

Mittheilungen
aus der
Chirurgischen Klinik
der
Kaiserlichen Universität zu Dorpat
im Jahre 1859.

INAUGURAL-DISSERTATION,
welche
mit Bewilligung der Hochverordneten
Medicinischen-Facultät der Kaiserlichen Universität zu
DORPAT
zur Erlangung
des
Doctorgrades
öffentlich vertheidigen wird
Alexander Braun
Pole.

Quibus ipse interfuit.

DORPAT.

Buchdruckerei und Lithographische Anstalt von Carl Schulz.

1861.

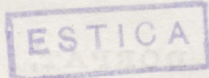
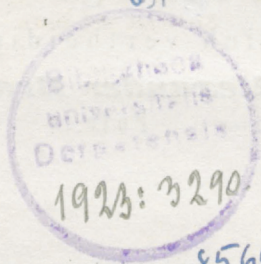
Imprimatur

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

Dorpati Livon. die IV. m. Febr. anni MDCCCLXI.

№ 28.
(L. S.)

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



A. 2954.

U 3954 7619

Seinen vielgeliebten Eltern

als auch

Seinem hochverehrten Lehrer

Herrn Dr. G. Adelman n

ordentlichem Professor der Chirurgie und Augenheilkunde, wirklichem
Staatsrath und Ritter

der Verfasser.

In den nachfolgenden Blättern habe ich mich bemüht einen treuen Bericht über die Thätigkeit der chirurgischen Klinik während des Jahres 1859, ähnlich denjenigen welche bereits für mehrere vergangene Jahre verfasst worden sind, niederzulegen. Einen Bericht über die Thätigkeit der chirurgischen Klinik während des oben genannten Jahres zu schreiben, musste mir um so willkommener sein, als ich während dieser Zeit dieselbe mit selbstständiger Theilnahme besuchte; denn es war mir desshalb einerseits diese Arbeit eine angenehme Erinnerung an die mit so grossem Nutzen für mich verbrachte Zeit, andererseits wurde es mir möglich Manches was mir in den Krankheitsgeschichten ungenau oder unzureichend schien zu berichtigen und zu vervollständigen.

In der Eintheilung der Krankheiten habe ich mich an diejenige, welche in dem Handbuche der Chirurgie von Vidal angegeben ist, gehalten, jedoch mit einigen Modificationen, die mir sowohl zur besseren Uebersicht, als auch zur leichteren Unterbringung aller Krankheiten zweckmässig erschienen. Aus der grossen Anzahl der Krankheitsfälle habe ich nur diejenigen ausführlicher behandelt, die sowohl durch ihr selteneres Vorkommen, als auch durch ihren ungewöhnlichen Verlauf, meiner Ansicht nach mehr Interesse erregen dürften.

Die Augenkrankheiten habe ich wegen der mir spärlich zu Gebote stehenden Zeit nicht berücksichtigt, sondern einem späteren Referenten überlassen, da dieselben nahe zu die Hälfte aller Fälle bilden. Schliesslich glaube ich die Einrichtungen der hiesigen Klinik mit Stillschweigen übergehen zu können, da dieselben schon in den Berichten anderer Jahre ausführlich geschildert worden sind und seit dieser Zeit keine wesentliche Aenderung stattgefunden hat.

Allgemeiner Theil.

Die Zahl aller Kranken, welche im Jahre 1859 in der chirurgischen Klinik behandelt wurden, belief sich auf 943. Darunter befanden sich 479 die an chirurgischen und 464, die an Augenkrankheiten litten.

Hinsichtlich des Geschlechtes waren 492 Männer und 451 Weiber.

Was das Alter der Patienten anbelangt, so standen:

72 in einem Alter vom 1 Monat bis	7 Jahre
68 " " " " 8 Jahre bis 14 "	
187 " " " " 15 — 21 "	
183 " " " " 22 — 28 "	
139 " " " " 29 — 35 "	
104 " " " " 36 — 42 "	
63 " " " " 43 — 49 "	
61 " " " " 50 — 56 "	
29 " " " " 57 — 63 "	
16 " " " " 64 — 70 "	
12 " " " " 71 — 82 "	

9 Patienten wussten nicht genau ihr Alter anzugeben.

Von den 943 Kranken wurden 146 in der stationären Klinik behandelt, worunter sich 33 Augenkranke befanden; die übrigen 797 (darunter 431 Augenkranke) theils in der Ambulanz, theils in der Poliklinik.

Von den 146, in der stationären Klinik besorgten Patienten, wurden hinsichtlich des Erfolges der Behandlung in den klinischen Journalen verzeichnet als:

	An chirurg. Krank- heiten Leidende.	An Augenkrankheiten Leidende.	Zusammen.
Geheilt	56 (49 $\frac{63}{113}$ 0/0)	15 (45 $\frac{15}{33}$ 0/0)	71 (48 $\frac{92}{146}$ 0/0)
Gebessert	31 (27 $\frac{49}{113}$ 0/0)	11 (33 $\frac{11}{33}$ 0/0)	42 (28 $\frac{112}{146}$ 0/0)
Ungeheilt	12 (10 $\frac{10}{113}$ 0/0)	6 (18 $\frac{6}{33}$ 0/0)	18 (12 $\frac{48}{146}$ 0/0)
Gestorben	10 (8 $\frac{96}{113}$ 0/0)	0	10 (6 $\frac{124}{146}$ 0/0)
Bestand für 1860	4 (3 $\frac{61}{113}$ 0/0)	1 (3 $\frac{1}{33}$ 0/0)	5 (3 $\frac{62}{146}$ 0/0)

In den lethal abgelaufenen Fällen erfolgte der Tod:

In 4 Fällen nach Operationen, durch Pyämie.

In 2 Fällen nach dem Steinschnitt durch Nierendegeneration.

In 1 Falle nach dem Steinschnitt, durch acute Cystitis und Urämie.

In 1 Falle durch Gangrän des Fusses.

In 1 Falle durch allgemeine Wassersucht.

In 1 Falle durch acute Pleuropneumonie.

Uebersicht der im Jahre 1859 behandelten chirurgischen Krankheiten.

Mechanische Verletzungen: 78.

Vulnera 38	Diuresis 2
Commotio 3	Luxatio 7
Contusio 7	Fracturae 10
Distorsio 6	Corpora aliena 5

Neubildungen: 26.

Condylomata idiopathica 3	Enchondroma 1
Tumor fibrosus 2	Atheroma 2
Polypus 4	Hypertroph. gland. thyreoid. 2
Lipoma 2	Cancer 10

Entzündung der Haut und des Unterhautzellgewebes und ihre Folgen: 118.

Erythema 1	Panaritium 5
Eczema 1	Onychia 3
Sycosis 1	Combustio 6
Oedema 1	Congelatio 3
Erysipelas 5	Ulcera 60
Furunculosis 3	Gangraena 1
Phlegmone 28	

Krankheiten des Nervensystems: 3.

Ischiäs rheumatica 1	Encephalomalacia 1
Neuritis chronica 1	

Krankheiten der Blut- und Lymphgefäße und Lymphdrüsen: 16.

Teleangiectasis 1	Lymphangitis 1
Varices 2	Lymphadenitis 9
Varicocele 3	

Krankheiten der Knochen: 26.

Ostitis 5	Caries 13
Hyperostosis 1	Necrosis 7

Krankheiten der Gelenke: 18.

Coxitis 5	Inflamat. artic. pedis 3
Gonitis 2	Hydrops „ genus 2
Inflamat. artic. humeri 1	„ „ pedis 1
„ „ cubiti 2	Ankylosis 2

Krankheiten der Muskeln, Sehenscheiden und Schleimbeutel: 16.

Rheumatismus 5	Vaginitis 3
Contracturae 2	Hygroma 6

Krankheiten der Respirationsorgane: 4.

Hypertrophia epiglottidis 1 Pleuropneumonia 1

Catarrhus convulsivus 2

Krankheiten der Nutritionsorgane: 32.

Labium leporinum 1 Inflamm. gland. submaxill. 3

Gingivitis 5 Parotitis 3

Glossitis 2 Amygdalitis 2

Ulcus frenuli linguae 2 Pharyngitis 3

Ankyloglosson 1 Herniae 10

Krankheiten der Geschlechts- und Harnorgane: 48.

a. beim Weibe

Fistula vesico-vaginalis 1 Strictura urethrae 2

Prolapsus vaginae 1 Hydrocele 7

Descensus uteri 1 Epididymitis 6

Hydrovarium 1 Dysurie 2

Inflammatio mammae 2 Cystitis 4

b. beim Manne Lithiasis vesicalis 5

Phimosi 3

Paraphimosi 5

Urethroblenorhoe 8

Dyskrasien: 60.

Syphilis 51 Leprosi 5

Lupus 3 Mercurialismus 1

Ohrenkrankheiten: 43.

Otoblenorrhoea 10 Perforatio membranae tympani 9

Meringitis 17 Suringitis 2

Hypertrophia tympani 1 Otitis 3

Ulcus membr. tympani 1

Verzeichniss der ausgeführten Operationen.

