildung im Gesichte und auf der Oberfläche

des Körpers mit partieller Exulceration und Schleimhautaffection.

3) Verschwärung und Abfallen einzelner Gliedmassen, während die übrigen Körpertheile ziemlich verschont bleiben. Die *Lepra vulgaris* von Willan hat Verfasser nie rein beobachtet.

Unterwirft man diese von genannten Autoren betrachteten, wie die in meiner Arbeit der Oeffentlichkeit übergebenen Fälle, einer gerechten Kritik, so unterliegt es keinem Zweifel, dass die *Elephantiasis Graecorum* hier in den Ostseeprovinzen vorkommt; somit fällt denn der Einwurf, der sehr häufig von Aerzten gemacht wird, die allerdings nicht sehr genau mit der Krankheit bekannt zu sein scheinen, weg, man habe es in den in Rede stehenden Fällen nur mit modificirter Syphilis zu thun.

Indem ich im Laufe meiner Arbeit auf die differenzielle Diagnostik beider Krankheiten zurückkommen werde, will ich hier nur einige Worte über das Verhältniss der Syphilis zum Aussatze sowol bei uns als in anderen Ländern, wo die Krankheit beobachtet wird, anführen.

Wie bei uns neben Aussatz modificirte Syphilis vorkommt und Veranlassung zu Täuschungen geben kann, so finden wir es auch in den übrigen Ländern Europas, wo die Aehnlichkeit dieser beiden Krankheiten so gross sein kann, dass die Einen Syphilis, die Andern *Elephantiasis* herausfinden, wobei jedoch der Umstand nicht zu vergessen ist, dass die Einen diese, die Andern jene Krankheit vorzüglich sich zur Beobachtung stellten, und bald diese bald jene Krankheit finden wollten. So sehen wir dieses in der Krankheit *Scarliewo* genannt, welche Jenniker und Sigmund für Syphilis, Michachelles für Aussatz hält. Diese verschiedene Anschauung ist wahrscheinlich nur dadurch zu erklären, dass die Krankheit entweder eine *Complication* der *Elephantiasis* mit Syphilis ist, oder neben modificirter Syphilis in derselben Gegend auch *Elephantiasis Graecorum* zu Gesichte kommt, wie wir dieses auf der Scandinavischen Halbinsel sehen, wo neben der aussatzartigen *Spedalskhed* die syphilitische *Radesyge* herrscht. Diese beiden Formen von Holst für Aussatz gehalten, wurden von Hünefeld getrennt, welcher letzterer Form die syphilitische Natur zuerkannte.

Hieraus leuchtet hervor, wie nahe sich beide Krankheiten berühren, und doch bei genauer Diagnose wieder getrennt werden können.

Somit geht denn meine Ansicht dahin, dass die Elephantiasis Graecorum bei uns ohne Zweifel vorkommt, neben dieser Krankheit die modificirte Syphilis allerdings noch häufiger anzutreffen ist. Wie weit Complicationen beider Krankheiten hier vorkommen, ist bei der geringen Zahl von Objecten, die der Beobachtung dienen, schwer zu entscheiden. Aufgefallen ist mir auf meinen Reisen, die ich im Interesse dieser Arbeit in Livland unternommen, dass der esthnische Bauer am Ostseestrande für beide Krankheiten verschiedene Namen hat. Er nennt die Ebph. Gr. „Maa allust“ (aus der Erde entsprungen) während er Syphilis „kurri toebbi“ (böse Seuche), „sant haigus“ (schlechte Krankheit) oder „Prant-susse haigus“ (französische Krankheit) nennt. Dieser Umstand liefert mir den Beweis, dass die Elephantiasis Graecorum in ausgeprägter Form, und seit langer Zeit unter dem Landvolke dieser Gegend geherrscht haben muss.

Was die Verbreitung dieser Krankheit in Livland anlangt, so lässt sich darnach, was ich selbst auf meinen Reisen gesehen und von Stadt- und Landärzten erfahren, Folgendes anführen. Meine erste Reise erstreckte sich von Dorpat längst des Embachflusses über die Güter Kawershof und Kawast nach dem Gute Allatzkiwwi am Peipussee gelegen. Ich besuchte alle Stranddörfer südlich von Allatzkiwwi bis nach Tschernaja derewna, nördlich vom genannten Gute bis zum Gute Kokora, dessen Gebiet ich auch durchforschte. Ich versprach mir von dieser Reise viel, da man mir in Dorpat gesagt, dass namentlich diese Gegend reich an Leprösen sei. Die Ergebnisse meiner Nachforschungen entsprachen jedoch nicht meinen Hoffnungen. Auf Nachfrage und Beschreibung dieser Krankheit theilten mir die Landbewohner mit, sie kennen eine solche Krankheit nicht, sie komme bei ihnen nicht vor. Trotzdem untersuchte ich die Gegend genau, wobei mir denn auch ein Fall aufstiess, dessen Beschreibung ich in dem fünften Krankheitsfalle gegeben habe. Zu berücksichtigen war jedoch der Umstand, dass die grösste Zahl der männlichen Bewohner ihre Dörfer für die Sommerzeit verlassen hatte, um sich in der Fremde Arbeit zu

suchen. Auf dem Gute Kokora, das der Klinik zu Dorpat vor einigen Jahren mehrere Fälle geliefert, erfuhr ich, dass dieselben Kranken mit Tode abgegangen; neue Fälle konnte ich nicht finden. Somit gab mir denn diese Reise die Ueberzeugung, dass auch hier, in einer Gegend wo die Fälle von Elephantiasis Graecorum so zahlreich sein sollen, diese nur sehr zerstreut und spärlich vorkommen. Nach einiger Zeit wurde mir mitgetheilt, dass namentlich die im Peipus gelegene Insel Kidjerw (Porka) reich an diesen Krankheitsfällen sei, leider erlaubte es mir meine Zeit nicht mich persönlich davon zu überzeugen. Dem, der sich für diese Krankheit interessirt, zeige ich damit den Weg an wo er Material für seine Studien finden könnte.

In der Umgegend des Wirzjerws ist die Krankheit dem Bauer wie dem Gebildeten völlig unbekannt.

Die dritte Gegend, die ich besuchte, war der Ostseestrand, südlich von Pernau, hier fand ich auf dem Gute Gntmannsbach zwei Fälle, und auf dem Gute Orrenhof einen Fall. Nach Aussage der Strandbewohner soll diese Krankheit für die sie, wie angegeben, einen besondern Namen haben, in dieser Gegend häufig vorkommen. Bestätigt wurde mir dieses von dem Staatsrath Dr. Landesen in Pernau, dem vor Jahren im Pernauschen Kreise zahlreiche Fälle zu Gesicht gekommen sind. So hat er, ungefähr vor zwölf Jahren, auf dem Gute Saarenhof, siebenzig Werst südlich von Pernau gelegen, fünfzehn Kranke mit Elephantiasis Graecorum behaftet zu gleicher Zeit in Behandlung gehabt. Die Gutsverwaltung hatte damals den Kranken ein Leprahaus eingerichtet. In den letzten Jahren sind diese Fälle seltener geworden. Vor zwei Jahren hat der Herr Dr. Landesen den letzten Fall an der esthländischen Grenze beobachtet. Meine Nachforschungen nach diesem Kranken ergaben, dass selbiger mit Tode abgegangen.

Somit habe ich denn gefunden, dass die Elephantiasis Graecorum in Livland an dem Ostseestrande am häufigsten anzutreffen ist, tiefer ins Land hinein seltner und zerstreuter gefunden wird. Dieses stimmt mit den Angaben des Dr. Bolschwing überein, der die Krankheit in Kurland vorzüglich an dem Dondangenschen Strande beobachtet hat.

Nachdem ich dieses vorausgeschickt, beabsichtige ich

in folgenden Blättern eine kurze Beschreibung der Krankheit zu geben, wie man sie hier beobachtet, mit Berücksichtigung der aetiologischen Verhältnisse, Diagnose, Verlauf und Behandlung; ferner dieser Abhandlung anzuschliessen eine Anzahl von Krankheitsfällen, die ich theils auf meinen Reisen gesehen, theils auf der hiesigen Klinik mit erlebt habe. Ich muss jedoch hier bemerken, dass ich einige Fälle, die hier auf der Klinik vorkamen, und vom Herrn Professor Dr. Adelman n bereits in seinen klinischen Beiträgen, Bd. III. 1852 der Oeffentlichkeit übergeben, in meine Arbeit in Kürze aufgenommen, um ein vollständigeres Bild dieser Krankheit zu liefern.

Beschreibung der Krankheit.

Die Elephantiasis Graecorum kommt bei uns in zwei zu sondernden Formen vor, als Elephantiasis Graecorum tuberculosa und Elephantiasis Graecorum anaesthetos. Häufig findet man diese beiden Formen mit einander verbunden. Da dieselben sich wesentlich von einander unterscheiden, ist es nothwendig dieselben gesondert abzuhandeln.

Elephantiasis Graecorum tuberculosa.

Diese Krankheitsform, die hier immer einen chronischen Verlauf hat, beginnt mit grosser Mattigkeit, Neigung zum Schlafe, Verstimmung des Gemüths, und Störung der Verdauung. Gleichzeitig klagen Patienten über umherziehende Schmerzen. Nachdem diese Symptome längere oder kürzere Zeit gedauert, brechen mit Fiebererscheinungen an verschiedenen Theilen des Körpers, besonders im Gesichte und an den Extremitäten Flecken aus von rother Farbe und von der Grösse einer Linse; sie verschwinden unter dem Fingerdrucke, und sind von unregelmässiger Form. Im Verlaufe einiger Zeit verschwinden diese Flecken, um aufs neue mit grösserer Intensität auszubrechen, worauf sie sich abrunden, eine dunklere Farbe annehmen, und stationär werden. Mitunter fliessen diese Flecken zusammen, können dann grössere Flächen einnehmen, sind von unregelmässiger Form und dunkler, schwärzlicher Farbe. Diese Flecken findet man

gewöhnlich an den Extremitäten, seltner am Rumpfe und nie im Gesichte. — Stationär werden die Flecken zuerst im Gesichte und zwar an der Stirne in der Gegend der Augenbrauen, später an den Extremitäten und auf dem übrigen Körper, und zwar an der Rückenfläche der Hände, Arme und Füße, an der vordern Seite des Unterschenkels und an der äussern des Oberschenkels. Die Augenbrauen und die Haare der erkrankten Hautstellen fallen aus. Jetzt nehmen die Flecken allmählig an Volumen und Consistenz zu, und es bilden sich aus ihnen bald isolirte Hautknoten von bräunlicher Farbe, von mehr flacher oder halbkugeliger Form, bald zusammenfliessende Hautknoten, die grössere Platten darstellend, bald einen Schenkel, bald einen Arm einnehmen können. Die Hautknoten vergrössern sich dann immer mehr, gehen im weiteren Verlaufe des Leidens in Erweichung über, öffnen sich dann und bilden ziemlich tiefe Geschwüre mit jauchigem Sekret, das sich zu dunkelbraunen Krusten verhärtet. Die Lymphdrüsen des Halses, der Achsel und der Leistengegend unterliegen einer Entzündung, die gewöhnlich eine Anschwellung derselben zurücklässt. Mitunter können die Drüsen in Verjauchung übergehen, vernarben oder Abscesse zurücklassen.

Was die Veränderung der Haut anlangt, so wird das Corium bei normaler Epidermis infiltrirt, verdickt, es wird fest und verliert seine Elastizität. Diese Infiltration erstreckt sich bis in das unterhäutige Bindegewebe, und ist gewöhnlich schon beim Beginn der Krankheit an den unteren Extremitäten bemerkbar. Diese nehmen durch diese Infiltration bald an Volumen zu, sind hart und fest anzufühlen und beim Drucke von verminderter Empfindlichkeit. Mitunter empfinden Patienten in diesen afficirten Extremitäten sehr starke Schmerzen. Die Schweisssekretion findet nur statt an den Stellen, die von den Hautknoten befreit sind; die Sekretion der Talgdrüsen ist vermehrt, so dass Patienten ein glänzendes Ansehen darbieten.

Die Veränderungen auf der Schleimhaut des Rachens sind folgende. Auf der Zunge, auf der innern Fläche der Wangen, auf dem harten und weichen Gaumen, auf dem Zäpfchen und den Mandeln findet man blassrothe Flecken und weiche, flache, heller als die Schleimhaut gefärbte Tu-

berceln, welche sehr leicht in Verschwärung übergehen. Die entstandenen Geschwüre können mit Zurücklassung einer Narbe ohne weitere Zerstörungen heilen, können aber auch mitunter so tief und weit um sich greifen, dass sie, ähnlich den syphilitischen Geschwüren, den ganzen genannten Theil zerstören. Diese weit um sich greifenden Zerstörungen des Rachens sind mir nicht zu Gesicht gekommen. In den Fällen, in welchen ich Tuberceln *auf der Schleimhaut beobachtete, waren sie theils noch nicht in Ulceration übergegangen, oder hatten zahlreiche, stecknadelkopfgrosse, weissliche Narben, mit denen die Schleimhaut bedeckt war, zurückgelassen. Bilden sich im Laufe der Krankheit Tuberceln in dem Larynx, werden die Ligamenta thyreo-arytaenoidea von der tuberculösen Masse infiltrirt, so wird die Stimme heiser, die Respiration behindert. Hat das Leiden manche Jahre gedauert, so ist Bronchialkatarrh ein stäter Begleiter. Auch auf der Nasenschleimhaut, gewöhnlich an dem Septum, können sich Tuberceln und Geschwüre bilden, die sich mit dicken Krusten bedecken und die Nase verstopfen. Eine deutliche Nasalsprache findet man gewöhnlich dann bei diesen Kranken. Die Geschwüre können das Septum zerstören, und die Nase zum Einsinken bringen.

Die exquisiten Veränderungen am Auge, wie Daniels-
sen und Boeck sie in dieser Krankheit in Norwegen beobachtet, habe ich nicht Gelegenheit gehabt zu sehen. Die pathologischen Veränderungen, die ich hier angetroffen, beschränkten sich auf Atrophie der Augenlider mit En und Ectropium. Pannus und ein entzündlicher Zustand der Conjunctiva bulbi fehlte dann selten.

Die Hautknoten, die bald in grösserer bald in geringerer Anzahl am Kranken vorkommen, können verschieden sein nach Form, Grösse, Farbe, Consistenz und Verlauf. Sie sind bald platt, wo sie dem Druck ausgesetzt sind, bald vorspringend, bald isolirt, bald zusammenfliessend. Die Grösse kann wechseln zwischen der einer Erbse bis zu der einer Nuss. Die Farbe spielt zwischen schwach violett und dunkelbraun. Auf dem Rumpfe sind sie von weicherer, auf dem Gesichte und den Extremitäten von härterer Consistenz. Man findet die Hautknoten, die Kopfhaut die Fusssohle und die innere Fläche der Hand ausgenommen, auf dem ganzen Körper. Was den

Verlauf anlangt, so können sie unverändert Jahre lang bestehen, ohne dem Patienten viel Beschwerde zu bereiten, oder sie gehen in Erweichung über und bilden Geschwüre, die sich mit dicken braunen Borken besetzen und oft sehr allmählig der Heilung entgegengehen. Sind die erweichten Tuberceln mit einer Narbe geheilt, gehen andere denselben Prozess ein; somit kann man an solchem Patienten ein Complex von offenen Geschwüren, harten Tuberceln und Narben sehen. Die Narben die nach der Verschwärung der Hautknoten zurückbleiben, sind von regelmässiger Form und Oberfläche, von weisser Farbe, mässiger Consistenz und ein wenig unter der Oberfläche der Haut. Wird Patient einer passenden Behandlung unterworfen, so können sich die Hautknoten bedeutend zurückbilden. Diese Rückbildung finden wir auch dann, wenn zur tuberculösen Form die anaesthetische sich gesellt, und das Uebergewicht über die tuberculöse Form gewinnt.

Ausser den Geschwüren, die sich aus den Hautknoten bilden, findet man noch andere, die von diesen verschieden, sich in der infiltrirten Haut der untern Extremitäten bilden. Diese Geschwüre sind von unregelmässiger Form, mit callösen, oft eingebuchteten Rändern, mit bald grösserer bald geringerer Sekretion, mit sehr geringer Neigung zur Heilung. Die Umgegend dieser Geschwüre ist hart und von livider Farbe.