A. Allgemeine Operationen:

Punctio probatoria 6	Exstirpatio tumorum 8
Incisio probatoria 1	Ligatura ductuum fistulosorum 1
Oncotomia 19	Positio setacei 1
Dilatatio abscessuum 2	Reunio vulnerum cruenta 5
Excisio ulcerum 1	

B. Operationen an den Ohren:

- Extractio corporis peregrini ex meatu auditor. externo 1.
- Excisio polypi auris 1.

C. Operationen an den Organen der Ernährung:

- Op. labii leporini 1
- Op. ankyloglossi 1
- / Cheiloplastice 1
- Paracentesis abdominis 1.

D. Operationen an den Athmungs-Organen:

- Injectiones in teliangiectasiam nasi 1
- Op. teliangiectasiae nasi per filios inductos 1.

E. Operationen an den Geschlechts- und Urinwerkzeugen:

- | | |
|--------------------------------------|------------------------|
| Operatio phimosis 3 | Operatio hydroceles 2 |
| Operatio paraphimosis 5 | Exstirpatio testis 1 |
| Catheterismus 4 | Cystotomia lateralis 4 |
| Operatio fistulae vesicovaginalis 1. | |

F. Operationen an den Organen der Circulation:

- Ligatura arteriae cruralis 1
- Operatio varicoceles 2.

G. Operationen an den Bewegungsorganen:

- Punctio subcutanea bursae mucosae 1
- Injectio subcutanea bursae mucosae Tr. iodinae 1
- Incisio subcutanea bursae mucosae 1

- Reductio luxationis digiti pollicis 1
Reductio Luxationis humeri 3
Punctio articulationis genus hydropici 1
Myotomia subcutanea masseteris 1
Necrotomia ossis 2
Amputatio cruris 4
 „ femoris 2
 „ humeri 1
 „ ossium metatarsi 1
Exarticulatio phalangis III digiti 1
Resectio maxillae inferioris 1.

Specieller Theil.

Mechanische Verletzungen.

Wunden. Mit wenigen Ausnahmen gehörten die 38 Continuitätstrennungen der Weichtheile zu den geringfügigen, weshalb sie auch meistens in der ambulatorischen Klinik besorgt wurden. Von der oben angegebenen Zahl wurden nur 8 Fälle in der stationären Klinik behandelt. Die Personen welche diese Verletzungen erlitten hatten, gehörten alle zum männlichen Geschlechte. Was das Alter dieser Patienten anbelangt so fiel es grössten Theils in die Zeit vom 12ten bis zum 50ten Lebensjahre, was durch die Schädlichkeiten, denen Personen dieses Alters in Folge ihrer grösseren Arbeitsthatigkeit häufiger ausgesetzt sind, erklärt wird.

Nach den Körpertheilen waren die Wunden auf folgende Weise vertheilt:

Körpertheil.	Excoriation.	Schnittwunde.	Risswunde.	Stichwunde.	Schusswunde.	Quetschwunde.	Bisswunde.	Vernachlässigte Wunde.	Summa.
Schädel	—	1	1	—	—	—	—	—	2
Gesicht	—	2	3	—	1	2	—	—	8
Ellenbogengelenk	—	—	—	—	1	—	—	1	2
Vorderarm	—	—	1	—	—	—	—	—	1
Handgelenk	—	1	—	—	—	—	—	—	1
Hand	1	5	4	—	—	2	2	1	15
Hinterbacken	1	—	—	—	—	—	—	—	1
Unterschenkel	—	—	—	1	—	—	—	2	3
Fuss	—	—	2	—	—	—	1	2	5
Summa	2	9	11	1	2	4	3	6	38

Was die ursächlichen Momente betrifft, die diese Continuitätstrennungen bedingten, so können sie bei den ambulato-
rischen Patienten wegen mangelnder Notizen leider nicht ange-
geben werden. Die Behandlung der in der Ambulanz besorg-
ten Kranken war immer möglichst einfach und den Verhält-
nissen der Patienten angemessen. Wo es nur anging, wurden
bei frischen Wunden, sowohl bei geschnittenen als auch geris-
senen, um eine reunitio per primam intentionem zu erzielen, blu-
tige Nähte angelegt. Leider konnte dieses nur in wenigen Fällen
stattfinden, da der grösste Theil der Kranken zum Landvolke
gehörte, und, bevor sie in die klinische Behandlung kamen,
immer einige Tage hatten verfließen lassen, und dazu noch ver-
schiedenem unter dem Landvolke gebräuchlichen Curmethoden
sich unterworfen hatten, so dass der Klinik meistentheils eitornde
und durch verschiedene Medicamente verunreinigte Wunden zu-
kamen. In solchen Fällen wurde Reinlichkeit, ruhiges Verhal-
ten, Application von warmen Fomenten oder Kataplasmen ver-
ordnet. Ob aber unsere Vorschriften befolgt wurden, oder ob
sie irgend welchen Erfolg hatten, ist schwer zu bestimmen, da
die Patienten theils aus Indolenz, theils häuslicher Beschäfti-

gungen wegen, sich selten wieder in der Klinik zeigten. Bei Verletzungen welche die oben angeführte Behandlung nicht erreichten, wurden einfache Verbände aus gefensternten Oellappchen, Charpie und Heftpflaster angelegt.

Bei den stationären Patienten konnte eine complicirtere und sorgfältigere Behandlungsweise eingeschlagen werden, deren Erfolg der war, dass von den 8 behandelten Kranken 6 als geheilt entlassen wurden, bei zweien aber letaler Ausgang erfolgte. Unter diesen sechs Geheilten befanden sich drei mit gerissenen Wunden.

Der eine Fall war eine bedeutende, aber oberflächliche Verletzung der behaarten Kopfhaut. Da sie frisch war, wurden blutige Nähte, trotz des noch jetzt herrschenden Vorurtheils gegen Suturen des Capillitiums, angelegt. Binnen weniger Tage erfolgte Heilung.

Der andere Fall betraf einen Arbeiter, der mit einer gefüllten Wassertonne ausgeglitten war und sich bei dieser Gelegenheit tief gerissene und gequetschte Wunden des Daumens, Zeige-, Mittel- und kleinen Fingers, Ruptur der Sehne des flexor pollicis longus und Fractur der 2ten Phalanx des Zeigefingers zugezogen hatte. Da erfahrungsgemäss gequetschte Wunden Kälte schlecht vertragen, so wurde in diesem Falle das von Langenbeck empfohlene permanente laue Wasserbad angewandt; es trat zwar Gangrän am Zeigefinger ein, so dass die Nagelphalanx und die untere Hälfte der gebrochenen zweiten Phalanx, nachdem sich eine Demarcationslinie gebildet, entfernt werden mussten; alle Wunden aber verheilten im Verlaufe von 24 Tagen bei angegebenem Verfahren vollständig. Diese schnelle Heilung muss wohl als ein sehr günstiges Ereigniss betrachtet werden, wenn man bedenkt, wie langwierig der Heilungsprocess bei dergleichen Wunden während der Behandlung mit Salben von Statten geht, und giebt einen weiteren Beleg dafür,

dass diese Behandlung dergleichen Verletzungen, wie solche seit Jahren in unserer Klinik gebräuchlich ist, und zu deren Begründung Zeiss¹⁾ und Szymonowski²⁾ weitere Erfahrungen veröffentlicht haben, richtig ist.

Der dritte Fall war folgender:

A. O., 14 Jahre alt, kräftiger Constitution, wird wegen einer Verletzung am Gesichte den 10. Sept. in die Klinik aufgenommen. Sein Gang ist unsicher und es erfolgt im Laufe desselben Tages nach eingenommener Nahrung einige Male Erbrechen. Die Untersuchung am Tage darauf zeigt an seinem Gesichte eine frische blutige Wunde der Haut und zum Theil des darunter liegenden Gewebes. Dieselbe beginnt am rechten Oberkiefer etwa einen Zoll unter dem äusseren Augenwinkel, verläuft dann ungefähr parallel dem unteren Augenhöhlenrand bis zur rechten Seitenwand der Nase, wo sie in die Höhe steigend über den Nasenrücken hin an der Verbindungsstelle zwischen Knochen und Knorpel, sich auf ca. 3 Linien dem linken inneren Augenwinkel nähert. Von dort geht die Wunde auf den Nasenrücken, doch etwas mehr nach links etwa $\frac{3}{4}$ Zoll lang gegen die Nasenspitze zu. Der Knochen liegt nirgends bloss. Die Wundränder sind zackig, gerissen, zum Theil der Epidermis beraubt; der Grund blutig. Die Augenlieder auf der rechten Seite sehr stark ödematös infiltrirt zugleich sugillirt, so dass vom Bulbus nichts zu sehen ist. An den Liedern des linken Auges fehlen die Sugillationen ganz und die Schwellung ist sehr gering, Patient sieht daher mit diesem Auge ziemlich gut. Aus der geschwollenen Nase ergiesst sich etwas Blut. Das Athmen durch das rechte Nasenloch geht etwas schwierig von Statten, die vorgenommene Sondirung vermittelt eines Catheters, der leicht und ohne auf irgend welche Rauigkeiten zu treffen bis in den Pharynx gebracht werden kann, weist daselbst Bluteoagula nach. Hält man dem Patienten das rechte Nasenloch zu, und lässt ihn schnauben, so sieht man in dem an der rechten Nasenseitenwand liegenden Theil der Wunde, in dem daselbst geronnenen Blute, sich einige Luftblasen erheben. Die Sondirung der Wunde mit einer feinen Fischbeinssonde lässt keine Knochensplitter finden; eben so wenig gelingt es einen Gang in die Nasenhöhle hinein zu entdecken. Bei der Untersuchung zeigt Patient wenig Empfindlichkeit; er klagt über Schmerzen, die sich über den ganzen Kopf verbreiten; sonst sind alle Functionen normal; Puls 86 etwas klein. Aus der Aussage des Patienten entnehmen wir dass er seine Verletzung durch den Hufschlag eines Pferdes, welches einen Wagen zog, in dem er sass, zugezogen hatte, und dass dieser Schlag so bedeutend gewesen, dass er ohnmächtig aus dem Wagen geschleudert wurde.

Wir hatten es also mit einer theilweise gerissenen, theilweise gequetschten Wunde zu thun; ob der Knochen verletzt war, war nicht zu bestimmen, da durch

1) Ueber permanente und prolongirte Heilbäder. Leipzig 1860.

2) Deutsche Klinik. 1860. No. 17 und 18.

die entzündliche Schwellung Manches verdeckt werden konnte. Für eine Dehiscenz in den knorpeligen Theilen der Nase sprachen mit Gewissheit die während des Schnaubens sich bildenden Blasen an der äussern Fläche der Nase rechts. Ferner hatten wir es mit einem geringen Grade von Commotion des Gehirns zu thun.

Zunächst wurde die Wunde gereinigt, mit Knöpfnähten geschlossen und kalte Umschläge aufgelegt. Auf den Kopf wurde eine Eisblase und innerlich eine Ableitung auf den Därm verordnet. Bis zum 17ten hatten das Erbrechen als auch die Kopfschmerzen vollkommen aufgehört, der Schlaf und Appetit war ganz gut, so dass keine innere Medication mehr nöthig war.

Am 18ten entdeckten wir nach Entfernung der Schorfe von der Wunde, dass die Suturen durchgerissen waren und dass nur ein ganz kleiner Theil am Nasenrücken per primam intentionem sich geschlossen hatte. Die Nähte wurden entfernt, die Wundränder mit Heftpflasterstreifen zusammengezogen und ein einfacher Verband aus geöltem Wundlappen und Charpie aufgelegt. Der Eiterausfluss ist reichlich, auf dem Nasenrücken und in der Wangenwunde mit Schleim gemischt.

Am 22. war die Anschwellung der Augenlieder so weit abgefallen, dass man sich überzeugen konnte dass die Augäpfel nicht gelitten hatten.

Am 23. entdeckten wir am Nasenrücken einige leicht zu entfernende Knochiensplitter.

Bis zum 6. October floss fortwährend viel Eiter aus der Wunde; die Verwundung schritt an den Comissuren der Wunde bedeutend fort. Die Communication der Nasenhöhle mit der Wunde bestand noch immer vermittelt zweier fistulöser Gänge welche durch zwei Eiterheerde, die sich zu beiden Seiten der Nase gebildet hatten, hindurehgingen. Die Mündungen dieser Fisteln waren von schwammigen Granulationen umfasst, sie wurden mit Lap. inf. touchirt. Am 7. October trat wieder Oedem der Augenlieder und Kopfschmerz ein. Es wurden Fomentationen aus einem Infus von Kamillen auf die Wunde verordnet.

Am 11. wurde der linke Eiterheerd geöffnet und die warmen Fomentationen fortgesetzt. Die Kopfschmerzen hörten auf, das Oedem der Augenlieder wurde geringer. Die Mündungen der Fisteln wurden mit Lap. inf. touchirt.

Bei dieser Behandlungsweise brachten wir bis zum 24. October die ganze Wunde, bis auf einige sehr kleine Fisteln, zur Verheilung.

Es ist nicht zu leugnen, dass der Verlauf des vorliegenden Falles ein sehr langwieriger war, und auch jetzt, wo keinesweges alle fistulösen Gänge geschlossen sind, noch nicht als vollkommen beendet betrachtet werden darf. Der Grund dieser Zögerung lag ein Mal darin, dass nur wenig prima intentio bei der Heilung der Wunde erzielt wurde, andererseits, und das zum bei weitem grösseren Theil, haben wir ihn zu suchen in der Mitverletzung der Knochen die, wenn sie auch keine bedeutend

war, doch zu einem langwierigen necrotischen Abstossungsprocess und damit verbundenen Eitersenkungen führte.

Aus der Zahl der geheilten Fälle will ich noch einer Bisswunde der Hand erwähnen, die weniger wegen der Gefährlichkeit der Verletzung als solcher, als wegen des Verdachtes, dass sie von einem tollen Hunde herrühre, unsere Aufmerksamkeit auf sich zog. Da erfahrungsgemäss bei schon ausgebrochener Krankheit selten eine Behandlung von Erfolg ist, so wurde in diesem Falle, obgleich wir keine Gewissheit hatten, die Cur so eingerichtet, als hätten wir es in der That mit dem Incubationsstadium zu thun. Die Wunde wurde in starker Eiterung, vorerst durch Cantharidensalbe, dann durch Fontanellen erhalten, innerlich wurde Belladonna (544 gran während der ganzen Cur) und ein Thee aus Herb. genist. tinct. gegeben. Dieses Verfahren wurde einen ganzen Monat fortgesetzt. Während dieser Zeit beobachteten wir beim Patienten kein einziges Symptom, das uns zu der Annahme berechtigen konnte, dass die Wunde eine vergiftete sei. Jedoch auch jetzt konnten wir nicht mit Gewissheit das Gegentheil behaupten, weil das Stadium der Latenz des Giftes noch weit länger andauern kann. Obgleich dasselbe im Allgemeinen auf 4—7 Wochen angegeben wird, so kann es auch manchmal bis in den 7ten und 8ten Monat hinausgerückt werden. Wir konnten hoffen durch unsere Behandlung der Wuthkrankheit vorzubeugen, die Prognose aber bei der Entlassung des Patienten musste zweifelhaft bleiben.

Folgender Fall hatte einen lethalen Ausgang.

T. M., 31 Jahr alt, Kleetenaufseher, wird am 16. September in die Klinik aufgenommen.

Status praesens. An der inneren Seite des linken Unterschenkels, hart an der Tibia, ungefähr 7 Zoll unter der Patella, befindet sich eine Wunde, die nicht mehr frisch aussieht und von einem scharfen Instrumente herzurühren scheint. Dieselbe hat eine von unten nach oben zu querlaufende Richtung, ist $1\frac{1}{2}$ Zoll lang, $\frac{1}{2}$ Zoll breit. Wenn man mit dem kleinen Finger in dieselbe eindringt so

kann dieses bequäm $1\frac{1}{2}$ Zoll zwischen den Muskeln *soleus* und *tibialis posterior* geschehen und man fühlt daselbst eine sehr starke Pulsation.

Anamnese. Patient giebt an, dass er vor drei Wochen mit einem aufgeschlagenen Taschmesser in der Hand ausgeglitten und ihm bei dieser Gelegenheit das Messer von unten hinauf in den linken Unterschenkel gefahren sei. Mit Hilfe Hinzueilender sei er nach Hause gebracht, wo ihm die Wunde durch zwei Nähte vereinigt und ein Verband angelegt worden sei. Die Blutung nach der Verletzung sei sehr bedeutend gewesen. Nach einer Woche sei wieder ein starker Blutverlust aus der Wunde während des Stuhlganges eingetreten. Eine dritte Blutung stellte sich bei der Aufnahme in die Klinik ein im Betrage von 3 Unzen.

Diagnose. Diese kann mit ziemlicher Sicherheit gestellt werden; wir haben es offenbar mit einer arteriellen Blutung zu thun; dafür sprechen 1) die hellrothe Farbe des hervorquellenden Blutes, 2) der starke und stossweise erfolgende Blutstrahl, 3) das Aufhören der Blutung bei oberhalb der Wunde angebrachtem Druck. Nachdem es also feststeht, dass wir eine arterielle Blutung haben, muss dem Verlaufe der Gefässe gemäss die *Arteria tibialis postica* verletzt sein. Wahrscheinlich ist es auch, dass das Gefäss nicht vollständig in seiner Continuität getrennt ist, wofür die von Zeit zu Zeit eintretenden Blutergüsse sprechen, denn wäre die Arterie ganz durchschnitten, so hätte sie sich in die Scheide zurückgezogen und sich möglicherweise ein Thrombus gebildet. Die starken Pulsationen in der Wunde sprechen für ein *Aneurysma spurium*.

Prognose. Diese kam von vorn herein nicht als eine günstige angesehen werden, da 1) wir es schon mit einer älteren Wunde zu thun haben, 2) Patient zum Theil anämisch ist, 3) das Gefäss in loco nicht ohne operativen Eingriff erreicht werden kann.