Mit diesem Leiden behaftet können Patienten sich Jahre lang, den Mitmenschen zur Last, hinschleppen, bis sich endlich ein cachectischer Zustand ausbildet, und Patienten dem Marasmus und colliquativen Diarrhöen unterliegen.

Ehe ich an die Beschreibung der zweiten Form dieser Krankheit gehe, will ich noch in Kürze Einiges über die microscopische Untersuchung der Haut wie der Tubercelmasse anführen. Da ich leider selbst, wegen Mangel an Objecten die microscopische Untersuchung betreffender Theile nicht habe machen können, muss ich mich an die Untersuchungen von Danielssen und Boeck und Simon halten.

Die Haut hat ihre Faserung verloren, und stellt eine homogene Masse dar. Die Schweissdrüsen sind verschwunden, nur der Ausführungsgang der die Epidermis durchbricht, ist unversehrt. Die Haarfollikel sind zum Theil zer-

stört, die Haarscheide erscheint wie benagt. Die Talgdrüsen sind bisweilen entzündet. Die Flecken, und die sich aus ihnen bildenden Hautknoten werden gebildet von einer durchsichtigen, hellgelben Grundmasse, die sich nach verschiedenen Seiten spaltet um ein Fasernetz zu bilden, in dem man eine Masse kleiner Körner bemerkt, Fetttröpfchen und verunstaltete Blutkörperchen trifft man mitunter ferner in demselben an. Untersucht man den Tubercel in späteren Stadien, wo die Farbe ins bräunliche spielt, so findet man in der gelblichen Grundmasse eine Unzahl von länglichen Zellen, welche aus einer Membran und einem Kern bestehen, der die Zelle nicht ganz ausfüllt, so dass zwischen Membran und Kern ein leuchtender Ring nachbleibt. Ausserdem findet man in dem Kern noch mehrere Körnchen von dunkler Farbe. In Wasser ist die Zelle unveränderlich, in Essigsäure wird die Zellenmembran durchsichtig, und löst sich nach einigen Stunden auf. Der Zellenkern und die Körnchen werden etwas heller, bewahren aber ihre Gestalt. Sind die Tuberceln in Erweichung übergegangen, so bilden sie eine weiche, gelbe, amorphe, homogene Masse, in der man hin und wieder einen Kern der zerstörten Zelle und einige erweichte Körnchen findet. Spuren der normalen Haut, oder ihrer Elemente sind nicht anzutreffen. Behandelt man die erweichte Masse mit Essigsäure so bilden sich zahlreiche Flocken, welche aus coagulirtem Eiweiss zu bestehen scheinen.

Simon fand die Hautknoten aus zwei Schichten zusammengesetzt, aus einer äussern weicheren und einer tieferen festeren. Die äussere Schicht, unmittelbar unter der Epidermis gelegen, bestand aus einem Maschenwerk von Bindegewebefasern, in dem sich zahlreiche rundliche Körner mit einem oder mehreren Kernchen befanden. Der Durchmesser der Körner betrug $\frac{1}{300}$ ". Die zweite Schicht bestand fast ganz aus Bindegewebe, dessen Faserbündel beinahe so genau, wie in der Lederhaut, untereinander verflochten waren. Hie und da fand man in dieser Schicht kleine gelb-bräunliche, hirsekorn-grosse Klümpchen, die aus denselben Körnern, wie in der ersten Schicht bestanden.

Elephantiasis Graecorum anaesthetos.

Diese Form hat gleichfalls einen chronischen Verlauf. Die Vorläufer sind ähnlich wie in der vorigen Form. Die Kranken sind verstimmt, haben ein leidendes, bleiches Gesicht, werden häufig von starkem Frösteln befallen. Nachdem diese Symptome längere Zeit gedauert, brechen plötzlich an verschiedenen Theilen des Körpers, namentlich an den Gelenkstellen Pemphigusblasen aus von der Grösse einer Nuss bis zu der eines Taubeneies. Diese Blasen sind zur Hälfte durchsichtig und erfüllt mit einer milchigen, klebrigen Flüssigkeit. Nachdem dieselben einige Stunden gestanden, platzen sie, und lassen ein rothes, meist rundes Geschwür zurück, welches längere Zeit eine klebrige Flüssigkeit secerniren kann, und sich dann mit Krusten bedeckt, unter welchen das Geschwür mit einer runden, weissen Narbe heilt. Mitunter ist die Secretion dieser Geschwüre eine sehr geringe, das Sekret trocknet ein, und überzieht die wunde Fläche mit einem dünnen glasigen Ueberzuge, welche dann in kurzer Zeit, ohne Zurücklassung einer Narbe, heilen kann. Dieser Fall ist der seltneren, gewöhnlich bestehen diese Geschwüre Wochen und Monate, vernarben dann, um anderen Platz zu machen. Hat die Krankheit schon Jahre gedauert, ist die Anaesthesie schon in hohem Grade ausgebildet, so zeigen die Geschwüre eine sehr geringe Neigung zur Heilung. Dieselben sind oberflächlich, erscheinen durch den dicken wulstigen Rand etwas concav, der Grund, ganz ohne Granulationen, von dunkelrother Farbe, ist mit einem dünnen glasigen Ueberzuge bedeckt.

Geschwüre dieser Art, die ich an einem Kranken gesehen, waren von der Grösse eines SRbls und grösser, und hatten, ehe ich sie zu Gesicht bekommen, schon Monate ohne wesentliche Veränderung gedauert.

Zu den Vorläufern dieser Form gehören ferner Flecken ganz eigener Art, die nicht immer angetroffen werden, sind sie aber da, immer die anaesthetische Form ankündigen. Diese Flecken, von der Grösse eines zwanzig Kopekenstücks bis zu der einer flachen Hand, sind weisser und von grösserer Consistenz, als die umgebende Haut, mit der-

selben in gleicher Ebene, von irregulärer Form und verminderter Empfindlichkeit (Gangraena alba?). Diese Flecken können früher dasein als die Pemphigusblasen, ja angeboren sein, wie Fall drei zeigt, und durch die ganze Krankheit bestehen. Mit der Zeit sollen sich aus diesen weissen Flecken nach Angabe des Patienten, an dem ich dieselben beobachtet, Geschwüre bilden, die sehr allmählig heilen.

Haben die geschilderten Symptome einige Zeit bestanden, so bildet sich an irgend einem Theil des Körpers Hyperaesthesie aus, welche von periodischen Frostanfällen begleitet wird. Diese Hyperaesthesie kann grosse Flächen einnehmen: die Extremitäten, das Gesicht, und ist mit starken Schmerzen verbunden. Das Gehen, Greifen, fällt dem Patienten schwer, der Appetit schwindet und der Körper magert ab. Nachdem diese Zustände Monate gedauert, schwindet die Hyperaesthesie und lässt verminderte Sensibilität zurück, die bis zur vollständigen Anaesthesie führen kann. Diese nimmt die früher von der Hyperaesthesie befallenen Theile ein, ergreift die unteren und oberen Extremitäten allmählig hinaufsteigend bis zum Kreuz und zu den Schultern. Die Haut verliert dabei ihren Turgor, sie wird trocken, pergamentartig, verliert ihre Elastizität. Die Sekretion der Schweiss und Talgdrüsen ist geschwunden, in Folge dessen auch die Feuchtigkeit und der Glanz der Haut. Die Anaesthesie beschränkt sich nicht nur auf die äussere Haut, sie kann auch tiefer gehen, in das Zellgewebe bis in die Muskeln; tiefe Einstiche mit einer Nadel, Einschnitte, Verbrennung empfindet Patient nicht. Mit dieser Anaesthesie ist verbunden eine Schwäche des Muskelgeföhls. Patient bekommt einen unsicheren Gang, kann mit der Hand nichts halten; so sah ich einen Kranken, der sein Trinkgefäss nur zum Munde führen konnte, wenn er mehrere Finger in den Griff des Gefässes steckte, und dasselbe durch seine eigne Schwere ruhen liess. In einem andern Fall sah ich, wie ein Kranker sich seine Hand am Ofen verbrannt hatte, ohne nur die geringste Empfindung dabei gehabt zu haben.

Mit der ausgebildeten Anaesthesie ist nothwendig eine Abmagerung verbunden, die sich auch im ganzen Körper ausspricht, und vorzüglich dort auftritt, wo die Anaesthesie am stärksten ausgebildet war, so an den Extremitäten.

Das Gesicht ist abgemagert, bleich, die Haut liegt in zahlreichen Falten. Die Augenlider haben ihren Turgor verloren, das obere hängt schlaff herab, am untern bildet sich Ectropium mit vermehrter Thränensecretion. Die Conjunctiva bulbi ist injecirt mit vermehrter Secretion, die jedoch mit der Zeit schwindet und vollständige Trockenheit des Auges zurücklässt. Hat die Anaesthesia längere Zeit in den Händen gedauert, so erlahmen die Finger und krümmen sich; der Rücken der Hand, in höchstem Grade abgemagert, erscheint platt, die ersten Phalangen befinden sich in der Extension, während die andern flectirt sind, so dass die untere Fläche der Hand convex, die obere concav erscheint. Die Zehen nehmen dieselbe Flexion an. Hat diese einige Zeit gedauert, so wird sie so stark, dass sie keiner Gewalt mehr weicht.

Neben diesen Erscheinungen finden wir an den unteren Extremitäten noch einige, die auf den bestehenden paralytischen Zustand zurückzuführen sind. So beobachtet man häufig, wenn das Leiden schon längere Zeit gedauert hat, verschiedene Verunstaltungen und Verkrümmungen an den Füßen: Klumpfuß. Ferner bilden sich an den Füßen: an der Sohle, unter den Knöcheln und andern Theilen, (os cuboid., Calcaneus, os metatars prim.) schmerzhafte Stellen aus, die bald Fluctuation zeigen, und in Geschwüre übergehen, die anfangs von bedeutender Secretion sind; ist das Zellgewebe zerstört, die Muskulatur blosgelegt, so lässt die Secretion nach, und die blosgelegten blassen Muskeln erscheinen von einer dünnen eitrigen Flüssigkeit bedeckt. Im weiteren Verlaufe der Krankheit können auch die Muskeln zerstört werden, und die Geschwüre, nachdem sie bis auf die Knochen gedrunen, dieselben afficirt und aus ihren Gelenkverbindungen gelöst und ausgestossen, mit eingezogenen Narben heilen. Was die Form dieser Geschwüre anlangt, so ist sie keine bestimmte, bald ist sie irregulär, bald rund, bald länglich. Ebenso verhält es sich mit den Rändern, die bald unterminirt und von der macerirten, eingezackten Haut gebildet werden, bald dick und callös sind, mit starker Infiltration in der Umgegend. Sind mehrere Fussknochen ausgestossen, so kann der Fuss die verschiedenartigsten Verbildungen eingehen; es kommt noch

hinzu, dass das Unterhautzellgewebe gewöhnlich stark infiltrirt ist, und der Fuss dadurch bedeutend an Volumen zunimmt, was die Unförmigkeit und Verunstaltung noch vermehrt. Denselben Prozess finden wir an den Händen, häufiger jedoch an den Fingern, als an den Carpalknochen, die auch aus ihrer Gelenkverbindung mit dem Arm gelöst werden können. Dieser Prozess beginnt mit einer starken Anschwellung des betreffenden Gliedes und mit starken lancinirenden Schmerzen im Knochen. Die Geschwulst zeigt bald Fluctuation, öffnet sich und entleert eine Menge Eiter. Ist solches geschehen, so findet man die Muskulatur zerstört, die Knochen bloßgelegt und in ihren Gelenkverbindungen gelöst. Die Phalanx des Fingers fällt aus, und die Wunde heilt, der Finger ist aber um den betreffenden Knochen verkürzt. Fällt die zweite Phalanx aus, so wird die dritte über die erste gezogen, auf diese Weise können alle Finger ergriffen werden, und eine bedeutende Missgestalt*) der Hand zurücklassen. Die Nägel sind nicht constant afficirt; wo sie mit ergriffen sind, sind sie verdickt, rissig, leicht in mehrere Lamellen spaltbar, können theilweise oder ganz abfallen. Grössere Gliedmassen habe ich in dieser Krankheit nicht abfallen gesehen.

Behaftet mit diesen krankhaften Erscheinungen können Patienten Jahre lang vegetiren, der ganze Körper wird von Anaesthesie und allmählicher Atrophie ergriffen, bis endlich colliquative Diarrhöen, auch Krämpfe diesem elenden Dasein ein Ende machen. Mitunter findet man auch, dass zu allen diesen traurigen Erscheinungen der Krankheit sich schliesslich noch Blödsinn hinzugesellt, was den Anblick solcher Patienten noch trauriger macht.

Die beiden Formen der Elephantiasis Graecorum finden wir bei uns bisweilen verbunden; zu bemerken ist jedoch, dass immer eine Form, bald die anaesthetische, bald die tuberculöse das Uebergewicht über die andere hat. Während die eine Form vollständig zur Entwicklung kommt, bleibt die andere auf einer gewissen Stufe stehen. Complicirt kann die Krankheit sein mit den verschiedensten Hautkrankheiten.

*) S. Abbildungen bei Busch, in den Annalen des Charité-Krankenhaus. Berlin 1858. Tafel I.

Obenan steht die Krätze, die am häufigsten sich zu dieser Krankheit gesellt. Ferner Ecthyma, Psoriasis, Pityriasis, Lichen, chronische impetiginöse Exceme.

Dieser Beschreibung der beiden Formen schliesse ich in Kürze die auffallendsten pathologischen Veränderungen an, welche bei den Sectionen anzutreffen sind.

In der tuberculösen Form findet man das Corium immer verändert, die Epidermis normal. Beim ersten Erscheinen der Flecken ist die Lederhaut mässig angeschwollen, bei längerem Bestande geht die Verdickung durch das ganze Corium. Beim Einschnitt entleert sich eine zähe blutige Flüssigkeit. Sind die Tuberceln entwickelt, so ist die Oberfläche des Einschnitts braun, sind sie in Erweichung übergegangen, so hat an dieser Stelle die Haut ihre normale Beschaffenheit verloren. Die Schnittfläche ist gelbweiss und granulirt, beim Druck entleert sich eine feinkörnige, gelbweisse Masse. Das subcutane Zellgewebe ist von einer speckartigen Masse infiltrirt, hängt genau mit dem Corium zusammen, und wird sehr selten mit der tuberculösen Masse, welche das Corium infiltrirt hat, durchsetzt. Das infiltrirte unterhäutige Bindegewebe infiltrirt sich zuweilen mit einer serösen Flüssigkeit, und gewinnt mit der Länge der Krankheit immer mehr an Festigkeit.

Die Gefässe, welche im infiltrirten Zellgewebe verlaufen, zeigen eine bedeutende Auflagerung von einer speckartigen Masse, wodurch sie erheblich an Dicke gewinnen. Das Lumen, wie die innere Fläche derselben ist normal. Dieselbe Auflagerung findet man auch auf den Nerven. Die Nervenscheide, wie das Zellgewebe sind verdickt durch eine albuminöse Masse von bedeutender Festigkeit, in welcher die Nervenfaser wie eingekapselt verlaufen. Die Schleimhäute sind geröthet, geschwellt, das submucöse Zellgewebe mit einer serösen Flüssigkeit infiltrirt. Die tuberculös infiltrirten Partien zeigen beim Einschnitt eine homogene, hellgelbe Masse. Die Geschwüre sind abgerundet, mit etwas erhabenen Rändern, der Grund ist eben so gross wie die Oeffnung. Diese Geschwüre findet man im Larynx, Trachea, Bronchien, auf der Schleimhaut des Darmkanals. Die Lungen sind gewöhnlich nicht ergriffen, wol aber die Pleura, auf der man Tuberceln und oberflächliche Geschwüre antrifft. Die Leber

und die Nieren werden auch von der tuberculösen Masse infiltrirt, aber nur wenn die Krankheit eine Reihe von Jahren gedauert hat. In der Schädelhöhle findet man in dem subserösen Zellgewebe der Tunica arachnoidea eine gelatinöse Exsudation, in den Hirnhöhlen einen grösseren oder geringeren serösen Erguss. Mitunter trifft man die grossen Venen des Gehirns und der Wirbelsäule verstopft.

In der anaesthetischen Form findet man bei entwickelter Krankheit die Haut atrophisch, das Fett unter derselben, wie zwischen den Muskeln geschwunden, letztere atrophisch. An den Stellen, wo die Geschwüre sich befanden, ist das unterhäutige Bindegewebe in grosser Ausdehnung infiltrirt und mit der Haut verwachsen. Die Nerven zeigen dieselben Veränderungen wie in der tuberculösen Form. Die auffallendsten Veränderungen findet man in dem centralen Nervensystem. Ist die Anaesthetie deutlich ausgebildet, so sind die Venen an der hintern Seite des Rückenmarks (venae spinales internae posteriores) mit Blut überfüllt, ein albuminöses Exsudat bedeckt die ganze hintere Fläche des Rückenmarks, und erstreckt sich auch auf die hintern Nervenwurzeln. An der vordern Fläche des Rückenmarks findet man dieses Exsudat seltener, ist es vorhanden, so ist auch die hintere Fläche afficirt. (Der Grund, warum die hintere Fläche des Rückenmarks häufiger der Sitz des Exsudats ist, muss wol in der Lage des Patienten gesucht werden.) Ferner sieht man Verwachsungen der Arachnoidea mit der dura mater und pia mater bedingt durch angeführtes Exsudat, welches mitunter die Dicke von 2 bis 3^m erreichen und das Rückenmark vollkommen einhüllen kann. An den Stellen, wo das Exsudat angetroffen wird, hat das Rückenmark eine grössere Festigkeit erlangt, die graue Substanz ist hier heller, compacter und weniger injicirt als die weisse. Diese Consistenz kann so weit gehen, dass das Rückenmark einer Knorpelmasse gleicht, welche unter dem Messer crepitirt. Das Rückenmark nimmt dabei ab an Volumen, kann atrophisch werden. Diese Veränderungen des Rückenmarks findet man häufiger im Nacken- und Lendentheile als im Rückentheile. In wenigen Fällen ist der Plexus ischiadicus und die aus demselben entspringenden Nerven deutlich atrophisch. In der Schädelhöhle findet man in dem subserösen Gewebe der Arachnoidea ein

serös-albuminöses Exsudat. Die Arachnoidea ist verdickt und mit der pia mater verwachsen. An der Basis des Gehirns findet man ein gleiches Exsudat bedeutend angehäuft um den Ursprung der Nerven, namentlich des fünften, sechsten, siebenten und achten. Die Hirnsubstanz zuweilen mehr oder weniger injecirt, ist fester und zäher geworden. In den Hirnhöhlen trifft man ein seröses Exsudat. Ist die Anaesthesia im Gesicht bedeutend ausgebildet, so ist constant das Ganglion Gasseri von dem albuminösen Exsudat infiltrirt. Das kleine Gehirn und die Medulla oblongata sind normal. Im weiteren Verlaufe der Krankheit sind die grossen Gefässe häufig mit dunklem, dickem Blut überfüllt, während die Haut und Muskelgefässe fast blutleer angetroffen werden. In den Venen findet man in der Gegend der Klappen häufig Blutpfropfe. Die Gefässe des Rückenmarks sind mit Blut überfüllt, gleichfalls die Sinus an der Basis Cranii. Die Schleimhäute sind bleich, sonst normal. Auf den Pleuren findet man ein albuminöses Exsudat und oft Adhärenzen. Die Leber ist hypertrophisch und zuweilen fettig entartet, gleichfalls die Nieren. — Brightsche Degeneration. Die Milz ist weich und hypertrophisch.

Diagnose.

Kommt die Elephantiasis Graecorum in ihren ausgeprägten, so charakteristischen Formen zur Beobachtung, so ist eine Verwechslung mit irgend einer andern Krankheit kaum möglich, da wir nun aber Gelegenheit gehabt haben zu sehen, dass trotzdem, sowol bei uns, als in andern Ländern Europas wo die Krankheit einheimisch ist, häufig Verwechslung mit syphilitischen Erscheinungen vorkommen, so liegt die Frage sehr nahe, worin der Grund dieser Verwechslung liegen mag. Wenn man unverkennbare syphilitische Erscheinungen, denen die charakteristischen Zeichen der Elephantiasis Graecorum gänzlich fehlen, zur letzteren Krankheit gerechnet sieht, weil Rachengeschwüre da sind, so kann ich nicht umhin zu glauben, dass Unkenntniss der Krankheit allein die Ursache ist. Erwägen wir ferner den Umstand, dass Krankheiten, die früher für Lepra gehalten, in der Neuzeit als Syphilis erkannt sind, ferner dass die

Krankheit *Spedalskhed* und *Radesyge* früher für ein und dieselbe Krankheit gehalten, genau getrennt, die erstere zur *Elephantiasis Graecorum*, letztere zur *Syphilis* gerechnet ist, so ergibt sich daraus, dass bei klarer Anschauung der Krankheit und genauer Diagnose die leprösen wie syphilitischen Krankheitsformen, wenn sie sich auch sehr nahe berühren, getrennt werden können. Nehmen wir die Möglichkeit an, dass die *Elephantiasis Graecorum* sich auf einem syphilitischen Boden entwickeln kann, wenn wir auch der Ansicht, dass der Entwicklung der Krankheit wiederholte syphilitische Ansteckungen vorausgehen, nicht beistimmen, ferner sich zur entwickelten Krankheit *Syphilis* hinzugesellen kann, so wird uns die differenzielle Diagnose in diesen Fällen kein ganz sicheres Merkmal an die Hand geben, die *Complication* mit Bestimmtheit herauszufinden. Der Eine wird *Elephantiasis Graecorum*, der andere *Syphilis* sehen, wenn die Anamnese nicht Auskunft zu geben im Stande ist.

Gehen wir nun genauer auf die unterschiedlichen Merkmale beider Krankheiten, der *Elephantiasis Graecorum* und der *Syphilis modificata* ein, so finden wir in beiden Krankheiten Rachenerscheinungen, Tuberceln der Haut, und verschiedene Hautkrankheiten, die sich aber doch wieder von einander unterscheiden. Was die Geschwüre auf der Schleimhaut des Rachens anlangt, so sind sie in beiden Krankheiten verschieden. Wenn ich auch die zehn unterschiedlichen Punkte, die Brehm Seite 53 und 54 seiner Dissertation anführt, nicht vollkommen anerkennen kann, so kann ich doch nicht umhin, einige Punkte hier hervorzuheben. Die Rachengeschwüre in der *Elephantiasis Graecorum tuberculosa* können erst in dem späteren Verlaufe der Krankheit, nachdem die krankhaften Erscheinungen auf der Haut schon grosse Zerstörungen angerichtet, auftreten, entwickeln sich dann immer, entweder aus leicht vorspringenden gelblich-röthlichen Flecken, oder aus entwickelten Tuberceln. In der *Syphilis modificata* vermissen wir die beiden angeführten Momente. Die Form der Geschwüre ist verschieden, die leprösen Geschwüre sind abgerundet, der Rand ein wenig erhaben, der Grund ist eben so gross wie die Oeffnung, nicht speckig wie bei den syphilitischen Geschwüren. Letztere zerstören ferner, wenn jede Behandlung fehlt, in kür-

zerer Zeit die Weichtheile und Knochen als die leprösen, welche längere Zeit zu solchen eminenten Zerstörungen brauchen. Bilden sich die Tuberceln frühzeitig, wenn die Krankheit erst einige Zeit gedauert, so können die Geschwüre, die sich aus ihnen bilden, ohne jede Behandlung, mit Zurücklassung einer Narbe heilen.

Die Hautknoten können in beiden Krankheiten, was Gestalt, Grösse und Verlauf anlangt, sich sehr ähnlich sein, dennoch giebt es Merkmale, die sie auch wieder von einander unterscheiden. Während die tuberculöse Infiltration in der Elephantiasis Graecorum sich gewöhnlich nur auf das Corium beschränkt, sich nur in sehr seltenen Fällen in das infiltrirte Unterhautzellgewebe erstreckt, sehen wir die syphilitischen Hautknoten in dem subcutanen Zellgewebe, als bedeutende Verhärtungen, entstehen. Die Tuberceln in der Elephantiasis Graecorum sind immer weicher, von lividröthlicher bis dunkelbrauner Farbe, zeigen keine Entzündungsröthe in der Umgegend, die syphilitischen Hautknoten sind an ihrer Basis geröthet, meist von kupferrother Farbe und bedeutender Härte. Gehen die syphilitischen Tuberceln in Verschwärung über, so beginnt diese durch Zerstörung und Zerfall des infiltrirten Unterhautzellgewebes, worauf die Haut zerstört wird. Dieses findet in der Elephantiasis Graecorum nie statt, hier beginnt die Erweichung immer nur in der Cutis selbst.

Was die Schuppen und Flecken betrifft, die in beiden Krankheiten zur Entwicklung kommen können, so will ich nur anführen, dass die syphilitischen Hauterscheinungen sich gewöhnlich rasch über einen grossen Theil des Körpers verbreiten, während in der Elephantiasis sie immer sehr allmählig und zerstreut zum Vorschein kommen. Ferner wäre anzuführen, dass die syphilitischen Schuppen gewöhnlich dunkler gefärbt und auf kupferröthlichem Grunde anzutreffen sind und keine geschlossenen Kreise bilden.

Ausserdem wären einige Krankheitserscheinungen anzuführen, die in der Elephantiasis Graecorum stets angetroffen werden, in der Syphilis immer fehlen, somit als diagnostisches Hilfsmittel anzusehen sind. Hierher kann man rechnen: die eigenthümliche Beschaffenheit der Haut in der Elephantiasis Graecorum, die oft weit verbreitete Anaesthesie, ferner die Umstände,

dass die Elephantiasis immer unheilbar und nicht ansteckend ist.

Ich schliesse hiermit, weil mir weiter keine Krankheit bekannt ist, mit der die Elephantiasis Graecorum verwechselt werden kann. Wenn ich die anaesthetische Form der Elephantiasis ganz aus den Augen liess, so lag der Grund darin, dass diese Krankheitsform mit ihren charakteristischen Symptomen so dasteht, dass jeder beim ersten Anblick die Krankheit erkennen wird.

Aetiologie.

Das Alter, in welchem die Krankheit zur Beobachtung kommt, ist sehr verschieden. Am häufigsten soll die Krankheit in den kräftigsten Jahren des Lebens, zwischen dem 20sten und 30sten Jahre entstehen; ausgeschlossen jedoch ist weder das älteste, noch früheste Alter, ja die Krankheit kann sich sogar im Foetus entwickeln, und das Kind mit derselben zur Welt kommen. Dieses bezeugt ausser dem von Dr. Zsigmondy vorgeführten 16jährigen Kranken¹⁾ unser dritter Fall, wo Individuen, mit den charakteristischen Vorläufern der Elephantiasis anaesthetos geboren, bis zu seiner Pubertät die furchtbarsten Zerstörungen der ausgebildeten Krankheit zeigte. In den 16 in meiner Arbeit angeführten Fällen kam die Krankheit 7 Mal zwischen dem 15ten und 30ten und 9 Mal zwischen dem 30sten und 60sten Jahre vor.

Das Geschlecht. Nach der geringen Anzahl von Fällen zu urtheilen, die uns hier zu Gesicht gekommen sind, kommt die Krankheit häufiger unter den Weibern, als den Männern vor. Nach anderen Angaben sollen die Männer häufiger von der Krankheit ergriffen werden. Dieses lässt sich nun allerdings nach der Erfahrung die man aus 17 Fällen zieht, nicht umstossen, ich glaube jedoch, dass bei unsern Landbewohnern die beiden Geschlechter so ziemlich gleich häufig von der Krankheit heimgesucht werden, da ja beide Geschlechter hier gleichen Schädlichkeiten unterliegen.

*) Zeitschrift der K. Gesellschaft der Aerzte in Wien. 1858. Nr. 45, S. 715.

Die Erbllichkeit des Uebels, durch zahlreiche Erfahrungen erwiesen, wird allgemein angenommen. Die Krankheit kann sich jedoch auch spontan entwickeln. Nach Danielssen und Boeck's statistischen Zusammenstellungen war die Krankheit von 213 Fällen, 189 mal ererbt und nur in 24 Fällen hatte sie sich spontan entwickelt. Aus zahlreichen Fällen leuchtet hervor, dass die Krankheit nicht ansteckend ist.

Oertliche Verhältnisse und Lebensweise der Bewohner, die auf die Entwicklung der Krankheit von Einfluss sein können.

Man findet die Krankheit in Europa am häufigsten am Meeresgestade, an den Ufern grosser Gewässer, auf Inseln und in morastigen Gegenden, in niedrigen Volksklassen, in ärmlichen und dürftigen Verhältnissen. Wenden wir dieses auf unser Land und Volk an, so bietet uns ersteres in Bezug auf Boden und climatische Verhältnisse, letzteres, was Lebensweise anlangt, zahlreiche Momente, welche für die Entwicklung der Krankheit günstig sein können.

Was den Boden anlangt, so haben wir es mit einem Lande zu thun, das im Westen und Norden vom Meer bespült, von weithin sich erstreckenden Sümpfen durchzogen, und von zahlreichen Seen und Flüssen bewässert wird. Die climatischen Verhältnisse sind kalter Winter, der Herbst reich an Regen und dicken Nebeln, der Sommer den Tag über trocken heiss, die Nacht feucht, kalt und neblig. In Rücksicht auf die Lebensweise wären in aller Kürze folgende schädliche Momente anzuführen. Der hiesige Landbewohner wohnt gemeiniglich in kleinen, feuchten, kalten Häusern, die gewöhnlich nicht gedeilt sind und keinen Rauchfang haben, in Folge dessen beständig mit dickem Rauch gefüllt sind. Wird es den Bewohnern dieser ärmlichen Hütten, die gewöhnlich eine sehr zahlreiche ist, nicht zu vergessen, dass im Herbst und Winter auch die Hausthiere das Stübchen theilen, kaum möglich mehr in dieser verdorbenen Luft zu athmen, so wird die kleine, niedrige Thür geöffnet, und in Strömen schlägt die feuchte, kalte Luft auf die erhitzten, halbentblössten Menschen. Alle häuslichen Vörrichtungen werden in der engen Wohnstube vorgenommen: die Wäsche wird daselbst

gewaschen und getrocknet. So schmutzig wie die Wohnung ist denn auch der Bewohner, dessen Hautkultur eine sehr mangelhafte zu nennen ist. Tagelang kommt er nicht aus seiner schmutzigen Kleidung; häufig bei seiner Arbeit vom Regen durchnässt, trocknet er seine Kleider auf dem Körper, schläft oft die ganze Nacht im Freien auf feuchtem Boden, ohne Unterlage und Bedeckung. Oft zwingt der Erwerb die Leute Tage und Wochen im Wasser zu arbeiten. Das Heumachen in sumpfigen Gegenden, der Fischfang und am Ostseestrande, wo die Krankheit häufig vorkommt, das Verladen von Holz aus kleinen Böten in grössere Fahrzeuge, die des flachen Strandes wegen hoch auf der See liegen. Der Strand ist so flach, dass auch die kleinen Böte nicht an das Ufer kommen können, sondern gegen 2 Werst vom Strande liegen, bis dahin muss das Holz in einem Wagen hingefahren und umgeladen werden, bei welcher Arbeit die Leute bis zu den Knien und drüber tagelang im Wasser stehen. Zu dieser schädlichen Lebensweise kommt noch hinzu eine mangelhafte Ernährung und in vielen Gegenden ein sehr schlechtes Trinkwasser, ein saures Bier, oder ein angesäuertes Trank (Quass) ersetzt das Wasser. Nicht zu vergessen ist der starke Genuss von Branntwein, dem die Leute sehr ergeben sind, und dessen schädliche Wirkung nicht ausbleibt. Eine ohnehin mangelhafte Ernährung wird durch den Branntweingenuss noch mehr gestört, mangelhafte Chylification und Assimilation der Stoffe ist die Folge. Berücksichtigt man noch die verdorbene Luft, in der die Leute sich aufhalten, so muss die nothwendig sich einstellende mangelhafte Decarbonisation des Blutes eine veränderte Blutmischung zu Wege bringen, die auf den ganzen Organismus zurückwirkt. Durch die mangelhafte Kultur der Haut bildet sich eine Schloffheit und Atonie in derselben aus, örtliche Congestionen sind die Folge. An den erschlafften unteren Extremitäten bilden sich häufig unscheinbare Entzündungen mit Geschwürsbildung von sehr chronischem Charakter. Im Laufe der Krankheit bilden sich stärkere Congestionen aus, theils nach dem geschwächten Hautsystem, theils nach den Organen des Unterleibes und den Nervencentren mit Zurücklassung eines Exsudats, das verschiedene Veränderungen eingehen kann.