Die erste Indication bei der Behandlung dieses Falles musste darauf gerichtet sein, die Stillung des Blutes zu Wege zu bringen. Es war also vor der Hand die Hauptsache, eine Thrombusbildung und eine definitive Obliteration der Arterie herzubringen. Um diesem Zwecke zu genügen, wird:

Den 17. Sept. eine permanente Compression der *Arteria cruralis* abwechselnd an verschiedenen Stellen vorgenommen, und zwar in der Weise, dass das Tourniquet eine $\frac{1}{2}$ Stunde in dem Scarpaschen Winkel, die andere $\frac{1}{2}$ Stunde sich etwa 2 Zoll oberhalb befindet. Dieses Wechseln des Ortes hat den Zweck Excoriationen zu vermeiden. Zu gleicher Zeit wird auch der Unterschenkel einer Compression ausgesetzt, indem wir einen Kleisterverband anlegen, der bis zur Kniekehle reicht und mit einem Fensterchen für den freien Abfluss des Wundsecretes versehen ist. Die Wunde selbst wird mit einem Wundläppchen, Charpie und Heftpflasterstreifen geschlossen.

18.—20. Sept. Allgemeinbefinden und Schlaf gut, Respiration und Puls normal. Medication bleibt unverändert.

21. Sept. Beim Stuhlgang Blutung aus der Stichwunde in einer Quantität von cc. $\frac{1}{2}$ Pfd.

22. Sept. Aus der Stichwunde fließt auffallend wenig Secret.

23. Sept. Der bis dahin unverrückt gebliebene Kleisterverband wird erneuert, sonst nichts Bemerkenswerthes.

24. Sept. Oedem bildet sich am linken Unterschenkel, daher wird der Kleisterverband von der Patella bis zur Gegend der Wunde durchgeschnitten.

25. Sept. Oedem des Unterschenkels noch vorhanden. Am Abend erfolgt ein starker Schüttelfrost, der 4 Stunden andauert, und eine Blutung von cc. $2\frac{1}{2}$ Unzen. Puls 120. In der Nacht eine neue Blutung von cc. 4 Unzen.

26. Sept. Kein Schlaf, Oedem des linken Unterschenkels noch immer vorhanden. Puls 110.

27. Sept. Tourniquet und Kleisterverband werden entfernt, dabei eine Blutung aus der Stichwunde von cc. 3 Unzen. Die Wunde wird mit einer Compresso geschlossen und der ganze Unterschenkel mit Rollbinden umwickelt. Innerlich wird Ergotin, und als Getränk Limonade aus Weinsäure dargereicht. Puls 100.

28. Sept. — 1. October. Allgemeinbefinden gut, die Wunde zeigt gute Granulationen.

2. Oct. Zwei Blutungen zusammen im Betrage von $\frac{1}{2}$ Pfd.

3. Oct. Blutung aus der Stichwunde cc. 2 Unzen. Die Anämie deutlich ausgesprochen. Verordnung. Gute Diät, Wein, von pharmaceutischen Mitteln innerlich Ferrum muriat. mit Rheum.

4. Oct. Es erfolgen abermals drei Blutungen aus der Stichwunde, zusammen $\frac{1}{2}$ Pfd.. Starker Frostanfall, der 2 Stunden dauert. Puls 112.

5. Oct. Da die bis jetzt angewandten Mittel sich erfolglos zeigen, wird die Art. cruralis im Scarpaschen Winkel unterbunden. Nach der Operation ist das früher deutlich fühlbare Aneurysma spurium nicht mehr zu fühlen. Die Temperatur zwischen den Zehen am operirten Gliede beträgt $21,1^{\circ}$ R.

6. Oct. Schlaf und Allgemeinbefinden gut. Temp. zwischen den Zehen des operirten Gliedes $21,1^{\circ}$ R.

7. — 8. Oct. Derselbe Zustand; aus der Operationswunde fließt reichlich Eiter, an der Stichwunde befinden sich üppige Granulationen; Temper. zwischen den Zehen links $21,6^{\circ}$ R.

9. Oct. Blutung aus der Stichwunde (4ter Tag nach der Unterbindung). Temper. der Zehen links $23,4^{\circ}$ R. Guter Schlaf, kein Fieber.

10. Oct. Temper. zwischen den Zehen des linken Fusses $27,8^{\circ}$ R.

11. — 16. Oct. Geringes Fieber, täglich drei bis vier flüssige Stühle. Geringer Appetit. Verordnung. Emulsio oleosa mit Aq. amygd. amar. concentr. Auf die Unterbindungsstelle Kataplasmen aus Species emollientes.

17. Oct. Starker Schüttelfrost. Diarrhoe.

18. Oct. Starker Schüttelfrost. Diarrhoe. Es treten Oedem der Augenhäuter, Eczem an den Mundwinkeln und heftige Schmerzen an der inneren Seite des Kniegelenks in der Gegend der Jobert'schen Grube ein (und da beim sanftem Drucke von dieser Stelle an bis zur Operationswunde sich reichlicher dünner Eiter

entleert, so steht zu vermuthen, dass eine Jauchesenkung in den Canal. crural. stattgefunden); Schlaf und Appetit ziemlich gut.

19. — 23. Oct. Abgeschlagenheit; Schlaflosigkeit, continuirliches Fieber treten auf. Appetit ist nicht vorhanden. Diarrhoe. Statt des bis dahin gebrauchten Ferrum muriat. mit Rheum wird Ferrum lact. verordnet.

24. Oct. Bei Oeffnung des Verbandes neue Blutung aus der Stichwunde in einer Quantität von 2 Unzen. Die Stichwunde sieht grau-bläulich aus. In die Stichwunde werden Charpiebäusche mit Solut. ferri muriat. eingelegt.

25. — 27. Oct. Es tritt im Zustande des Patienten keine wesentliche Veränderung ein. Puls 100.

28. Oct. Blutung aus der Stichwunde (3 Unzen). Gegen die fortwährende Diarrhoe werden 5 gutt. Tinct. opii simpl. alle zwei Stunden dargereicht.

29. Oct. Neue Blutung aus der Stichwunde ($\frac{1}{2}$ Pfd.). Schüttelfrost. Parotitis stellt sich ein. Die Dose der Opiumtinctur wird auf 15 gutt. gesteigert. Gegen die Parotitis Empl. de galbano crocat.

30. Oct. Gegen die Diarrhoe ein Klystier aus Lap. infern. 15 gr. auf 3 Unzen destillirtes Wasser.

31. Oct. — 2 November. 15 flüssige Stühle. Die unter dem Mikroskop untersuchten Fäces enthalten Eiterkörperchen. Verordnung. Lapis infernalis mit Opium in Pillenform.

3. und 4. Nov. Patient schläft nicht, liegt theilnahmslos gegen flüssere Eindrücke. Puls klein 132.

5. Nov. Nichts geändert, nur erfolgen die Stühle unwillkürlich.

6. Nov. Tod.

Section. Die Leiche stark abgemagert, Hautfärbung dunkel. Die Lippen blass. Die Haut des Gesichtes, Halses, der Achselhöhle mit zahlreichen Epidermisschuppen bedeckt. Brusthöhle. Die Lungen collabiren stark beim Oeffnen des Thorax. Die Pleurahöhle beiderseits leer. Die Bronchialschleimhaut blass, mit Schleim bedeckt. Im Herzbeutel eine Unze klaren Serums. Das Herz von gewöhnlicher Grösse, links ziemlich contrahirt, enthält rechts stark gelblich gefärbte Faserstoffgerinsel. Unterleibshöhle. Die Lage der Eingeweide normal. Der Magen mit einem wenig Sediment setzenden Inhalte gefüllt; die Schleimhaut des Magens blass, mit zähem Schleim bedeckt; dieselbe Beschaffenheit bietet die Schleimhaut des Anfangstheils des Duodenum. Die Ausmündungsstelle des Ductus Choledochus stark wulstig. Im Jejunum Röthung der Kerkring'schen Falten. Im Ileum zeigen sich viele Stellen der Schleimhaut, namentlich die Umgebung der Kerkring'schen Falten injicirt. Etwa drei Fuss vor dem Endtheil des Ileums lässt sich die Schleimhaut als weisses Brei abschaben, dieser Befund erscheint, bald stärker bald geringer entwickelt, bis zum Endtheil des Ileums. Derselbe Befund im Cecum. Im Colon ascendens findet man kleine landkartenähnliche, zwischen den gewulsteten Partien sich erstreckende Substanzverluste, welche abwärts immer mehr zusammenfliessen und grosse Geschwüre darstellen; dieser Befund setzt sich in immer steigender Intensität bis ins Rectum fort. Die Leber gross, die Oberfläche glatt, stark gelb, mit zahlreichen dunkelen Inselchen durchsetzt; beim Durchschnitt dieselbe Beschaf-

fenheit. Die Milz klein, dorb, blassroth. Nieren von gewöhnlicher Grösse, fettig degenerirt. Parotis vereitert. Die Art. cruralis an der Unterbindungsstelle fast geschlossen, enthält oberhalb der Ligatur einen kleinen weissen, entfärbten schwachen Wänden adhären den Thrombus. Die Vene vollkommen frei. In der Stichwunde zwischen dem oberen und unteren Arterienstück befindet sich ein Schorf durch die Eisenchloridlösung hervorgebracht. Die Art. tibialis postica lässt sich bis in die Mitte des Unterschenkels verfolgen, wo dieselbe mit offenem Lumen, jedoch ohne in der Continuität getrennt zu sein, in einen gänseeigrossen, mit geronnenem Blute erfüllten Sack ausmündet.

Berücksichtigt man den oben geschilderten Fall, so sieht man, dass die von uns gestellte Diagnose eine richtige war, da die Ergebnisse der Autopsie sie vollkommen bestätigten. Hinsichtlich der Behandlung lassen sich aber einige Fragen anknüpfen:

erstens warum die Unterbindung der Art. cruralis nicht schon früher, etwa in den ersten Tagen nach der Aufnahme des Patienten, sondern erst nachdem beinahe 3 Wochen verflossen waren, vorgenommen wurde:

Es ist nicht zu leugnen, dass in unserem Falle eine früher unternommene Unterbindung vielleicht mit besserem Erfolge gekrönt worden wäre, weil zu dieser Zeit ein grösserer Faserstoffgehalt im Blute sich befand, wodurch eine sicherere Thrombusbildung erfolgt wäre. Berücksichtigt man jedoch den schwachen Zustand des Patienten, so erscheint es gerechtfertigt, dass wir vorher zu weniger eingreifenden Mitteln unsere Zuflucht nahmen. Zur Zeit unseres Falles war die Compression noch nicht so häufig ausgeführt worden als zu jetziger Zeit, wir waren daher berechtigt anzunehmen, dass wenn Aneurysmen durch Compression geheilt werden können, dasselbe Mittel auch bei traumatischen Blutungen seine Dienste nicht versagen würde. Das Resultat unseres Versuches war freilich kein günstiges und seitdem sind auch andere Versuche veröffentlicht worden, welche ebenfalls nicht zu Gunsten der Compression bei Aterienverletzungen sprechen. Der Grund dieser Erscheinung liegt wahr-

scheinlich darin, dass bei spontanen Aneurysmen durchschnittlich sich schon Coagula im Sacke befinden, welche eine weitere Coagulation befördern, ein Umstand, welcher bei Arterienverwundungen fehlt. Zieht man endlich in Betracht, dass die Unterbindung eines so grossen Arterienstammes keine gefahrlose ist, da Entzündungen der benachbarten Venen und gefährliche Nachblutungen erfolgen können, so scheint unser Compressionsversuch gerechtfertigt.

Die zweite Frage wäre, warum die Unterbindung nicht tiefer nach unten, also in der Fossa epicondyloidea oder an der Art. poplitea gemacht sei.

Dass wir die Unterbindung nicht in der Fossa epicondyloidea unternahmen, geschah aus dem Grunde, weil an dieser Stelle eine Menge von Muskel- und Gelenkäten entspringt, die einer Thrombusbildung hinderlich sind. Was die Unterbindung der Art. poplitea anbelangt, so lässt sich dagegen nur sagen, dass Fälle bekannt sind, in welchen die Unterbindung bei gleicher Verwundung ebenfalls in dem Scarpaschen Winkel mit gutem Erfolg ausgeführt wurde; ja neuerdings hat Dr. Pollack in Teheran wegen einer Verwundung der A. dorsalis pedis die Unterbindung der A. cruralis mit glücklichem Erfolge ausgeführt. Und wenn bei unserem Pat. nicht ein so hoher Grad von Hydræmie zugegen gewesen wäre, welcher die Thrombusbildung verhinderte, so würde die von uns ausgeführte Operation sicherlich einen ähnlichen Erfolg gehabt haben. Dagegen ist die Unterbindung der Art. poplitea eine sehr schwierige und heut zu Tage fast aufgegebene Operation.

Eine dritte Frage wäre die, warum die Gefässe nicht in loco unterbunden seien.

Dies unterliessen wir aus folgenden Gründen: 1. Hätte die Wunde sehr weit nach oben und sehr gross gemacht werden müssen, da die Arterie an dieser Stelle sehr tief liegt. 2. War

die Wunde nicht frisch, eiterte schon seit längerer Zeit, daher war es wahrscheinlich, dass auch die Wandungen des Gefäßes arrodirt seien und leicht durch die Ligatur durchschnitten werden könnten, bevor sich ein Thrombus gebildet, wodurch zu neuen Blutungen hätte Veranlassung gegeben werden können.

Die vierte Frage, warum die Amputation des Unterschenkels nicht vorgenommen sei, da man sah, dass die Unterbindung nichts geholfen hatte, zu beantworten scheint so ziemlich überflüssig, da Patient damals durch Pyämie und Diphtheritis schon so gelitten hatte, dass von der Amputation gar nichts zu hoffen war, im Gegentheile dieselbe das lethale Ende nur schneller herbeigeführt hätte.

Fragen wir nun endlich, was die Todesursache bei unserem Patienten gewesen sei, so können wir sie schwerlich dem Blutverlust allein zuschreiben, da einerseits derselbe nicht so bedeutend war, andererseits Blutverluste, die allmählich erfolgen, nie so eingreifend auf den Organismus wirken und lange vertragen werden können; diese Blutungen konnten also nur den Organismus schwächen, die Ursache des Todes aber müssen wir vielmehr in der Pyämie suchen, deren Zeichen der Patient schon bald nach seinem Eintritt in die Klinik kundgab und die sich im Verlaufe der Krankheit immer deutlicher herausstellten, wie die öfteren Schüttelfröste, die profusen Diarrhoen. Diese unsere Meinung hat auch der Sectionsbefund vollkommen bestätigt.

Commotionen. In zwei Fällen war Commotion des Gehirns mit anderen Verletzungen verbunden; einer derselben ist schon bei Gelegenheit der Wunden erwähnt worden, der andere wird bei den Fracturen besprochen werden. Ein dritter Fall bot eine Erschütterung des Rückenmarks bei einem 40jährigen Manne, der von einem c. 2 Faden hohen Dache auf harten steinigen Boden gestürzt war. Dieser Fall gab uns die Gele-

genheit eine reine Commotion des Rückenmarks, die so selten vorkommt, zu beobachten. Die Hauptsymptome die uns auf eine Rückenmarkserschütterung leiteten, waren eine Parese aller vier Extremitäten, Stuhl- und Harnverhaltung, bei gleichzeitiger Abwesenheit aller Kopferscheinungen und intacten Wirbelknochen. Bei methodischer Anwendung localer Blutentziehungen längs des Rückgrates, die einige Wochen fortgesetzt wurden, und nachfolgender Faradisation der gelähmten Glieder wurde Patient fast vollkommen geheilt.

Contusionen. Die 7 an Contusionen Leidenden wurden alle in der Ambulanz behandelt; darunter befanden sich 5 Männer und 2 Weiber. Nach den Körpertheilen waren die Contusionen so vertheilt, wie folgt: Contusion des Kopfes 1, des Ellenbogenbeins 1, der Hand 2, des Schultergelenkes 1, des Kreuzbeins 2.

Alle diese Fälle waren so geringfügig und boten so wenig bedenkliche Nebensymptome dar, dass sie einer weiteren Berücksichtigung nicht bedürfen.

Diarsis. Von den beiden Fällen der Zerreißung der Gelenke bot folgender Fall einer Diarsis des Kniegelenkes mehr Interesse dar.

A. S., 20 Jahre alt, Postknecht, ziemlich kräftiger Constitution, wird am 28. Januar mit einem sehr stark angeschwollenen Bein in die Klinik gebracht und giebt an, dass ihm zwei Tage zuvor eine schwere Postkutsche auf das linke Bein gefallen sei.