Das Wesen der Krankheit.

Nach Untersuchungen von Danielssen und Boeck sind wir berechtigt als Ursache dieser Krankheit eine veränderte Blutmischung anzunehmen. Die vielfältig von beiden Autoren angestellten Blutanalysen haben gezeigt, dass das Blut in dieser Krankheit sich durch absolut vermehrten Albumin- und Fibringehalt auszeichnet. Von diesem Gesichtspunkte ausgehend, wollen wir nun versuchen die einzelnen Erscheinungen dieser Krankheit, soweit möglich, zu erklären. Früher oder später finden Congestionen und Hyperaemien im Capillarsystem der Haut statt, verbunden mit einer Schwäche des vegetativen Nervensystems. Eine Folge davon sind die Flecken, die sich auf der Haut ausbilden. Hat die Hyperaemie eine Zeit gedauert, so findet eine Exsudation einer albuminösen Masse statt, wodurch die Flecken allmählig an Consistenz und Dicke zunehmen, bis sich aus ihnen die vollständigen Tuberceln gebildet haben. Diese Entlastung des Gefässsystems vom überschüssigen Albumin geschieht schubweise, und ist dann gewöhnlich mit dem sogenannten Eruptionsfieber verbunden. Eine Blutanalyse nach diesem Eruptionsfieber angestellt, zeigt, dass das Blut sich dem normalen nähert. Das Unterhautzellgewebe wird auch infiltrirt mit einer gerinnenden Flüssigkeit, wodurch dasselbe an Dicke und Festigkeit gewinnt. Auf den Scheiden der Gefässe und der Nerven, welche das infiltrirte Gewebe durchsetzen, lagert sich ebenfalls ein Exsudat ab, so dass sie bedeutend an Volumen zunehmen. Zuweilen findet man auch in Folge einer Neuritis die Nervenfasern von einer albuminösen Masse eingekapselt. Dadurch sind die Schmerzen zu erklären, die im vorgeschrittenen Uebel sich zuweilen im Laufe der Nerven einstellen. In der anaesthetischen Form findet eine Congestion und Hyperaemie der Nervencentra statt. Auch hier wird ein albuminöses Exsudat gesetzt, das die geschilderten pathologischen Veränderungen zu Wege bringt. Dieses Exsudat beschränkt sich nicht auf die Centra allein, sondern setzt sich auch auf die peripherischen Nerven fort. Zuerst wird gewöhnlich die hintere Seite des Rückenmarks afficirt, und mit ihr die hinteren

Wurzeln. Diese Störung spricht sich denn auch aus in der sensiblen Sphäre. Wir haben zuerst Hyperaesthesia bedingt durch die bestehende Neuritis, später, nachdem die Entzündung ein Exsudat gesetzt hat, schwindet die Hyperaesthesia, um einer Anaesthesia Platz zu machen. Wie in der sensiblen Sphäre machen sich auch bald Störungen in der Motilitätssphäre und in dem vegetativen Nervensystem geltend. Die verschiedenen Atrophieen, wie der Haut, der Augenlider, der Muskeln, das Schwinden des Fettes, sind darauf zurückzuführen. Es bleibt uns noch übrig die in dieser Form so charakteristischen Veränderungen an den Endgliedern der Extremitäten zu erwähnen. Auch diese Veränderungen sind, meiner Ansicht nach, auf gestörte Ernährung zurückzuführen. Berücksichtigen wir, dass namentlich in den Endgliedern der Extremitäten die Anaesthesia im höchsten Grade ausgebildet ist, in Folge der Störungen in dem vegetativen Nervensystem die Capillarcirculation eine trägere, mit derselben der Wiederersatz der organischen Materie ein unvollkommener geworden, so muss nothwendiger Weise, bei vollständigem Erlöschen der Nerventhätigkeit, die Capillarcirculation auch unterdrückt werden, mit derselben die Ernährung aufhören, und die Gewebe der betreffenden Theile dem Zerfall anheimfallen. Es bilden sich an den Gelenken Verschwärungen aus, die bis auf die Knochen dringen, die Bänder zerstören, und den Knochen, der gewöhnlich schon in ein starres Fettbindegewebe umgewandelt ist, austossen.

Zu erwähnen wären noch die Formveränderungen an den Händen und Füßen, die einmal eine Folge der bald nach der ausgebildeten Anaesthesia sich einstellenden Störungen der Motilitätssphäre sind. Die Finger und Zehen erlahmen, die Flexoren erhalten das Uebergewicht, und erhalten dieselben in der bekannten Krümmung. Hat diese längere Zeit gedauert, so bildet sich eine vollständige Ankylose aus, die durch Durchschneidung der Muskeln nicht mehr gehoben werden kann. Die Formveränderungen wie Pesvarus sind paralytischer Natur. Von diesen Formveränderungen sind jedoch die zu trennen, die durch Ausstossungen von Knochen bewirkt werden.

Prognose und Verlauf der Krankheit.

Die Prognose ist eine schlechte zu nennen; ist das Uebel ausgebildet, so geht es trotz aller ernstlichen Eingriffe seinem Ende entgegen. Die verschiedenartigsten Mittel sind in Anwendung gekommen, doch alle vergeblich. Die Krankheit kann sich durch 15 bis 20 Jahre und mehr hinziehen; die befallenen Individuen führen ein trauriges Dasein, bis endlich die Erscheinungen einer allgemeinen Auflösung, colliquative Erscheinungen, krampfhaftes Symptome, Wassersucht dem trostlosen Dasein das erwünschte Ende bringen.

Behandlung.

Gegen keine Krankheit hat man wohl so viel gethan, äusserliche und innerliche Mittel in Gebrauch gezogen, und zwar ohne wesentlichen Erfolg, als gegen die in Rede stehende. Gehen wir zurück in das Mittelalter, so finden wir zahlreiche Mittel angegeben, die jedoch den Kranken nicht viel Nutzen gebracht. Die Behandlung bestand in Folgendem. Man liess den Kranken brechen, reichte ihm Abführmittel, machte Blutentziehungen, Venesectionen und Schröpfköpfe, rieb die Haut mit neuen Tüchern, zog Dampfbäder in Gebrauch, applicirte äusserlich Aetzmittel, vom gelindesten bis zum stärksten; half alles dieses nichts, was gewöhnlich der Fall war, zog man die verschiedenartigsten Schminkmittel in Gebrauch, mit denen die kranken Stellen der Haut bemalt wurden. Unsere Zeit ist nicht glücklicher in der Behandlung dieser Krankheit, die verschiedenartigsten Mittel in Gebrauch gezogen, haben sich als unwirksam erwiesen. Unter diesen Mitteln sind vorzüglich hervorzuheben die Quecksilber-, Arsenik- und Jodpräparate. Was die Quecksilberpräparate anlangt, so sind sie schon in frühster Zeit gegen dieses Leiden in Anwendung gekommen, jedoch ohne Nutzen. Calomel und Sublimat, die gewöhnlich gegeben worden sind, verursachen Erbrechen und schwer zu stillende Diarrhöen, wo diese Erscheinungen ausbleiben, bildet sich eine scorbutische Diathese aus; es erscheinen

Flecken von verschiedener Grösse und Farbe, Haemorrhagien des Zahnfleisches, das geschwollen und von bläulicher Farbe ist. 10—15 gr. Calomel sind hinreichend diese Erscheinungen hervorzurufen.

Die Arsenikpräparate (solutio arsen. Fowleri, die asiatischen Pillen, arsenigsaurer Kupferoxyd) sind in kleinen, allmählig steigenden Dosen gebraucht worden, die Folge ist gewöhnlich eine Enteritis oder Peritonitis, wonach die Tuberceln sich verkleinern, tritt jedoch der entzündliche Zustand zurück, beginnen die Tuberceln wieder zu wachsen. Doctor Pallis in Athen heilte einen Fall von Elephantiasis sub. vollkommen durch die Fowlerische Solution in steigenden Gaben und mit zeitweiligem Aussetzen. Nach einiger Zeit bildete sich Lungentuberculose aus und Patient starb. Nach dem Jodgebrauch in kleinen Gaben bilden sich die Tuberceln etwas zurück, ebenso verringern sich in der anaesthetischen Form die Knochenschmerzen. Heilung erlangt man auch durch dieses Mittel nicht.

Die Erfahrungen, die hier im Lande in der Behandlung dieser Krankheit gesammelt sind, sind sehr gering, denn die Krankheit kommt so selten dem Arzte zu Gesicht, und noch seltener wird ein solcher Kranke einer ordentlichen Behandlung unterzogen. Jodkali und schweisstreibende Decocté, die der Herr Doctor Landesen an 15 Kranken in Anwendung gebracht, haben einige Wirkung gezeigt. Wenn gleich die Kranken nicht geheilt, so hat man doch durch diese Medication einen Stillstand; auch eine geringe Abnahme der Krankheit bemerkt. J. Jürgens, dessen Krankengeschichte in meiner Arbeit unter Nr. 2 zu finden ist, ist auf diese Weise behandelt worden, und wie er selbst behauptet und ich mich überzeugt habe, nicht ohne Erfolg.

Da unser geringes Material uns keine Gelegenheit gegeben hat in der Behandlung mehrere verschiedene Mittel in Anwendung zu bringen und darüber Erfahrungen zu sammeln, so will ich die Behandlung von Danielssen und Boeck, die aus zahlreichen Fällen ihre Beobachtung gesammelt, hier anführen.

Versetzung der Kranken in bessere Verhältnisse, gute regelmässige Diät; Leberthran, Jodkalium und künstliche Schwefelbäder; ferner in der tuberculösen Form Aderlässe

und Ableitung auf den Darmkanal durch Bittersalz; Zerstörung der Tuberceln durch Aetzmittel, salpetersaures Quecksilber oder rauchende Salpetersäure. Sind die Tuberceln über den ganzen Körper verbreitet, so zieht man in Gebrauch kaustische Bäder, auf den Kopf kalte Duschen. Bei der tuberculösen Infiltration des Larynx und Erstickungsgefahr bestreichen der afficirten Schleimhaut mit einem Gemisch von Kali caust. und Honig. In der anaesthetischen Form ist das Augenmerk vorzüglich auf das Nervensystem zu richten. Längs der Wirbelsäule applicirten sie zahlreiche Schröpfköpfe und Moxen, und rieben in die scarificirten Stellen Salbe von Tantaros stibiat und Jodsalbe. Diese Behandlung soll sehr guten Erfolg gehabt haben.

Es wäre hier noch eine Frage zu besprechen, ob in den Fällen, wo der Krankheitsstoff sich vorzüglich auf eine Extremität beschränkt, was bei uns nicht selten vorkommt, eine Amputation des betreffenden Gliedes zu machen sei oder nicht. Meiner Ansicht nach ist ein solches Verfahren nie einzuschlagen. Wir haben es hier mit einem Allgemeinleiden zu thun, das, wenn es auch seine Krankheitsproducte auf einen einzelnen Theil absetzt, sich nicht so weit localisirt hat, dass mit Entfernung des betreffenden Theiles die Krankheit ein Ende erreicht hat. Im Gegentheil sehen wir gewöhnlich nach einer Amputation unter diesen Verhältnissen die Amputationswunde gar nicht, oder sehr schwer heilen. Häufig sieht man, während die Heilung langsam vorschreitet, sich Decubitus ausbilden, und entkräftende, nicht zu stopfende Diarrhöen dem Leiden ein Ende machen. Mitunter ist auch Pyämie die Ursache des Todes. Im günstigsten Fall ist die Operation nur eine palliative, denn nach einiger Zeit bildet sich das Uebel auf demselben oder auf dem andern Gliede aus. Im Krankenhause zu Copenhagen kam vor einigen Jahren der Fall vor, dass an einer Kranken der Arm dreimal amputirt werden musste, weil die Krankheit an demselben Gliede immer wieder erschien. Die älteren Aerzte sind auch schon gegen die Amputation, so finden wir bei Schilling in seinem Buche de Lepra Seite 18 Cap. XVII folgende darauf bezügliche Stelle: „Tentatum est, numquid amputatio pedis affecti Leprosis prodesse possit; sed successu caruit. Nonnulli septimo ab operatione

die correpti sunt spasmō cynico in tetanum, et paulo post in mortem terminato, alii statim convulsi perierunt; qui vero superfuerunt in his vulnus circa osseas partes non prius consolidari potuit, quam leprosa labes alterum pedem occupaverat.“

An Stelle der zu verwerfenden Operation schlag ich vor, sowol in der tuberculösen als auch in der anaesthetischen Form, wenn sich ein bedeutendes Exsudat sowol in der Haut, als im Unterhautzellgewebe vorfindet, Druckverbände in Anwendung zu bringen, die längere Zeit fortgebraucht, eine Rückbildung zu Wege bringen werden.

Krankengeschichten.

Fall I.

Im Mai 1859 bekam ich den Kranken Joseph Grünberg zu Gesicht. Das Ergebniss der Untersuchung war Folgendes.

Joseph Grünberg, Ehste, 37 Jahr alt, aus Wesenberg in Ehtland, ist von langem Wuchs und kräftiger Constitution. Das Haupthaar dicht und dunkel, die Augen von heller Farbe. Die Hautfarbe bräunlich, im Gesichte dunkler, mehr ins livide spielend. Der Kranke fällt auf durch seinen stupiden Gesichtsausdruck, die Stirn ist niedrig, faltig, die Wangen voll und schlaff, der Mund gewöhnlich geöffnet, weil dem Patienten das Athmen durch die Nase behindert zu sein scheint. Die Augenlider sind schlaff, an beiden Augen Entropium mit beginnendem Pannus, Augenbrauen sehr spärlich vorhanden. Man bemerkt ferner in dem Gesichte, vorzüglich aber auf der Stirn, eine Menge Hautknoten von verschiedener Grösse, von der einer Erbse bis zu der einer kleinen Nuss. Sie haben ihren Sitz in der Cutis, sind hart und von dunklerer Farbe, als die sie umgebende Haut, ins livide spielend. Der weiche Gaumen ist gleichfalls besetzt mit kleinen, isolirten, flachen Tuberceln, die sich in grösserer Zahl um und auf der Uvula vorfinden. Sie befinden sich in dem submucösen Zellgewebe und erscheinen heller gefärbt, als die umliegende Schleimhaut. Unter den harten Tuberceln findet man einige die in Vereiterung übergegan-

gen, und kleine, hell erscheinende Narben zurückgelassen haben. Auf dem harten Gaumen wie auf der Zunge sind keine Tuberceln zu bemerken. Die äusseren Flächen der Arme, die hinteren Flächen der Oberschenkeln und das Gesäss sind bedeckt mit gleichen Tuberceln, wie sie sich auf der Stirn vorfinden, von gleicher Grösse, nur in bedeutend grösserer Anzahl, und von platter Form. Die Menge der Hautknoten ist so gross, dass sie zusammenzufließen scheinen, und den genannten Körpertheilen eine dunkelbraune Färbung ertheilen. Die Unterschenkel und die Füße sind stark angedrungen, von livider Farbe und hart anzufühlen, bedingt durch eine Infiltration in das subcutane Zellgewebe. Man findet auf denselben ferner zerstreute Hautknoten von der Grösse einer Nuss und drüber, theils noch vollkommen hart, theils in Erweichung begriffen, theils in grosse offene Geschwüre übergegangen. Die Zahl der Geschwüre beläuft sich auf 5 bis 8, die Grösse schwankt zwischen der eines Zwanzigkopekenstückes und der eines Rubelstückes. Die Form ist eine unregelmässige, die Ränder callös und eingebuchtet. Die Secretion ist ziemlich bedeutend, die Umgegend stark infiltrirt und von dunkler, livider Farbe. Zwischen den Hautknoten und den Geschwüren findet man zahlreiche vertiefte, unregelmässige Narben, von weisser Farbe und von einem schwärzlichen Hof umgeben. Die Arme sind von Geschwüren befreit, zeigen ausser den Hautknoten nichts Normwidriges. An den Händen findet man Geschwüre von der Grösse eines halben Rubelstückes, die ihren Sitz an dem Metacarpophalangealgelenk der beiden kleinen Fingern haben. Diesen Geschwüren sind Pemphigusblasen vorausgegangen, die einen Tag gestanden, darauf geplatzt und oberflächliche Geschwüre zurückgelassen haben. Zu bemerken ist noch die Anaesthesie, die von den Zehen bis zu den Knien hinauf allmählich abnimmt. An den Füßen und dem untern Drittheile des Unterschenkels ist dieselbe so gross, dass man eine Nadel $1\frac{1}{2}$ Linien tief einstossen kann, ohne dass Patient ein Gefühl davon hat. Die Nägel an Händen und Füßen sind normal. Die Inguinaldrüsen nicht geschwollen. Die Stimme hat ihren Klang verloren, ist nselnd. Die Percussion und Auscultation der Brust normal.