Eine sichere Diagnose kann wegen der starken Anschwellung der ganzen Extremität nicht gestellt werden. Daher wird vor der Hand die verletzte Extremität auf ein planum inclinatum gelegt und mit einer Mischung von Spirit. vini, Spirit. camphor. und Spirit. sal. ammon. caut. eingerieben. Nach zwei Tagen fällt mit Hülfe dieses Verfahrens die Anschwellung so weit ab, dass es nun möglich ist eine genaue Untersuchung vorzunehmen, welche zu folgendem Resultat führt: Die Anschwellung am Knie ist im Vergleiche mit der des Ober- und Unterschenkels ziemlich bedeutend. Zu beiden Seiten des Oberschenkels in der Höhe der Condylen sieht man leichte Excoriationen, mit Schorfen bedeckt. Die Crista tibiae ist in ihrem ganzen Verlaufe normal durchzufühlen und beim Druck nicht schmerzhaft. Bei Berührung des Kniegelenkes aber empfindet Patient heftige Schmerzen. An der inneren Seite, ungefähr den Ansätzen der Muskeln semimembranosus und semiten-

dinosus entsprechend, fühlt man einen harten Vorsprung von etwa Taubeneigrösse, welcher beweglich und äusserst schmerzhaft ist. Dasselbe finden wir an der äusseren Seite, entsprechend dem Capitulum fibulae. Die Bewegung im Hüftgelenke ist normal und schmerzlos. Das Kniegelenk erlaubt bei gestrecktem Schenkel eine Bewegung des Unterschenkels von rechts nach links und umgekehrt, welche bei einem normalen Gelenke unmöglich ist. Weder am Unterschenkel noch am Oberschenkel ist Crepitation wahrzunehmen. Beide Beine haben dieselbe Länge. Auf diese Weise gelangen wir durch Ausschliessung einer Luxation als auch einer Fractur zur Diagnose einer Zerreissung des Kniegelenkes. Wie weit aber die Zerreissung das Gelenk betrifft, kann wegen der grossen Schmerzhaftigkeit und Anschwellung nicht weiter ermittelt werden, jedenfalls aber müssen die fibröse Kapsel und Ligamenta lateralia gerissen sein, da sonst jene isolirte Bewegung von links nach rechts nicht möglich wäre. Von den zu beiden Seiten des Gelenkes befindlichen Vorsprüngen kann der innere nur auf den Condylus internus femoris bezogen werden, welcher abgesprengt und nach unten gedrängt sein muss. Das Knöchelchen an der äusseren Seite entspricht so genau der Lage nach dem Capitulum fibulae, dass wir es nur auf dieses beziehen können.

Da das Allgemeinbefinden des Kranken ganz gut ist, beschliessen wir ein expectatives Verfahren einzuhalten, die Entzündung zu bekämpfen und durch einen Gypsverband die Lage des Gliedes zu sichern, um dadurch einen operativen Eingriff zu vermeiden, und vielleicht eine Ankylose zu erzielen. Wir finden uns jedoch in unserer Hoffnung getäuscht, indem der Patient von Tag zu Tag deutlichere Zeichen der Pyämie zeigt. Daher sehen wir uns schon am 16. Januar genöthigt eine Amputation des Oberschenkels vorzunehmen, die nach der Methode von Dupuytren ohne irgend welchen unangenehmen Zufall vollzogen wird.

Nach der Amputation wird das Befinden des Patienten täglich besser. Der Heilungsprocess an dem Amputationsstumpfe ist jedoch etwas protrahirt da die Nähte durchreissen, eine erste Verheilung an keiner Stelle erfolgt und der Knochen prominirend wird. Gegen diesen ungünstigen Umstand wird ein ganz practisches und einfaches Verfahren eingeschlagen welches mit dem besten Erfolg gekrönt wird und in allen dergleichen Fällen zu empfehlen ist. Es wird nämlich eine permanente Extension in der Weise angestellt, dass wir dem Kranken um den Stumpf einen Gypsverband anlegen, von welchem ein Riemen mit einem daran hängenden Gewichte über eine am Fussende des Bettes angebrachte Rolle läuft. Dadurch bietet das Ende des Stumpfes nicht mehr eine flache Ebene, sondern einen Trichter dar, in dessen Grunde die vorwuchernden Granulationen liegen. Auf diese Weise wird Patient, wenngleich mit Verlust eines Beines, am 15. Mai, doch geheilt entlassen.

Section des amputirten Gliedes. Nach Entfernung des Schorfes kann man leicht von der inneren Seite mit dem kleinen Finger in die Höhle des Kniegelenkes gelangen. Bei Eröffnung der Gelenkhöhle zeigt sich dieselbe mit Jauche gefüllt, das Lig. cruciatum anter. und die Lig. lateralia sind durchrissen. Der Condylus internus femoris ist abgesprengt, und hat sich so umgedreht, dass die überknorpelte, also die der Tibia zugekehrte Fläche gegen das Oberschenkelbein sieht. Der Condylus externus des Oberschenkelbeins und die Condylen der Tibia sind un-

verschrt. Das Capitulum fibulae ist abgesprengt und nach aussen gedrängt. Die Weichtheile des Unterschenkels, besonders die nahe dem Kniegelenk gelegenen, sind mit wässerigem Exsudate getränkt. Weder unterhalb noch oberhalb des Gelenkes sind Eitergänge.

Die Diagnose ist daher vollkommen richtig gewesen und das einzige Mittel den Patienten zu retten bestand in einer Entfernung der ergriffenen Theile. Es standen nur zwei Wege offen: Resection des Kniegelenks und Amputation des Oberschenkels. So erwünscht eine Resection des Kniegelenks auch gewesen wäre, hätte man sie in diesem Falle aus folgenden Gründen wohl kaum vornehmen dürfen. Einmal gewährte die Haut ein schlechtes Aussehen an den Stellen, wo sie bei einer Resection hätte durchschnitten werden müssen: denn die indurirten und infiltrirten Stellen mit den eiternden Excoriationen zu beiden Seiten des Kniegelenkes wären in die Hautwunde gefallen und hätten die Heilung verzögert, wenn nicht gar unmöglich gemacht. Ferner war es nicht zu bestimmen wie weit die Gelenkenden hätten abgenommen werden müssen, da möglicher Weise neben der Absprengung des Condylus femoris internus eine Fractur besonders in die Länge gleich oberhalb der Condylen hätte zuzogen sein können, welche zu diagnosticiren unmöglich, aber deshalb nicht entschieden zurückzuweisen war. Demnach schien eine Amputation im Oberschenkel jedenfalls den Vorzug zu haben, weil man es hier mit gesundem normalen Gewebe zu thun hatte. Ausserdem fällt die Nachbehandlung nach Amputationen viel kürzer aus, als nach Resectionen, was beim heruntergekommenen Zustande des Patienten sehr wünschenswerth war.

Luxationen kamen 7 vor, von welchen eine in der stationären und sechs in der ambulatorischen Klinik behandelt wurden.

Dem Geschlechte nach zählten wir unter diesen Kranken 1 weibliches und 6 männliche Individuen.

Das Alter der Patienten war: 20, 24, 27, 36, 38, 42, 50 Jahre.

Die Arten der Luxationen waren folgende: am Schulter-

gelenk in 4 Fällen, in zweien auf der rechten in zweien auf der linken Seite; bei allen war der Kopf des Oberarms nach unten verrückt, also eine s. g. L. subcoracoidea oder nach Velpeau L. subscapularis. Drei dieser Luxationen wurden nach der Methode von Mothe reponirt; unter ihnen befand sich eine die schon seit drei Wochen bestanden hatte. An der Hand kam eine Luxation der zweiten Phalanx des Daumens vor und es wurde die Einrenkung mittelst des Blandin'schen Instrumentes mit gutem Erfolge gemacht. Eine seltene Luxation der letzten Rippe an der Verbindungsstelle mit dem Knorpel sahen wir bei einem Manne der sie in Folge eines Pferdchufschlages sich zugezogen hatte. Endlich kam eine seit sechs Wochen bestehende Luxation des Oberschenkels vor wo der Patient eine Reposition nicht zuließ und ungeheilt entlassen wurde.

Aus den angeführten Fällen ersehen wir, dass in diesem Jahre, ähnlich wie in dem früheren, die Luxationen des Schultergelenks die häufigsten gewesen sind.

Fracturen. Die Knochenbrüche können zwar unstreitig zu den häufigeren und wichtigeren chirurgischen Krankheiten gerechnet werden, nichtsdestoweniger kommen aber in der hiesigen Klinik ihrer nur wenige zur Beobachtung. Durchschnittlich kann man höchstens 20 Fälle auf ein Jahr rechnen; das Jahr, von welchem in den vorliegenden Blättern die Rede ist, war noch ärmer an Fracturen, indem es 10 Fälle lieferte. Aus dieser Zahl wurden 6 in der stationären und 4 in der ambulatorischen Klinik behandelt.

Nachstehende Tafel wird dem Leser einen Ueberblick über die in diesem Jahre vorgekommenen Fracturen geben.

Körpertheil.	Geschlecht		Alter.	Dauer der Behandlung.	Erfolg der Behandl.			Monat der Aufnahme.
	M.	W.			Geheilt	Ungeheilt	Vermisst	
1. Fractura cranii . . .	—	1	40	3½ Monate.	1	—	—	19. Februar.
2. F. maxill. infer. duplex	1	—	36	16 Tage.	—	1	—	27. Mai.
3. F. humeri sinistri . .	1	—	43	25 Tage.	1	—	—	8. August.
4. F. humeri dextri . . .	1	—	3	1 Monat.	1	—	—	22. August.
5. F. olecrani	1	—	21	?	—	—	1	27. Mai.
6. F. femor. dextri . . .	1	—	21	1½ Monat.	1	—	—	3. August.
7. F. tibiae sinistr. transv.	1	—	50	20 Tage.	—	1	—	9. Mai.
8. F. fibulae	—	1	42	1 Monat.	1	—	—	20. Juni.
9. F. tibiae et fibulae . .	1	—	13	1½ Monat	1	—	—	30. Januar.
10. F. tibiae et fibulae . .	1	—	49	?	—	—	1	8. Septemb.

Aus dieser Tabelle leuchtet hervor, dass die männlichen Individuen in diesem Jahre vorwiegend von Knochenbrüchen afficirt wurden, und zwar verhalten sich die Weiber zu den Männern wie 1:4. Diese Zahlen stimmen mit denjenigen, welche v. Mebes ¹⁾ für die früheren Jahre aus der hiesigen Klinik angegeben hat überein, indem nach seinem Berichte dieses Verhältniss als 1:3½ sich zeigt. Ich füge noch das Verhältniss für einige Jahre aus der hiesigen Klinik, deren Berichte mir zu Gebote stehen, hinzu.

In den Jahren 1845, 1847, 1849, 1853 wurden 51 Patienten, die an Fracturen litten, in der hiesigen Klinik behandelt, darunter gehörten dem weiblichen Geschlechte 15 an; es stellt sich also das Verhältniss von 1:3²/₃ heraus. Somit sehen wir dass diese Zahlen schon seit vielen Jahren in der hiesigen Klinik sich gleich bleiben und ganz übereinstimmen mit den in anderen Hospitalern ²⁾ gefundenen.

Ferner erschen wir, dass hinsichtlich der Häufigkeit der

1) Die Knochenbrüche, ihre Entstehung, Diagnose etc. Leipzig 1845.

2) Vergl. Dr. A. Th. Middeldorpf Bemerkungen über Knochenbrüche. Breslau 1852.

Fracturen in den verschiedenen Jahreszeiten der allgemeine Satz, dass Knochenbrüche in den Wintermonaten häufiger beobachtet werden, in diesem Jahr sich nicht bestätigt hat, indem auf dieselben von 10 Fällen nur 2 kamen.

Nach dem Alter gehörte die Mehrzahl der Patienten dem mittleren an.

Unter den 51 von mir aufgezählten Fällen befanden sich 14 Individuen zwischen dem 6ten und 25sten Lebensjahre, 21 zwischen dem 25sten und 50sten, 12 zwischen dem 50sten und 70sten. Die Angaben von v. Mebes sind folgende: unter 343 Patienten waren unter dem 25sten Lebensjahre 136, vom 25sten bis zum 50sten 128, vom 50sten bis zum 90sten 69.

Aus dem Vergleiche dieser Zahlen mit denen, welche in diesem Jahre erhalten wurden, überzeugt man sich, dass auch in dieser Hinsicht bis jetzt keine Aenderung stattgefunden hat.

Wir sehen, dass in diesem Jahre die Brüche der unteren Extremitäten überwiegend sind, und dass die Fracturen der Schlüsselbeine, die doch zu den häufigeren gerechnet werden können, gar nicht da gewesen; jedoch irgend welchen Schluss daraus zu ziehen würde gewagt sein, da die Zahl der vorliegenden Fälle zu gering ist. Ich will indessen bei dieser Gelegenheit einige Angaben bezüglich der Knochen, welche Brüchen am häufigsten ausgesetzt sind, aus der Berechnung der Fracturen, die im Verlaufe von 8½ Jahren in der hiesigen Klinik beobachtet wurden, mittheilen. Während des 2ten Semesters 1841, der Jahre 1842, 1843, 1844, 1845, 1847, 1849, 1851, 1853 kamen 137 Fracturen zur Behandlung. Diese sind so vertheilt:

Kopf.			Obere Extremität.							Rumpf.		Untere Extremität.					
Cranium.	Maxill. inf.	Ossa nasi.	Clavicula.	Radius.	Humerus.	Antibrachium	Digiti man.	Ulna.	Metacarpus.	Scapula.	Acetabulum.	Costae.	Crus.	Femur.	Tibia.	Fibula.	Digiti pedis.
3	2	1	19	13	12	10	5	4	3	2	1	11	22	13	6	3	1
6			69							12		45					

Ziehen wir noch die in diesem Jahre beobachteten Fälle hinzu, so ergeben sich folgende Zahlen:

Obere Extremität 72, untere Extremität 50, Rumpf 12, Kopf 8. Dieselbe Reihenfolge finden wir bei Middeldorpf¹⁾ angegeben.

Die ursächlichen Momente der in diesem Jahre vorgekommenen Knochenbrüche waren folgende: der doppelte Bruch des Unterkiefers wurde durch einen Pferdehufschlag hervorgebracht. Die Fracturen der Extremitäten entstanden meistens durch Fall, nur die unter No. 7. angeführte Fractur der Tibia und Fibula in Folge Ueberfahrens.

Da der Gypsverband schon seit einer Reihe von Jahren in der hiesigen Klinik bei Fracturen der Extremitäten als der passendste sich erwiesen hatte, so wurde er auch in diesem Jahre ausschliesslich bei denselben mit gutem Erfolge angewandt.

Der Fall der Fractur der Basis cranii war folgender:

W.K., 40jährige esthnische Bäuerin, zieht sich durch einen Sturz aus einem Schlitten eine Verletzung des Kopfes zu, bleibt in Folge dessen ohne Besinnung, erlangt dieselbe aber bald wieder, und wird unmittelbar nach dem Zufall (den 19. Febr.) auf die Klinik gebracht. Bei der Untersuchung wird folgendes constatirt: am linken Scheitelbeine eine rundliche, rubelgrosse, weiche verschiebbare und mit normaler Haut bedeckte Geschwulst, ein geringer Ausfluss aus dem Gehörgange und dem Nasenloche der entsprechenden Seite; keine äusserlich nachweisbare Schädelfractur, keine Lähmungserscheinungen lassen sich nachweisen. Die Pupillen gleich weit, schlafähnlicher Zustand, aus welchem die Kranke leicht erweckt werden kann, trä-

1) a. a. O. p. 21.

ger Gedankenfluss, mässiger Kopfschmerz, Schwindel beim Gehen. Uebelkeit, mehrmaliges Erbrechen. Puls 50.

Dieser Zustand dauert bis zum 23. Februar, während welcher Zeit Eisumschläge applicirt werden. Ein Einschnitt in die Geschwulst am Kopfe überzeugt uns von der Abwesenheit der Fractur an dieser Stelle.

Am 23. Febr. wird die Kranke von einem in der Umgebung des linken Ohres beginnenden Erysipel ergriffen; dasselbe verläuft mit Fieber, dehnt sich über das Gesicht und den ganzen Kopf aus, und verschwindet vollkommen bis zum 8. März. Während dieser Zeit wird ein fast farbloser Ausfluss aus dem linken Ohre beobachtet, ohne eine Perforation des Trommelfells nachweisen zu können, auch hört die Kranke auf beiden Ohren gleich gut.

Bis zum 23. März bessert sich der Zustand der Kranken mehr und mehr, an diesem Tage erfolgt aber plötzliche Verschlimmerung mit Schwindel, Ohnmachtgefühl, Uebelkeit und Erbrechen. Kalte Umschläge werden auf den Kopf gelegt, innerlich bekommt die Kranke Calomel. Diese Erscheinungen lassen nur sehr allmählig nach, werden oft bei ruhiger Lage gar nicht beobachtet, kehren aber bei Bewegung zurück. Die mercurielle Behandlung wird am 1. April wegen eingetretener Mundaffection ausgesetzt.

Vom 18. April werden die genannten Krankheitserscheinungen nicht mehr beobachtet und die Besserung wird nur durch eine kurzdauernde Diarrhoe unterbrochen; übrigens erholt sich die Kranke äusserst langsam und kann erst am 28. Mai als geheilt aus der Klinik entlassen werden.

Aus diesen Erscheinungen geht hervor, dass die Kranke an einer Gehirnerschütterung niederen Grades gelitten hat, welche sehr wahrscheinlich mit einem Spaltbruch des linken Felsenbeins verbunden war, worauf der Ausfluss aus dem linken Gehörgange zu deuten scheint. Merkwürdig erscheint in diesem Falle die grosse Veränderlichkeit der Pulsfrequenz, welche nicht selten in 24 St. um 20 Schläge variirte und in dieser Unbeständigkeit bis ans Ende der Krankheit verharrte.

Fremde Körper. Mit dem Ausziehen derselben hatten wir sehr wenig zu thun. Bei einem Individuum musste ein im Oesophagus stecken gebliebenes Knochenstück, bei einem anderen eine Achre aus dem äusseren Gehörgang entfernt werden. Bei zwei Patienten hatten sich in Folge des Eindringens von Holzsplittern Abscesse an den Händen gebildet, die geöffnet wurden.

Neubildungen.

Idiopatische Condylome hatten bei einem Patienten an der Schleimhaut der Wange, bei einem anderen am Oberarm ihren Sitz, bei dem dritten war die Stelle nicht angegeben. Bei zwei Patienten wurden sie vermittelst eines Messers, bei dem dritten durch die Ligatur entfernt.