Ueber die Entstehung des Uebels weiss Patient nur wenig anzugeben. Er erinnert sich nur, dass vor vier Jahren, nachdem Störungen im Allgemeinbefinden, Abgeschlagenheit der Glieder, umherziehende Schmerzen vorausgegangen, an den afficirten Körperstellen kleine Papeln und Pusteln ausgebrochen, die nach dem Abtrocknen rothe Flecken zurückgelassen haben. Aus diesen rothen Flecken, die mit der Zeit eine dunklere Farbe angenommen, haben sich die bestehenden Hautknoten gebildet. Seit drei Jahren sind die Füsse geschwollen, und mit Geschwüren bedeckt, die heilen um neuen Platz zu machen. Seit dieser Zeit hat Patient auch die Abnahme des Gefühls in seinen Extremitäten bemerkt.

Seit fünf Jahren hat Patient auf dem Gute Kersell in Livland gewohnt, ist daselbst seinem Tischlerhandwerke in einer Wohnung nachgegangen, die in einer niedrigen sumpfigen Gegend gelegen ist. Unter sonst guten Verhältnissen hat Patient bis zum Ausbruch der jetzigen Krankheit sich einer stätigen Gesundheit erfreut. In seiner Familie ist Patient der Einzige, der von einer solchen Krankheit befallen ist, auch erinnert derselbe sich in seiner Umgebung nie einen solchen Kranken gesehen zu haben.

Da Patient nur kurze Zeit sich in Dorpat anhielt, konnte von einer erfolgreichen Behandlung nicht die Rede sein. Patient erhielt in dieser Zeit Jodkalium, und bei seinem Abzuge aus der Stadt den Rath, dieses Mittel weiter zu brauchen.

Fall 2.

Jurri Jürgens, Ehste, wohnhaft auf dem Gute Gutmannsbach in Livland, im Pernauschen Kreise am Ostseestrande gelegen, 48 Jahr alt, verheirathet mit einem gesunden Weibe mit dem er drei gleichfalls gesunde Kinder gezeugt hat, leidet schon seit 16 Jahren ohne Unterbrechung. Patient ist von langem Wuchs, sehr schwächtigem Oberkörper, die Brust ist flach, eingesunken. Die Extremitäten bis auf die Füsse mager und schlaff. Die Haut sehr welk, schlaff, von bräunlicher Färbung. Das Gesicht des Patienten hat einen besonderen Ausdruck, der Nasenlippenzug

stark ausgeprägt, das Gesicht faltig, die Augenlider schlaff, atrophisch, herunterhängend, mit Neigung zu Entropium.

Die Augenbrauen fehlen gänzlich. Auf der Stirn, namentlich auf dem Arcus superciliaris zahlreiche erbsengrosse Hautknoten, die vor einigen Jahren noch grösser und zahlreicher gewesen sind. Vor 9 Jahren sind viele in Eiterung übergegangen, und haben Narben zurückgelassen. Das übrige Gesicht ist von Tuberceln frei. Bei Besichtigung des Rachens fand ich die Schleimhaut desselben sehr blass, und besetzt mit kleinen weissen, stecknadelkopfgrossen Narben, die ihren Sitz vorzüglich um die Uvula und auf der Schleimhaut des harten Gaumens hatten. Durch das Narbengewebe war das Zäpfchen an seiner Wurzel stark eingeschnürt, so dass die Spitze desselben breiter als die Wurzel sich zeigte. Diesen Narben sind Tuberceln vorausgegangen, die in Verschwärung übergegangen, dieselben zurückgelassen haben. Dieses wurde mir bestätigt von dem Arzte, der den Patienten Jahre lang in seiner Behandlung gehabt hat.

Die untern Extremitäten sind mager, welk, mit weissen unregelmässigen Narben besetzt. Die Füsse sind bis zu den Knöcheln stark geschwollen, das unterhäutige Bindegewebe ist so stark infiltrirt, dass die Füsse eine bretartige Verhärtung darbieten. Die Zehen an beiden Füssen sind unbiegsam, die grossen Zehen zeigen eine starke Verbiegung nach dem äussern Fussrande hin. Die Hautfarbe an den verdickten Füssen ist aschgrau, die Haut sehr rauh. Ferner findet man auf dem rechten Fusse, am äussern Knöchel ein Geschwür von der Grösse eines Rubelstückes, von unregelmässiger Form, harten Rändern und tiefem, unreinem Grunde. Am innern Knöchel ein ähnliches Geschwür, nur kleiner. Ferner bemerkt man zahlreiche Narben, denen gleiche Geschwüre vorausgegangen sind; so sieht man an den Metatarsophalangealgelenken der 2. bis 4. Zehe eine feste Narbe, die sich mit der Zeit so fest zusammengezogen hat, dass die Gelenkstellen der genannten Zehen stark aneinander gerückt erscheinen. Am linken Fusse findet man gleichfalls Geschwüre von derselben Beschaffenheit, wie die früher geschilderten. An den Metatarsophalangealgelenken der drei letzten Zehen ein viereckiges Geschwür gegen einen Zoll im Durchmesser. Auf dem innern Knöchel ein grosses

unregelmässiges Geschwür, das von besagtem Punkte entspringend, mit auslaufender Spitze sich bis zum ersten Metatarsalknochen erstreckt.

Ausser diesen geschilderten Erscheinungen an den Füssen ist an denselben noch eine ausgesprochene Anaesthesie bemerkbar, die sich im hohen Grade bis zu den Knöcheln erstreckt, wie weit die Infiltration reicht, von dort abnehmend auf den Unterschenkel übergeht, um einige Zoll unter dem Kniegelenk ganz zu schwinden.

Die oberen Extremitäten sind sehr mager, mit schlaffen Hautdecken, frei von Hautknoten, wol aber mit zahlreichen Narben von vorausgegangenen Geschwüren bedeckt. In den Händen vollständige Anaesthesie, die sich bis zu den Ellenbogen erstreckt. Patient ist nicht im Stande irgend einen Gegenstand zu fassen, und in seinen Händen zu erhalten, wenn dazu auch die geringste Anstrengung erforderlich ist. Die Haut auf Brust und Rücken ist rein; an den Trochanternen Narben von grossem Umfange und unregelmässiger Form.

Patient ist vor sechszehn Jahren erkrankt, angeblich nach einer Erkältung, wie das Leiden sich aber mehr und mehr ausgebildet, kann Patient nicht angeben. Er erinnert sich, dass die Hautknoten auf der Stirn grösser und zahlreicher gewesen, jedoch durch ärztliche Behandlung kleiner und seltner geworden sind; den Geschwüren auf den Extremitäten sollen grosse helle Wasserblasen vorausgegangen sein, die einen Tag gestanden, geplatzt sind und Geschwüre zurückgelassen haben. Patient giebt an, dass er seit Jahren an Rückenschmerzen, Heiserkeit, häufig sich wiederholendem Katarrh der Respirationsorgane und Knochenschmerzen leidet. Aus der rechten Tibia sollen Knochensplinter ausgestossen worden sein. An Syphilis hat Patient nie gelitten, an den Genitalien keine Narbe zu bemerken.

Patient hat stets in guten Verhältnissen gelebt, hat sich jedoch als Holzhändler am Strande vielen, mit dem Geschäft verbundenen Schädlichkeiten aussetzen müssen. In seiner Familie ist die Krankheit vorgekommen, es leidet augenblicklich ein Neffe von ihm an derselben.

Die Behandlung, die Patient genossen hat, bestand in dem Gebrauch von Jodkalium und Sassaparilldecoct. Eine

geringe Besserung ist nach dieser Behandlung eingetreten, denn die Hautknoten hatten sich zurückgebildet, die Geschwüre im Rachen waren geheilt.

Fall 3.

Jurri Jürgens, Neffe des vorigen Patienten, wohnhaft auf dem Gute Gutmannsbach, leidet schon seit der Geburt.

Patient, siebenzehn Jahre alt, von kleiner Statur und schwächlichem Körperbau, bietet einen traurigen Anblick dar. Obgleich erst siebenzehn Jahr alt, hat das Gesicht durch das langdauernde Leiden, einen alten, zugleich traurigen Ausdruck angenommen. Beim ersten Anblick fallen schon die Verstümmelungen an Händen und Füßen auf, nach Entkleidung des Patienten treten dem Beschauer die entstehenden Folgen dieser Krankheit vor Augen. Rücken und Bauch sind besetzt mit zahlreichen weissen, glänzenden, unregelmässigen Narben, untermischt mit grossen unregelmässigen, hellen Flecken, welche von grösserer Consistenz und geringerer Sensibilität, als die umgebende Haut sind. Die beiden Oberschenkel sind abgemagert, gleichfalls bedeckt mit zahlreichen, theils isolirten, theils zusammengefloßenen Narben. Die beiden Unterschenkel sind von derselben Beschaffenheit, mit dem Unterschiede, dass zwischen den vernarbten Stellen noch offene Geschwüre anzutreffen sind.

Während der Oberschenkel schlaff anzufühlen, zwischen den vernarbten Partien noch gesunde Haut anzutreffen war, ist auf dem rechten Unterschenkel kaum eine kleine Stelle gesunder Haut zu finden; wo nicht Narben sind, ist die Haut von Geschwüren eingenommen. Durch das viele Narbengewebe hat der Unterschenkel eine grössere Festigkeit erlangt. Vom Knie bis zum Fussgelenk findet man fünf Geschwüre von verschiedener Form und Grösse. Auf der vordern Seite am Rande der Tibia zwei bis drei Zoll lange und zwei Zoll breite oberflächliche Geschwüre mit harten, erhabenen Rändern, mit gleichmässigem, geröthetem Grunde, ohne Neigung zur Heilung. Der Grund ist ohne Granulationen und ohne Eitersecretion. Das Secret dieser Geschwüre scheint sich auf ein dünnflüssiges, albuminöses

Fluidum zu beschränken, das den Grund des Geschwürs mit einer dünnen, glasigen Schicht überzieht. Die Form der Geschwüre ist eine sehr unregelmässige, bald mehr der länglichen, bald mehr der runden Form sich nähernd, zuweilen mit unregelmässigen Ausbuchtungen versehen.

Der rechte Fuss ist von den Knöcheln an stark geschwollen, infiltrirt, hart anzufühlen. Der Breitendurchmesser des Fusses am Hacken beträgt gegen sechs Zoll. Patient tritt mit seinem Hacken auf, dadurch ist die Fusssohle dem Gesichte vollkommen zugänglich und lässt einen runden Substanzverlust in der Haut bemerken, der seinen Sitz mehr zum Hacken hin hat und mit einem Rubel Silber zu bedecken ist. Der Substanzverlust geht durch die Haut bis auf die Muskulatur, die vollkommen blösgelegt, von keinem Secret bedeckt ist. Auch beim Drucke auf die unterminirte Haut ist keine Flüssigkeit zu bemerken. Am Hacken, wie an beiden Knöcheln sieht man eingezogene Narben.

Der linke Unterschenkel zeigt dieselbe Beschaffenheit wie der rechte, auch hier findet man Geschwüre und Narben. Auf dem Knie findet man ein oberflächliches, rundes, atonisches Geschwür, von der Grösse eines Rubelstückes. Von dem Knie aus erstreckt sich auf den Unterschenkel ein dicker Narbenstrang. An der vordern Fläche des Unterschenkels vier bis fünf Geschwüre von verschiedener Grösse und Form, von derselben Beschaffenheit wie die auf dem rechten Unterschenkel. An der hintern Fläche sieht man ein grosses oberflächliches, sehr unregelmässiges, mit verschiedenen Ausbuchtungen versehenes Geschwür; über und unter demselben zwei kleinere, von derselben Form und Beschaffenheit. Diese Geschwüre gehen nur durch die Haut, die Ränder sind scharf geschnitten, die Geschwürfläche aller Granulationen bar, erscheint glatt, dunkelroth glänzend mit einem glasigen Ueberzuge.

Der linke Fuss gleicht auffallend dem rechten, dieselbe Verbildung, dieselbe Infiltration und Volumenzunahme, auf der Sohle ein Substanzverlust von gleicher Lage, Grösse, Form und Beschaffenheit; unter den beiden Knöcheln eingezogene Narben. Die untern Extremitäten sind vollkommen anaesthetisch, weder Kneipen noch Stechen empfindet Patient. Die Anaesthesie erstreckt sich bis zum Kreuz.

Auch die oberen Extremitäten sind von der Krankheit nicht verschont geblieben. Dieselben sind atrophisch, von schlaffen, welken, dunkelgefärbten Hautdecken überzogen. An den Ellenbogen grosse unregelmässige Narben, die man auch auf beiden Unterarmen vorfindet. Die Finger beider Hände stark flectirt, unbeweglich, durch keine Gewalt mehr zu strecken. An dem vierten Finger der rechten Hand, an dem Metacarpophalangealgelenk ein kleines Geschwür mit einer harten Borke besetzt. Am zweiten Finger derselben Hand, ein durch Verbrennung entstandenes Geschwür, das seit Wochen schon bestehend, keine Neigung zur Heilung zeigt. Am Metacarpophalangealgelenk des dritten und fünften Fingers der linken Hand Narben; an der zweiten Gelenkverbindung des Daumen derselben Hand ein kleines atonisches Geschwür. In den Händen vollkommene Anaesthesie, die sich bis zu den Schultern, allmählig abnehmend erstreckt. Die Anaesthesie in den Händen ist so gross, dass Patient bei Verbrennung keinen Schmerz empfindet.

Hautknoten sind an dem Patienten nicht zu bemerken, die Schleimhaut des Rachens vollkommen rein und unverletzt, Heiserkeit, katarrhalische Erscheinungen, Geschwulst der Lymphdrüsen fehlen. Appetit gut, Verdauung in Ordnung.

In anamnesticher Beziehung erfuhr ich Folgendes. Die Krankheit ist in der Familie einheimisch. Der Onkel Jürri Jürgens leidet gegenwärtig daran. Der Vater ist gesund, die Mutter ist an einer ähnlichen Krankheit gestorben, hat drei Kinder geboren, von denen das älteste und jüngste gesund und kräftig, das zweite, unser Patient, krank geboren worden ist. Bei der Geburt des Kindes hat man auf seinem Körper weisse, unregelmässige Flecken bemerkt. Die Geschwüre, die immer neu ausgebrochen und Narben zurückgelassen haben, sind seit dem sechsten Lebensjahre des Patienten entstanden, theils aus den weissen Flecken, theils aus grossen, wasserhellen Blasen, die plötzlich ausgebrochen, einen Tag gestanden, darauf geplatzt und Geschwüre zurückgelassen haben. Vom sechsten Lebensjahre hat sich die Krankheit bis zum heutigen Tage gleichmässig hingezogen, Geschwüre sind entstanden, sehr langsam geheilt, und neue wieder ausgebrochen. An den vernarbten Stellen der Füsse hat Patient vor zwei Jahren tiefe Geschwüre gehabt,

aus denen zolllange Knochenstücke ausgestossen wurden, worauf die Geschwüre geheilt sind. Die Verunstaltung der Füsse ist allmählig in den letzten Jahren vor sich gegangen. Patient hat in guten Verhältnissen gelebt, einer Behandlung ist er nicht unterzogen worden.

Fall 4.

Auf dem am Ostseestrande gelegenen Gute Orrenhof (Livland, Pernauscher Kreis) präsentirte sich mir eine Kranke mit Namen Len o S a r r a p u h. Die Besichtigung derselben ergab Folgendes: die Kranke, fünfzig Jahr alt, von langem Wuchs und schwächiger Constitution, beklagte sich über ein hartnäckiges, schon seit fünfzehn Jahren bestehendes Geschwür am linken Fuss. Derselbe war geschwollen, stark infiltrirt, von verminderter Sensibilität. Ein grosses, unregelmässiges Geschwür bedeckte den Fussrücken mit seiner grössten Fläche, seitliche, unregelmässige Ausbuchtungen erstreckten sich auf beiden Seiten bis zum Fussrande. Die Umgebung des Geschwüres bildete ein harter, dicker, erhabener Rand, bestehend aus nussgrossen, blauröthlichen, dicht an einander gedrängten Hautknoten, die sich noch weiterhin über den Fuss in grosser Anzahl erstreckten. Der Grund des Geschwürs war glatt, ohne Granulationen und Secretion, blassroth, aus dem infiltrirten subcutanen Bindegewebe bestehend. Dem Geschwür sind Hautknoten; von derselben Beschaffenheit wie die in der Umgegend noch anzutreffenden, vorausgegangen. Dieselben sind in Erweichung und Verschwärung übergegangen, und haben das bestehende Geschwür zurtückgelassen. Eine sehr trockene, welke Haut abgerechnet, war an der Patientin sonst nichts zu bemerken.

Fall 5.

Tenno L a c h t, 55 Jahre alt, Ehste, wohnhaft auf dem Gute Allatzkiwwi (Livland, Koddafer) im Dorfe Kolk, hart am Peipussee gelegen, ist von langem Wuchs, ziemlich kräftiger Constitution, und seit Jahren schon blödsinnig, so dass ich von ihm selbst über seine Krankheit keine Mittheilung erhalten konnte. Seine Umgebung konnte mir auch nichts Genaues über den

Kranken angeben, nur so viel, dass derselbe vor einigen Jahren aus einem benachbarten Dorfe, woselbst er Fischer gewesen, in seinen jetzigen Wohnort krank übersiedelt, hierselbst von der Wohlthat seiner Umgebung lebend, in dürftigen Verhältnissen sein Leben hinschleppt. Die Untersuchung des Patienten ergab eine welke, sehr schlaffe Haut. Die Finger beider Hände stark flectirt und in dieser Lage schon seit Jahren verharrend, waren in die normale Lage nicht mehr zurückzubringen. Anaesthesie erstreckte sich von den Händen bis in die Schultern; tiefe Einstiche mit einer Nadel empfand Patient nicht. Sonst war an den Händen wie an den Armen nichts zu bemerken. Auf der Sohle des linken Fusses, mehr zum Hacken hin, unter den Tarsalknochen ein tiefes, atonisches, mit scharfen Rändern versehenes Geschwür, von länglicher Form und übelriechender, ziemlich bedeutender Secretion. Dieses Geschwür, schon seit Jahren bestehend, hat sich in dieser Zeit gar nicht verändert, keinen Schritt zur Heilung gemacht. Die unteren Extremitäten sind in demselben Grade gefühllos wie die oberen, man konnte dieselben kneipen, mit der Nadel Einstiche bis auf die Muskeln machen, ohne dass Patient irgend eine Schmerzensäusserung kund gab.

Fall 6.

Marr,i Wahi, Ehstin, wohnhaft auf dem Gute Kawershof, am Embachflusse gelegen, (Livland, Dorpater Kreis), fünfundvierzig Jahre alt, unverheirathet, bekam ich im December 1859 zu Gesicht. Patientin ist von mittler Grösse, sehr abgemagert, das Fett unter der Haut fast gänzlich geschwunden, die welke bräunliche Haut hängt schlaff um den Körper, hat ihre Elastizität gänzlich verloren. In dem Gesichte liegt die Haut in zahllosen Falten und verleiht der Patientin ein greisenhaftes Aussehen. Die Augenlider sind schlaff, atrophisch, bedecken kaum die krankhaft veränderten Augen. Schon seit Jahren hat sich eine Trübung auf der Cornea beider Augen ausgebildet, die jetzt eine so vollständige ist, dass von der normalen Cornea nichts mehr zu sehen ist. Die beiden Unterschenkel sind oedematös geschwollen, der rechte stärker als der linke. Die Füße

stark infiltrirt und hart anzufühlen, haben bedeutend an Umfang zugenommen, sind von unförmiger Beschaffenheit. Am rechten Fuss sieht man die grosse Zehe stark nach rechts gebogen, über die zweite gelagert, in die normale Lage durch keine Gewalt mehr zurückzubringen. An der innern Seite desselben Fusses, in der Gegend der grossen Zehe findet man ein Geschwür von der Grösse eines Fünzigkopenstückes, von runder Form mit scharf geschnittenen Rändern. Der Grund wird gebildet von schlaffen, blassen Granulationen mit dünnflüssiger Absonderung. Der linke Fuss von derselben Beschaffenheit, was Form und Dicke anlangt, wie der rechte. Ausserdem findet man unter dem äussern Knöchel ein Geschwür von der Grösse eines Rubels, von unregelmässiger Form, mit scharfen Rändern, der Grund gänzlich ohne Granulationen, von blassrother Farbe und ohne Absonderung. Unter dem innern Knöchel ein gleich grosses Geschwür mit granulirtem Grunde, von geringer Absonderung. Unter der ersten und dritten Zehe Geschwüre mit eingezogenen Rändern, aus denen Knochenstücke ausgestossen worden sind. Auf dem Rücken des Fusses, an der Basis der vierten Zehe ein gleiches Geschwür, aus dem beim Druck und bei Bewegung des Fusses Jauche ausfliesst. An den oberen und unteren Extremitäten vollkommene Anästhesie bis in die Schultern und Kreuz hinaufreichend. Tiefe Einstiche unter dem Nagel der grossen Zehe wurde nur als Berührung empfunden. Die Nägel an den Zehen sind verdickt und verbogen. Decubitus an den Trochantären. Die Verdauung liegt darnieder, flüssige Stühle entkräften die Patientin. Nach der Aussage der Kranken soll sie erst seit einigen Monaten erkrankt sein, was nach den vorgefundenen Erscheinungen zu urtheilen, nicht wahrscheinlich ist.

Fall 7.

Helene Jansen, Deutsche aus Fellin, in Livland, erschien im März 1857 auf unserer Klinik. Patientin einundvierzig Jahr alt, ist von kachektischem Habitus, die Haut schlaff und welk, der Paniculus adiposus bedeutend geschwunden. Die unteren Augenlider atrophisch, die Cornea

nicht ergriffen, die Conjunctiva ein wenig geröthet. Die Extremitäten sind die Theile, an denen die Folgen der Krankheit vorzüglich zum Vorschein gekommen sind. An der rechten Hand findet man, den flecirtten Daumen ausgenommen, alle Finger durch Ausstossung von Knochen verkürzt und verstümmelt. Vom Zeigefinger ist nur die erste Phalanx vorhanden, vom Mittelfinger die dritte mit dem Nagel, die erste und zweite ausgestossen, vom Goldfinger und dem kleinen Finger nur die erste Phalanx noch anzutreffen. An der linken Hand ist von dem Daumen die erste Phalanx da, von dem Zeigefinger die dritte, vom Mittelfinger nur ein Rudiment der ersten Phalanx, vom Goldfinger die erste Phalanx mit dem Nagel, der fünfte Finger ist atrophisch und flecirt, die übrigen vier verstümmelten Finger, in sehr geringem Grade beweglich, erscheinen als steife Fortsätze des Metacarpus. Die Muskeln an den Händen sind atrophisch, die Haut, trocken und unelastisch, ist mit zahlreichen Narben bedeckt. Die Anaesthesie reicht bis zur Mitte des Unterarms. Der rechte Unterschenkel ist bis in die Fossa poplitea anaesthetisch. Auf dem Fussrücken ein Erysipel, an der Basis der Zehen ein Geschwür mit schlaffen Granulationen und stark infiltrirter und gerötheter Umgebung. Am linken Fuss Varusbildung. Die Zehen durch Ausstossung von Knochen verkürzt. Anaesthesie.

Nach Angabe der Patientin hat die Krankheit im 19. Jahre ihres Lebens begonnen, seit der Zeit sich allmählig, unter heftigen Schmerzen in den Füßen und im Rücken, bis zu der jetzigen Höhe entwickelt. Die Katamenien sind stets regelmässig gewesen, Patientin hat sechs gesunde Kinder während der Krankheit geboren. Die Eltern, Ausländer, haben an einer ähnlichen Krankheit nicht gelitten. Patientin verliess ohne Behandlung die Klinik und hat sich der weiteren Beobachtung gänzlich entzogen.

Fall 8.

Lisa Kenz aus Wohlfahrt in Livland, (Kirchspiel Wohlfahrt, Kreis Wolmar) 30 Jahr alt, Lettin, wurde den 14. März 1857 in die chirurgische Abtheilung der Klinik aufgenommen. Die Patientin, von mittlerer Grösse und abge-

magertem Körper, zeigte eine bedeutende Verdickung ihres linken Unterschenkels, die an der vordern Fläche anderthalb Zoll unterhalb der Tuberositas tibiae, an der äussern zweiundeinhalb Zoll unterhalb des Capitulum fibulae, an der innern zweiundeinhalb Zoll unterhalb des Condylus inter. tibiae, und an der hintern drei Zoll unter der Fossa poplitea beginnt. Diese Volumzunahme des Unterschenkels ist bedingt durch eine bedeutende Infiltration des Unterhautzellgewebes, als auch durch zahlreiche, nussgrosse Hautknoten, die auf dem Fussrücken ihr Maximum an Zahl und Grösse erreichend, die Ursache der Missgestaltung des Fusses sind. Die Hautfalte zwischen dem Fuss und dem Unterschenkel, in der Gegend des Tarsalgelenks ist von Hautknoten befreit, wie auch die Fusssohle. An der untern Fläche des zweiten und dritten Zehes finden sich jedoch einige Hautknoten, die beim Druck bluten, während die Knoten auf dem Unterschenkel und dem Fussrücken beim Druck eine weissliche Masse aus ihrer excoriirten Oberfläche entleeren. Zwischen den Hautknoten findet man Flecken von röthlicher Farbe und runder Form, die an der äussern Seite des Unterschenkels und auf dem Fussrücken am zahlreichsten sind, und eine geringe Desquamation zeigen. Die Nägel an den Zehen sind normal; auf dem kranken Fusse findet man noch zwei Geschwüre, das eine erstreckt sich von der äussern Seite des fünften Mittelfussknochens bis zur Commissur der zweiten und dritten Zehe. Die Ränder dieses Geschwürs sind callös, scharf geschnitten, der Grund ohne Granulationen, mit einzelnen kleinen Narbeninseln in der Mitte. Das zweite Geschwür befindet sich an der innern Seite des Fusses, in der Nähe des innern Knöchels, von der Grösse eines halben Rubelstückes mit callösen Rändern und nicht granulirtem Grunde. An der innern Seite des Unterschenkels sieht man varicöse Venen, an der hintern Fläche Narben von früher dagewesenen Verschwärungen. Die Bewegung des kranken Fusses ist beeinträchtigt, jedoch ist Patientin im Stande die nöthigen Bewegungen beim Gehen auszuführen. Anaesthesie war nicht vorhanden. Die übrigen Körpertheile waren von ähnlichen Degenerationen befreit.

Ueber ihren früheren Gesundheitszustand und die Entwicklung der Krankheit sagte Patientin Folgendes aus:

Vor ungefähr 20 Jahren sei sie an Gelenk- und Gliederschmerzen erkrankt, und erst seit 9 Jahren am linken Unterschenkel und Fuss mit dem gegenwärtigen Uebel. Das Uebel hatte mit einer Anschwellung des Fussrückens begonnen, und von dort aus über den Unterschenkel sich fortgepflanzt. Auf dem geschwollenen Unterschenkel und Fusse sei anfangs ein Ausschlag erschienen, der mit Flecken und Knollenbildung geendet habe; die Geschwulst selbst hätte zeitweilig zugenommen, sei dabei röther und heisser geworden, und mitunter habe sie sich auch verkleinert. Die Schmerzen seien dabei bei der Function der Extremität im Ganzen gering gewesen. Seit 5 bis 6 Jahren habe sie an Frösteln, das sich jeden Morgen wiederholt hat, gelitten, und wenn die Geschwulst sich vergrössert habe, so sei das Frösteln auch Abends und Mittags aufgetreten. Vor ungefähr 6 Wochen habe sie an Brust-, Rücken- und Gliederschmerzen gelitten, sei von abwechselndem Frost und Hitze geplagt worden; in dieser Zeit seien auch die Geschwüre am Fusse entstanden, indem an diesen Stellen die gangränescirende Haut schwarz wurde, und nach Abstossung, unter derselben sich ein Geschwür zeigte. Auch habe während dieser Zeit der linke Fuss geschmerzt, und sie habe denselben gar nicht brauchen können. Ihre Menstruation sei im 18ten Lebensjahre zum ersten Male eingetreten, sie hätte sich darauf verheirathet und drei Kinder geboren. An Drüsenanschwellungen habe sie nie gelitten, und die Venenaufreibung an der innern Seite der linken untern Extremität hätte sich vor 2 Jahren unter geringen Schmerzen entwickelt. Ihre Eltern und Verwandte hätten nie an einer ähnlichen Krankheit gelitten; der Ort, in dem sie wohne, liegt in einer sumpfigen Gegend, doch sei sie die Einzige unter den Bewohnern, die an einem solchen Uebel leidet.

Am 2ten März wurde der kranke Unterschenkel durch eine Amputation entfernt. Heftige Schmerzen im Stumpfe, Fieber, Schlaflosigkeit, Durchfälle, Decubitus, oedematöse Anschwellung der untern Extremitäten, Verfall der Kräfte und Tod am 17ten Mai.

Einige Momente aus dem Sectionsprotocoll: Oedem der Lungen, Adhaesion der Pleura. Die Leber fest, blutreich,

die Milz weniger blutreich. Die linke Niere normal, die rechte blutreich, zeigt eine in Verfettung übergegangene Stelle. Die Schleimhaut des Darmkanals mehr oder weniger injecirt, zeigt infiltrirte und erudirte Stellen. An dem linken Schenkel fand man auf der Sehne der Aductoren Ablagerungen von Exsudat an Stelle des geschwundenen Fettes. Der Sartorius oedematös, nach unten zu von gallertartigem Exsudat umgeben. Dasselbe Exsudat in der fossa epicondyloidea. Die Arteria tibialis post. noch nicht obliterirt, der Nervus tibialis durch Exsudatauflagerung verdickt. Die Haut an der hintern Seite des Unterschenkels infiltrirt. Leider konnte ich im Sectionsprotocoll weder Angaben über den Befund des Gehirns noch des Rückenmarks vorfinden.

Fall 9.

Marri Tamm aus Odenpaeh in Livland, 55 Jahr alt, wurde am 28. November 1857 in die chirurgische Klinik aufgenommen.

Patientin von kleiner Statur und spärlichem Haarwuchs, zeigt den Kopf bedeckt mit kleinen Schüppchen, die sich wie Kleie abreiben lassen. Besonders zahlreich sind dieselben an den Seitentheilen des Kopfes und am Nacken anzutreffen, wo dieselben grösser und dachziegelförmig übereinander gelagert sich finden. Nach Entfernung der Schüppchen findet man eine röthliche, etwas feuchte Fläche. Zerstreut auf dem Kopfe trifft man einige Pusteln und Bläschen mit eitrigem und wässrigem Inhalt. Das Gesicht der Patientin von gelbbrauner ins Graue spielender Farbe, zeigt zahlreiche Falten und Runzeln; die Wangen hängen schlaff herab, die Haut derselben ist infiltrirt und verspeckt. Dieselbe schmutzigbraune Farbe des Gesichts finden wir auch auf der Haut der Brust und des Rückens, letzterer ist zu beiden Seiten der Wirbelsäule besetzt mit zahlreichen braunrothen Flecken von derberer Consistenz als die sie umgebende Haut. Zwischen den Flecken findet man zahlreiche Hautknoten, die in der Cutis ihren Sitz haben. Die Epidermis ist verdickt und schelfert in zahlreichen Schüppchen ab.

Auf dem linken Oberarm findet man in der infiltrirten

Haut zahlreiche, dunkelbraune Flecken und Tuberceln. Die Epidermis ist auch hier von rauher Beschaffenheit und löst sich in zahlreichen Schüppchen ab. Der Vorderarm, dick und unförmig, lässt unter der infiltrirten Haut ein flüssiges Exsudat erkennen; auch hier findet man zahlreiche Flecken und Tuberceln. Die Knochen des Unterarms erscheinen dicker und aufgetriebener als im normalen Zustande, besonders ist dieses an den Enden derselben zu hemerken. An der Unterseite des Vorderarms, und zwar an der Radialseite, ragen aus einer zwei Zoll im Durchmesser haltenden Oeffnung die Endstücke des Radius und der Ulna hervor, umspült von einer jauchigen Flüssigkeit. Das Ende des Radius ist verdickt, von röthlich-gelber Färbung, an Stelle des Knorpelüberzugs findet man ein dickes Bindegewebe abgelagert. Die Ulna ist nicht so stark aufgetrieben, sonst von gleicher Beschaffenheit.

Auf der Dorsalseite der Hand, mehr zum Ulnarrande hin, findet man einen nach oben convexen Körper von anderthalb Zoll Dicke, gebildet aus den luxirten und degenerirten Carpalknochen. Die Metacarpalknochen befinden sich dem Handgelenk zunächst, wodurch denn auch die Hand um die luxirten Carpalknochen verkürzt ist. Die Haut der Hand ist verdickt, rauh, die Nägel sind degenerirt, der Daumen verdickt, noch beweglich im Gelenk. Der Zeigefinger hat nur ein Rudiment des Nagelgliedes mit einem kleinen verschrumpften Nagelstückchen. Der Mittelfinger ist unbeweglich mit verstümmeltem Nagel. Das Endglied des vierten Fingers ist rudimentär, glatt abgerundet mit einem Nagelrest. Am kleinen Finger Ankylose des zweiten Phalangengelenks. Auf dem rechten Arm ist die Haut ebenso verändert, wie auf dem linken, das Handgelenk ist jedoch nicht verändert. Die rechte Hand ist welk und verschrumpft, die Haut von derselben Beschaffenheit wie die des Armes. Der Daumen an der Spitze aufgetrieben, abgerundet, zeigt daselbst an Stelle des geschwundenen Nagels eine Hautfalte. Der zweite und dritte Finger haben keine Nägel, der vierte ist gesund, der fünfte ohne Nagel und im letzten Gelenk ankylosirt.

Die Bauchhaut, von derselben Färbung wie die Brust, ist welk und liegt in zahlreichen Falten. Die unteren Extremitäten sind oedematös, beim Druck eine deutliche Grube

zurücklassend. Die Haut ist glänzend mit zerstreuten Pusteln besetzt. Die Haut der Füsse ist rauh, weniger degenerirt als die der Hände. Die Nägel verkrümmt.

In anamnestischer Hinsicht konnte Patientin nur wenig angeben. Dieselbe hat ihre Eltern schon in den frühesten Jahren verloren, ist verheirathet gewesen und hat 2 Söhne geboren, die sich einer vollkommenen Gesundheit erfreuen. Den Anfang des Leidens datirt Patientin vom Frühling vorigen Jahres, und behauptet nicht früher daran gelitten zu haben.

Es wurde beschlossen der Patientin zuerst Arsen in Form der Fowlerschen Solution zu reichen, 8 Tropfen, täglich um zwei zu steigen, und dann die Amputation des linken Unterarms vorzunehmen. Da sich aber bei der Patientin nach dem Arsengebrauch starke Magenschmerzen und Durchfälle einstellten, wurde das Mittel ausgesetzt. Am 25ten Dec. stellte sich bei der Kranken eine Rose des Gesichts ein. Die bedeutende, sehr schmerzhaftige Anschwellung des Gesichts nahm rasch zu und am 25ten December starb Patientin und machte so die Operation unnütz.

In der Schädelhöhle fand man Ueberfüllung der Gefässe, die Pia mater verdickt, die Ventricel gefüllt mit einem serösen Erguss, die art. basilaris verdickt. Das Rückenmark zeigte, bis auf ein gelatinöses Exsudat in der Gegend des sechsten Halswirbels, woselbst das Rückenmark etwas erweicht erschien, nichts Normwidriges. Die Leber war weich und vergrössert, auf der Oberfläche der Milz fand man Tuberceln, die Nieren fettig entartet. Brightsche Degeneration, die Schleimhäute aufgelockert. In dem Darm und in der Leber eine grosse Anzahl Entozoen. Phtiriasis.

Fall 10.

Die Bäuerin Maie Plinte, Lettin aus Paddel in Livland im Walkschen Kreise, 65 Jahr alt, von mittelgrosser, sehr magerer, hinfälliger Gestalt, wurde den 15ten October 1857 in die chirurgische Abtheilung der Klinik aufgenommen. Die angestellte äussere Untersuchung ergab bis auf den linken Fuss nichts Normwidriges. Der kranke Fuss ist stark geschwollen, beinahe um das Doppelte seines Volumens, so

dass er einen unförmlichen Klumpen darstellt. Die Geschwulst reicht von den Zehen bis zum Sprung- und Ferseubein, fühlt sich bei der Berührung hart an, zeigt beim Fingerdruck keine Vertiefung. Die Haut des Fusses ist trocken, spröde, von rauher Beschaffenheit und graulicher Farbe. Auf der dritten Zehe, auf der Gelenkstelle der ersten und zweiten Phalanx, jedoch mehr auf der letzteren gelagert, befindet sich ein Geschwür von der Grösse eines halben Rubelstückes, mit erhabenen, ausgebogenen Rändern, die die Zehe überragend, ein blumkohlartiges Ansehen zeigen. Der Grund des Geschwürs ist speckartig, secernirt eine geringe eitrige Flüssigkeit, zeigt sehr geringe Neigung zur Heilung. Die Beweglichkeit der einzelnen Gelenke der krankhaft afficirten Partie ist aufgehoben. Die Sensibilität des Fusses ist gänzlich geschwunden.

In anamnestischer Beziehung konnte man von der Patientin nur so viel erfahren, dass vor ungefähr 9 Jahren das Uebel mit einer Geschwulst der dritten Zehe, auf dem sich jetzt das Geschwür befindet, begonnen. Die Haut auf demselben habe sich verdickt, die Beweglichkeit wie die Empfindung sei geschwunden. Von dieser Stelle ausgehend, habe sich die Geschwulst immer weiter verbreitet, bis sie die jetzige Ausdehnung erlangt.

Am 29. October wurde der kranke Fuss durch die Piragoff-Seimsche Operation entfernt. Der Ausgang dieser Operation war ein sehr ungünstiger. Die Wunde heilte nicht, die Lappen gingen in Brand über. Fieber, abendliche Frostanfälle, morgendliche Schweisse, Decubitus traten ein, und colliquative, nicht zu stopfende Durchfälle brachten das völlige Zusammensinken der Patientin zu Wege, die denn auch am 20. November an Entkräftung zu Grunde ging.

Bei der Section fand man eine bedeutende Verspeckung des Bindegewebes unter der Haut des Stumpfes; ferner ein breiiges Exsudat, das sich in bedeutender Tiefe zwischen den Muskeln vorfand, und beim Drucke in grosser Menge ausfloss. Die Fascien waren verspeckt, auf der Achillessehne ein starres Exsudat. Die Vena saphena war durch Exsudatauflagerung bedeutend verdickt, die innere Fläche des Gefässes war glatt. In den Venen fand man an den

verdickten Klappen Blutfröpfe. Die Arterien waren gleichfalls verdickt. Die Leisendrüsen waren hypertrophisch, die Schleimbäute anemisch und aufgelockert, die Leber von chokoladartiger Farbe und mürber Beschaffenheit, die Gallenblase gefüllt mit einer dünnen hellen Galle. Die Milz war von derberer Consistenz, die rechte Niere vergrössert und von breiiger, fettiger Beschaffenheit, die linke war in derselben Weise, nur in grösserem Massstabe verändert.

Das Gehirn zeigte keine besondere Veränderung. Ueber den Befund des Rückenmarks liegen keine Angaben vor.

Fall 11 und 12.

Am 14. Januar 1843 erschienen Marri und Lena Wilius auf unserer Klinik, erstere 16, letztere 14 Jahre alt, beide von dem Gute Kokora, (Livland, Koddaser), am Peispustrande gelegen.

Lena Wilius, schwächlicher Constitution, kleinen Wuchses, etwas scrophulösen Habitus, phlegmatischen Geistes zeichnete sich durch einen unsicheren, haltlosen Gang aus; die Füsse gedrunen, zeigen Spitzfuss, die Finger beider Hände halb flectirt, konnten nicht gestreckt werden. In den Handtellern Rhagaden, auf dem übrigen Körper hin und wieder kleine Schorfe. Die Haut der Extremitäten sehr rauh, auf dem linken Bein einige grössere Schorfe mit livider Färbung in der Umgegend. Empfindlichkeit und höhere Temperatur vom vierten bis zum achten Rückenwirbel. Die vegetativen Functionen des Körpers in Ordnung, Menstruation noch nicht eingetreten.

Nach Angabe der Patientin ist sie vor anderthalb Jahren von einem heftig juckenden Ausschlage auf den Händen, Oberarm und unteren Extremitäten befallen worden, der in Geschwüre und Schrunden überging, sich dann wieder, bis auf die bestehenden Spuren, ohne jedes Mittel, zurückbildete. Ehe jedoch die Rückbildung eintrat, bemerkte Patientin Steifheit, dann Schwäche, und endlich Contracturen in den oberen, und Misstaltung in den unteren Extremitäten. Patientin ist ausserdem nie krank gewesen, und stammt von gesunden Eltern ab.

Beide Kranken erhielten am 18. Januar innerlich Schwe-

fel, äusserlich Schwefelsalbe, ausserdem starke Ableitung an den empfindlichen Rückenwirbelstellen durch Bluteigel, Moxen, Fontanellenbildung, Einreibung von Ungentum ciner. Am 3. März wurde der Schwefel ausgesetzt; auf den Oberarmen wiederholte Pustelbildung, die nach der Anwendung von Bädern schwand. Nach dieser Behandlung war der Gang der Kranken sicherer und die Finger biegsamer geworden, die nun auf Handteller ausgespannt wurden. Innerliche Anwendung von Strychnin und Extractum nuc. vomic. bis zu geringen Zuckungen brachte die Kranken so weit, dass sie fast geheilt entlassen wurden.

Der Zustand der beiden Kranken hatte sich bis zum Jahre 1850 folgendermassen geändert.!

Marri Wilius von kleiner Statur und mit aufgetriebenem Gesichte zeigt an der linken Hand eine starke Verkrüppelung mit Rhagaden; ferner Atrophie des kleinen und Mittelfingers, an dessen letzteren Nagelphalange ein Geschwür. Die zweite Phalanx dieses Fingers nur noch rudimentär vorhanden. Der erste, zweite und dritte Finger sind flectirt. Nägel vorhanden. Das Gefühl an der Hand vermindert, über dem Handgelenk normal.

Am Daumen der rechten Hand findet man Hypertrophie des Gelenkes zwischen der ersten und zweiten Phalanx, ferner Verkrüppelung des Nagels. Am zweiten Finger ist die Nagelphalanx abgestossen. Am dritten Finger ist noch ein Nagelrudiment, die dritte Phalanx ebenfalls ausgestossen. Am vierten Finger ist die erste Phalanx atrophisch, die dritte ausgestossen, auf deren Haut ein kleines Nagelrudiment. Der fünfte Finger ist normal.

Am rechten Fuss fehlt die grosse Zehe, vor mehreren Jahren unter Geschwürsbildung stückweise abgestossen. Die zweite Zehe verdickt, nach unten und innen verbogen, mit einem Geschwür an der Flexorenseite; die übrigen normal. Am äusseren Rande des Fusses ein atonisches Geschwür. Der ganze Unterschenkel aufgedrungen, Gefühl überall vorhanden. Der linke Fuss ist ein paralytischer Klumpfuss, an der Ferse ein rundes, tief eindringendes Geschwür. Der Unterschenkel mit Psoriasis bedeckt. Gefühl vorhanden.

Le n a W i l i u s zeigt ein abgemagertes Gesicht, vollständigen Lagophthalmos des linken Auges, am rechten Auge noch

nicht so weit vorgeschritten. Die Nase eingesunken, im linken Nasenloche ein Schleimhautgeschwür, an der Grenze des harten und weichen Gaumens eine feste, längliche, weisse Narbe. Die linke Hand verkrüppelt, die Finger flectirt, Excoriationen an der Streckseite der Gelenke zwischen der ersten und zweiten Phalanx. Die Radialseite des Unterarmes und der Hand empfindlich, an der Ulnarseite die Finger und die Hand unempfindlich. Die rechte Hand ganz ebenso verändert. Der linke Fuss ist paralytischer Klumpfuss, an dem äussern Rande ein atonisches Geschwür; die ganze Extremität ist geschwollen, indurirt, empfindlich. Der rechte Fuss ist ebenfalls paralytischer Klumpfuss, an der untern Fläche der grossen Zehe ein atonisches Geschwür. Die Extremität empfindlich. Exulcerationen der Gelenke nicht zugegen. Die Kranke klagt über rheumatische Schmerzen. Die Menstruation trat vor vier Jahren ein, und erscheint alle drei Monate spärlich wieder. Der Appetit ist schlecht.

Fall 13.

Greta Wilius, aus Kokora in Livland, eine Schwester von Marri Wilius, achtzehn Jahre alt, von leuko-phlegmatischem Habitus, noch nicht menstruiert, klagt über eine seit anderthalb Jahren beginnende Lähmung des rechten Fusses, mit gleichzeitiger Unempfindlichkeit. Am rechten Fuss Varus paralyticus, auf dem äussern Rande desselben ein Geschwür, bedeckt mit geschichteten Schorfen, umgeben von verdickten Rändern. Das Geschwür ist vor drei Monaten nach einer geringen Entzündung entstanden, unter fortwährender Schorfbildung und Abfall, wodurch das Geschwür immer tiefer geworden. Die Constitution der Patientin ist schwächlich, die vegetativen Functionen in Ordnung.

Nach drei Jahren folgender Befund. Buffiges Gesicht, an der linken Hand der kleine Finger verkürzt und verdickt, mit einem Nagelrudiment. Der Daumen excoriirt. Rhagaden und Hautknoten an dem Handrücken. An dem afficirten Finger das Gefühl geschwunden. Die rechte Hand verkrüppelt, die Finger, ausser dem zweiten, gefühllos. Ex-

coriation am Metacarpalgelenke des vierten Fingers und am Os pisiforme. Das rechte Bein gedrunken, atrophisch, bedeckt mit Psoriasiskrusten, am äussern Fussrande und der Ferse ein atonisches Geschwür, Gefühl vermindert. Am linken Bein ist die grosse Zehe aufgetrieben, an der Ferse ein Geschwür, auch hier Psoriasiskrusten. Nasenknorpel atrophisch, Mund gesund, keine Menstruation.

Fall 14.

Kadri Wilius, aus Kokora in Livland, achtzehn Jahre alt, seit drei Jahren erkrankt. Ausgeprägte Facies leonina, braune Haut mit unzähligen harten Tuberceln besetzt. Nasenknorpel atrophisch. Die Haut der gesunden Hände in fortwährender Abschuppung begriffen. An der Ferse und dem untern Wadentheile des linken Unterschenkels tiefe Geschwüre, an dem Knie des rechten Unterschenkels eine Excoriation. Beide unteren Extremitäten bis zur Inguinalgegend tuberculös, mit erhöhtem Gefühl.

Marri, Greta und Kadri Wilius sind aus der ersten Ehe, die Mutter ist schnell an einem Unterleibsleiden gestorben, der Vater hat mit der zweiten Frau fünf gesunde Kinder gezeugt.

Auf meiner Reise an den Peipusstrand suchte ich die Familie Wilius auf dem Gute Kokora auf, musste jedoch zu meinem Leidwesen erfahren, dass die kranken Glieder der Familie seit einigen Jahren gestorben.

Fall 15.

Stepanida Pawlowna, russischer Nation, zwanzig Jahre alt, aus dem am Peipus gelegenen Dorfe Tschernaja Derewna in Livland, von gesundem, kräftigem Körperbau, betrat am 28. August 1843 die chirurgische Klinik. Die Untersuchung ergab Folgendes:

Der Daumen der rechten Hand ist nach innen gekrümmt, unbeweglich, seine Haut, bis auf die innere Fläche der ersten Phalanx, die normal ist, weiss, dick, hart und unempfindlich. Dem Zeigefinger fehlt die letzte Phalanx, der Nagel und das Gefühl. Der Mittelfinger zeigt von allen

Phalangen nur Rudimente. Dem Goldfinger fehlt die letzte und mittlere Phalanx. Der kleine Finger ist nach innen gebeugt, kann nicht mehr gestreckt werden. Der Daumen der linken Hand ist flectirt, empfindungslos. Der Zeigefinger ohne letzte Phalanx und Nagel. Am Mittelfinger ist die letzte Phalanx und der Nagel nur rudimentär vorhanden. Am Goldfinger fehlt die mittlere Phalanx, der kleine Finger ist wie an der rechten Hand beschaffen.

Beide Hände bis zum Handgelenk, die geringe gesunde Hautstelle am rechten Daumen ausgenommen, sind bis auf den Knochen unempfindlich. Ueber dem Handgelenk kann man noch Einstiche von einem halben Zoll Tiefe machen, ohne dass Patientin eine Empfindung hat. Zum Oberarm hin nimmt die Anaesthesie allmählig ab, so dass auf demselben sie sich nur auf die äussere Haut beschränkt.

Der rechte Fuss ist dicker, als der linke, nach innen gekrümmt. Die Temperatur ist gesunken, die Haut hart, röthlich. Hinter der letzten Phalanx der kleinen Zehe ein rundliches Geschwür, zwei und dreiviertel Zoll lang, zwei u. ein halb Zoll breit und fünf Linien tief, umgeben von einer mehrere Linien dicken Haut, die aus zwei Schichten bestand, einer härteren hornigen äusseren, und einer weiche- ren inneren, verhärtetem Fett ähnlich.

Der Boden des Geschwürs ist von röthlicher Farbe, wenig Jauche absondernd und unempfindlich. Anaesthesie findet sich vor, zwei Zoll tiefe Einstiche werden nicht empfunden. Am Knöchel geht sie nur bis auf einen Zoll tief, oberhalb des Kniegelenks nur eine halbe Linie tief. Der linke Fuss ist von verminderter Temperatur, unempfindlich. An derselben Stelle wie am rechten Fusse ein kleines, beginnendes Geschwür. Die durchgängige Unempfindlichkeit beschränkt sich nur auf einen Theil des Fusses, bis zur Wade allmählig abnehmend.

Das Allgemeinbefinden der Patientin ist gut. Beim Gehen empfindet sie einen stechenden Schmerz in dem rechten Bein.

Patientin stammt von gesunden Eltern, hat bis auf Kopfschmerzen nie gelitten. Vor einem Jahre, in der Herbstzeit, nachdem das neue frische Brod gebacken, entstanden am linken Fusse Knöchelschmerzen, der Fuss schwoll an,

wurde röther und heiss; nach einigen Tagen entstand mit Nachlass der Schmerzen hinter der kleinen Zehe ein schwarzer Fleck mit einer Oeffnung, welche allmählig zunahm, und nach einiger Zeit Anaesthetie. Nach einigen Wochen erkrankte auch der andere Fuss unter denselben Erscheinungen. Nach zwei Monaten erkrankte die rechte Hand. Unter Reissen der Glieder, schmerzhafter Anschwellung und krampfhafter Beugung der Finger, bildeten sich Oeffnungen an den Spitzen der geschwollenen Finger, aus welchen necrotische Knochenstückchen ausfielen. An der Dorsalfläche des ersten Daumengelenks entstand eine erbsengrosse Geschwulst, die sich erhärtete, worauf Verkrümmung eintrat. An der linken Hand hat sich die Krankheit ebenso entwickelt, Schmerzhaftigkeit, Geschwulst, fistulöse Abscesse, Ausstossung necrotischer Knochenstücke und Abfall der Nägel. Aus dem Mittelfinger hat Patientin nach einem Einschnitt sich selbst die mittlere Phalanx herausgeholt. Nachdem das Geschwür vernarbt, blieb Anaesthetie zurück. Im Januar 1843 erschienen wieder Schmerzen im linken Fuss, wonach er zum Klumpfuss wurde. Die Geschwüre an den Füßen verbesserten sich bei Ruhe der Patientin, verschlimmerten sich jedoch bedeutend wieder zur Zeit der Feldarbeiten, denen Patientin nachgehen musste.

Die Patientin erhielt auf der Klinik Bäder, kräftige Diät, äusserlich Aqua oxymuriatica, innerlich Infusio flor. arnicae. Hiernach trat Besserung ein, die Temperatur stieg, die Schmerzen liessen nach, die Geschwüre reinigten sich, und zeigten schwache Granulationen. Galvanoacupunctur und endermatische Anwendung des Strychnins hatten keinen Erfolg. Die Geschwüre besserten sich nach täglich applicirten Heftpflasterstreifen, und waren nach einer einmonatlichen Anwendung derselben vernarbt. Am 15. December 1843 wurde Patientin mit bestehendem Klumpfusse und Anaesthetie aus der Klinik entlassen. Im Jahre 1845 hatte sich die Anaesthetie und Lähmung nicht gebessert, die Geschwüre am rechten Fuss waren wieder ausgebrochen, und hatten dieselbe Ausdehnung eingenommen, wie vor 2 Jahren.

Fall 16.

Minna Feldmann aus Wenden, 29 Jahr alt, von mittlerer Grösse, kräftigem Körperbau, ehstnischer Abkunft, betrat am 1. Januar 1849 die chirurgische Klinik.

Die Stirne, Wangen, Nacken und Extremitäten sind mit feinen, kleienartigen Schüppchen bedeckt; das Gesicht buffig aufgetrieben. An beiden Augen Lagophthalmos und Thränenfluss. Die Conjunctiva palpebrarum stark geröthet, auf der Conjunctiva bulbi sieht man einzelne geradlaufende, stark injecirte Gefässe; die Cornea ist mit einem breiten, blauen Ringe umgeben.

Die Füsse sind geschwollen, Hautfarbe erdfahl, in fortwährender Abschuppung begriffen; die Nägel der Zehen missgestaltet und brüchig, an der kleinen Zehe des rechten Fusses fehlt der Nagel fast ganz, alle Zehen sind kolbig, die dritten Phalangen verkürzt. An der äussern Seite der rechten kleinen Zehe befindet sich ein längliches, torpides Geschwür von lividem Aussehn, welches eine ziemliche Quantität wässrigen Eiters absondert, und bis zum fünften Metatarsalknochen dringt. Die unteren Extremitäten, vom Knie bis zu der Fusspitze zeigen vollkommene Anästhesie der Hautnerven, und erst beim Einstich in die Tiefe wird Empfindung geäussert.

An den oberen Extremitäten ist ebenfalls vollständige Anästhesie der Hautnerven des Vorderarms und der Hände vorhanden, verbunden mit Schwäche der Bewegungsorgane. Die Finger der beiden Hände sind stark flectirt, und abgemagert, die letzten Phalangen sind auch hier kolbig, durchweg verkümmert, die Nägel missgestaltet und auf ein Minimum reducirt; von der dritten Phalanx des rechten Mittelfingers ist nur noch das obere Gelenkende vorhanden, da der übrige Theil vollständig abgestossen wurde.

Die Kranke leidet häufig an Kopfschmerzen, schlechtem Geschmack und Aufstossen; der Appetit ist gering, die Stuhlausleerung träge, die Menstruation regelmässig, der Gemüthszustand deprimirt.

Ueber das Entstehen der Krankheit referirt Patientin Folgendes:

Die Krankheit hat im Jahre 1845 damit begonnen, dass rosenähnliche Eruptionen im Gesichte auftraten, die sich mehrere Male wiederholten. Darauf sei ein über den ganzen Körper sich erstreckender Hautausschlag von röthlicher Farbe erschienen, welcher sich nach dem Gebrauch von Sturzbaden unter Abschuppung verloren. Nach dem Schwinden des Exanthems bemerkte Patientin eine Schwäche in den Extremitäten, die sich bis zur Anaesthesie ausbildete. Etwa vor einem halben Jahre bildete sich am Nagelgliede des rechten Mittelfingers ein Geschwür, welches nach Ausstossung eines Knochenstücks wieder heilte. Das beschriebene Geschwür am äussern Rande der kleinen rechten Zehe hat sich vor einem Monate ausgebildet. Von Jugend auf hat Patientin in einer wald- und sumpfreichen Gegend gelebt, ist häufig Erkältungsfiebern ausgesetzt gewesen. Syphilis ist nicht vorausgegangen. Von den Eltern weiss Patientin nichts anzugeben.

Nach dem Gebrauch des Zittmannschen Decocts besserte sich der Zustand der Patientin. In den Extremitäten stellte sich Ameisenkriechen und in der Nacht starke Schmerzen ein, besonders im Fuss- und Handgelenk. Die Anaesthesie nahm ab, die Augen besserten sich. Am 9. Februar zeigten sich an den Waden ein dunkelbräunlich-rother Hautausschlag in einzelnen Flecken von einer bis drei Linien Grösse. Die Farbe dieser Flecken wurde am folgenden Tage blasser, und schuppten sich schliesslich in silberglänzenden Schüppchen ab. Derselbe Ausschlag fand sich auch am Nacken und der äussern Fläche des linken Unterarmes vor; gleichzeitig mit demselben zeigte sich auf dem Unterleibe ein gürtelartiger Ausschlag, der von anderthalb bis zwei Zoll Breite über den ganzen Unterleib sich erstreckte. Dieser schwach röthlich gefärbte Ausschlag erschien in ringförmigen Mahlplätzen mit weissen Conturen. Die Durchmesser dieser Mahlplätze wechselten zwischen einem viertel und einem halben Zoll, und die zusammengeflossenen röthlichen Ringe waren mit äusserst feinen silberglänzenden Schüppchen bedeckt. Dieser Ausschlag blasste mit der Zeit ab, und verschwand unter starker Abschuppung. Nachdem die Patientin 48 Flaschen vom Zittmannschen Decoct ausgebraucht, setzte

man dasselbe aus, um die Verdauung nicht zu sehr zu stören und ging auf Arsenjodür über. Nachdem die Patientin dieses Mittel bis zum 29. Mai mit Unterbrechung gebraucht, die Fussgeschwüre geheilt, die Flecken theils geschwunden theils sich abgeschuppt, wurde sie aus der Klinik gebessert entlassen.

Am Schluss dieser Abhandlung muss ich noch bemerken, dass ich bei den einzelnen angeführten Krankheitsgeschichten mit Absicht es übergangen habe in diagnostischer Beziehung Einiges anzuführen; die Fälle sind so einfach und klar, dass sie für sich selbst sprechen.

Es folgt hier schliesslich noch eine tabellarische Zusammenstellung der einzelnen Fälle in Rücksicht ihrer Hauptmomente.

	Nation.	Geschlecht.	W o h n o r t .			Alter.	Erblichkeit.	Behandlung.	Erfolg.	Form der Krankheit.
			Stadtbe- wohner.	Küstenland.	Sumpfland.					
1. Joseph Grünberg	Ehste	männlich	—	—	Sumpfland	37	—	—	—	Eleph. Gr. tuberculosa.
2. Jurri Jürgens	Ehste	männlich	—	Ostseestr.	—	48	wahr- scheinlich	Behandlung	unbedeu- tend	Complication beider Formen.
3. Jurri Jürgens	Ehste	männlich	—	Ostseestr.	—	17	wahrschein.	—	—	Eleph. Gr. anaesthetos.
4. Leno Sarrajuh	Ehstin	weiblich	—	Ostseestr.	—	50	—	—	—	Eleph. tuberculosa localis.
5. Tenno Lacht	Ehste	männlich	—	Peipusstr.	—	55	—	—	—	Eleph. anaesthetos.
6. Marri Wahi	Ehstin	weiblich	—	—	Sumpfland	45	—	—	—	Eleph. anaesthetos.
7. Helene Jansen	Deutsche	weiblich	Stadtbe- wohnerin	—	—	41	—	—	—	Eleph. anaesthetos.
8. Lisa Kenz	Lettin	weiblich	—	—	Sumpfland	30	—	Amputation	Tod	Eleph. tuberculosa localis.
9. Marri Tamm	Ehstin	weiblich	—	—	Sumpfland	55	—	Behandlung	Tod	Complication beider Formen und scabies.
10. Maie Plinte	Lettin	weiblich	—	—	Sumpfland	65	—	Operation	Tod	Eleph. anaesthetos.
11. Marri Wilius	Ehstin	weiblich	—	—	Sumpfland	16	wahrschein.	Behandlung	ohne Erfolg	Eleph. anaesthetos.
12. Lena Wilius	Ehstin	weiblich	—	—	Sumpfland	14	wahrschein.	Behandlung	ohne Erfolg	Eleph. anaesthetos.
13. Greta Wilius	Ehstin	weiblich	—	—	Sumpfland	18	wahrschein.	—	—	Complication beider Formen.
14. Kadri Wilius	Ehstin	weiblich	—	—	Sumpfland	18	wahrschein.	—	—	Eleph. tuberculosa.
15. S. Pawlowna	Russin	weiblich	—	Peipusstr.	—	20	—	Behandlung	ohne Erfolg	Eleph. anaesthetos.
16. M. Feldmann	Ehstin	weiblich	—	—	Sumpfland	29	—	Behandlung	ohne Erfolg	Eleph. anaesthetos.

Aus dieser Tabelle ersieht man, dass unter den 16 Kranken, 12 ehstnischer Nation, 1 deutscher Nation, 2 lettischer Nation, und 1 russischer Nation sich befanden. Das weibliche Geschlecht war 12mal, das männliche 4mal vertreten. 5 Strandbewohner, 1 Stadtbewohner und 10 Bewohner von Sumpfland. 7mal kam die Krankheit zwischen dem 15. und 30. und 9mal zwischen dem 30. und 60. Jahre vor. Erblichkeit der Krankheit wahrscheinlich 6mal. 8 Kranke sind behandelt worden, 5 davon ohne Erfolg, 3 mit Tode abgegangen. 4mal kam die tuberculöse Form vor, 9mal die anaesthetische und 3mal Complication beider Formen.

Ich schliesse mit dem Wunsche, dass Fachgenossen, denen die Gelegenheit geboten ist hier im Lande sich längere Zeit der Beobachtung dieser Krankheit zu widmen, derselben mehr Aufmerksamkeit schenken mögen, denn nur durch Erschöpfung eines grösseren Materials, namentlich auch in pathologisch - anatomischer Beziehung, wird es möglich sein das viele Dunkle in dieser Krankheit aufzuklären.

T H E S E S.

1) Lepra vulgaris sive squamosa in provinciis maris baltico adjacentibus non occurrit.

2) Varia in Elephantiasi Graecorum exanthemata non sunt nisi fortuita neque ad ipsius morbi naturam pertinent.

3) Morphea alba et nigra nec non Baras, quae aevo medio partim pro leprae prodromis, partim pro propriis quibusdam illius formis habebantur, in Elephantiasi nostra recurrunt.

4) Feminarum syphilide laborantium graviditas non vetat remedia mercurialia in usum vocare.

5) Pulsus cordis non signum vitae est.

6) Pityriasis rubra non est morbus.