Reine Fibroide kamen bei zwei Personen vor; bei einem 26 Jahre alten Mann befand sich die Geschwulst im Unterhautbindegewebe der Stirn, die Exstirpation wurde vorgenommen und es trat Heilung ein. Ein tödtlich abgelaufener Fall war folgender:

A. T., 69 Jahr alt, von ziemlich kräftigem Knochenbau, aber von anämischem Habitus und sehr wenig entwickelter Intelligenz, wird am 8. August in die Klinik aufgenommen. Bei der äusseren Besichtigung fällt sogleich ein wuchernder Körper auf, welcher, wie eine prolabirte Zunge, zum Munde heraushängt, das Kinn bedeckt und sich um dasselbe herum biegt, wodurch die Unterlippe stark nach unten gezerrt und als ein dünner Saum auf der linken Seite sichtbar wird. Die rechte Wange ist stark gewölbt und beim Oeffnen des Mundes bemerkt man knollige Wucherungen unter derselben. Die Zunge ist durch die Wucherung stark nach hinten und links gedrängt und die Sprache sehr behindert. Die äussere Geschwulst misst in ihrer Länge, wie auch in der grössten Breite 2 Zoll. Sie ist mit einem der Schleimhaut ähnlichen Gebilde bedeckt, erscheint roth mit einzelnen Abstossungen des Epithels, hückrig, Knorpelhart und beim Druck nicht schmerzhaft. Umgeht man die Geschwulst mit dem Finger, so bemerkt man zunächst ihren Ursprung vom processus alveolaris des mittleren Theils des Unterkiefers, ferner ihre feste Auflagerung auf der Unterlippe und dem Kinn, um welches letztere sie sich hackenförmig biegt. Die innere Geschwulst ist durch eine Ausbuchtung von der äusseren abgetrennt. Versucht man dieselbe vom rechten Mundwinkel aus unter der rechten Wange zu umgehen, so lässt sich dieses unter der stark gespannten Haut der Wange vollkommen bewerkstelligen, und man fühlt kugelige, glatte Geschwülste, welche über den äusseren und inneren Alveolarrand, ihn umschliessend, hervorragen und aus dem processus alveolaris entspringen zu sein scheinen. Sie erstrecken sich bis zum ersten linken Eckzahn. Von den Zähnen und Alveolen ist überall da, wo die Geschwülste sich befinden, nichts wahrzunehmen, nur linkerseits, da wo die äussere Geschwulst in den Alveolarrand übergeht, befinden sich unter ihr zwei Schneidezähne und ein Eckzahn, welche aus ihren Alveolen gedrängt und von der Geschwulst niedergedrückt, an der unteren Fläche derselben hängen. Der untere Kieferrand ist links bis zum ersten Backzahn deutlich durchzufühlen. Am Kinn ist eine harte tuberöse Auftreibung bemerklich, und von dieser Stelle an beginnt der Rand sich immer mehr zu verdicken. Die Drüsen sind nicht geschwollen. Der Athem ist nicht behindert, der Kopf nicht benommen.

Das Essen flüssiger und breiiger Nahrungsmittel geht verhältnissmässig gut von Statten. Im Allgemeinbefinden des Patienten ist nichts von Bedeutung wahrzunehmen.

Anamnese. Patient glaubt die Entstehung der Geschwulst von einem cariösen Zahne herleiten zu dürfen. Vor 10 Jahren sei die Geschwulst entstanden und von da an stetig gewachsen. Schmerzen seien nie dagewesen, bis vor drei Monaten, seit welcher Zeit sich zuweilen lancinirende Schmerzen eingestellt. Sonst ist Patient immer gesund gewesen und hat nie an einer dyskrasischen Krankheit gelitten.

Diagnose. Die scharfe Begrenzung der Geschwulst, welche die Gelenkenden des Knochens nicht ergriffen hat, ihr Ursprung vom Knochen, ihre knorpelige Beschaffenheit, ihre glatte und harte Oberfläche, ihr langes Bestehen und ihre Schmerzlosigkeit, die nicht geschwollenen Drüsen der Umgegend, alles dieses spricht für eine gutartige Geschwulst und wahrscheinlich für ein Enchondrom, obgleich dieses mit Sicherheit nicht ausgesprochen werden kann, da wir mit der Explorationsnadel nichts für die mikroskopische Untersuchung gewinnen.

Behandlung. Wir entschliessen uns zum operativen Eingriff; der Gang der Operation soll vom Befunde des Unterkiefers nach Entfernung der Weichtheile abhängig sein; würde es sich erweisen dass der Körper des Unterkiefers gesund ist, so würde nur eine Resection des Processus alveolaris gemacht werden, im anderen Falle eine gänzliche Entfernung des kranken Stückes.

Die Operation wird am 20. August ausgeführt. Nach der vorläufigen Abtragung des aus dem Munde heraushängenden Theils der Geschwulst, um den Eingang in die Mundhöhle zugänglich zu machen, überzeugen wir uns, dass der Unterkieferknochen in grosser Ausdehnung degenerirt ist, und somit erweist sich seine Resection als nothwendig. Zu diesem Behuf bildet man zwei Lappen, indem man einen verticalen von der Mitte der Unterlippe bis zum Kinn sich erstreckenden und einen horizontalen von dem ersten linken Backzahn bis zum Unterkieferwinkel der rechten Seite verlaufenden Schnitt führt, die Lappen von dem Knochen trennt und sie zurückschlägt. Nun wird der Knochen vermittelst einer Kettensäge in der Ausdehnung von dem ersten linken Backenzahn bis zum rechten Kronenfortsatz durchsägt und mit dem ihm anhängenden Theile der Geschwulst extirpirt. Nachdem die unbedeutende Blutung gestillt ist, vereinigt man die Wundränder zum Theil durch umschlungene (äussere Haut), zum Theil durch Knopfnah (Schleimhaut). Zu einer dieser ersteren Nähte wird ein Faden, der am freunulum linguae angeheftet ist, benutzt, um das Zurückweichen der Zunge nach hinten zu vermeiden. Kurze Zeit nach der Operation stellt sich eine Blutung aus drei kleinen unter der Zunge befindlichen Gefässen ein, die durch Unterbindung gestillt wird.

21. und 22. Aug. Das Allgemeinbefinden leidlich, der Schlaf gut. Die Aufnahme von Speisen wegen des beim Schlucken sich einstellenden Erstickungsgefühls und heftigen Hustens unmöglich. Der Puls schwankt zwischen 80 und 100 Schlägen.

23. Aug. Frostanfall mit Steigerung der Pulsfrequenz auf 120 Schläge.

24. Aug. Flüssige Substanzen können, wenn auch mit Mühe, genossen

werden. Die Wunde auf der rechten Seite schliesst sich durch erste Vereinigung. Puls 84.

25 — 27. Aug. Das Allgemeinbefinden ziemlich befriedigend. Die Aufnahme der Speisen ist sehr mühsam, da der grösste Theil derselben durch die Öffnung am Kinn abfliesst.

28. Aug. Frostanfall, harter Puls 98.

9. Aug. — 5 Sept. Kein Fieber, nur allgemeine Schwäche. Das Essen geht leichter von Statten. Die horizontale Hautwunde hat sich vollkommen geschlossen, am Kinn bleibt eine Fistelöffnung. Die Nahrung besteht ausschliesslich aus Milch.

5. und 6. Sept. Die rechte Seite der Unterlippe erscheint glänzend und geschwollen.

7. Sept. Die erwähnte Anschwellung an der Lippe stärker, erstreckt sich bis auf die Wange, welche stellenweise hart erscheint. Warme Umschläge.

9. Sept. Zwei flüssige Stühle.

10. Sept. Drei flüssige Stühle. Verordnung. Tinct. opii simpl. 20 Tropfen.

11. Sept. Die Anschwellung der Wange geringer. Drei flüssige Stühle. Verordnung. Ratanhadecoet mit Tinct. opii simpl. (4 gr. stündlich).

12. Sept. Der mehr apathische Zustand des Patienten führt uns auf den Gedanken dass eine Opiumintoxication stattfindet. Nach Darreichung von schwarzem Kaffe tritt Besserung des Zustandes ein. Puls 120, Decoet aus Ratanha wird ausgesetzt.

13. Sept. Grosse Schwäche, Appetitlosigkeit. Puls klein 109. Drei flüssige Stühle. Ernährung durch die Schlundsonde, welche nur in sitzender Stellung beim Vorziehen und Verschieben der Zungenwurzel nach rechts eingeführt werden kann. Verordnung. Plumb. aceticum mit Extract, nuc. vom.

14. Sept. Sieben flüssige Stühle. Ausgedehnte Rasselgeräusche in der Lunge bei mangelhafter Expectoration. Verordnung. Ipecacuanhainfus. mit Liq. ammon. anis.

15. Sept. Zehn flüssige Stühle. Medication unverändert.

16. — 19. Sept. Collapsus tritt ein. Das Sensorium ist benommen. Diarrhoe dauert fort.

20. Sept. Tod des Patienten unter Erscheinungen behinderten Athmens.

Bei der Section, welche 24 Stunden nach dem Tode vorgenommen wird, findet man überall starken Fettschwund. Der Paniculus adiposus, das Netz, selbst eine früher bestandene Fettleber sind atrophisch. Die unteren Lungelappen sind durch Hypostasis infiltrirt, die oberen blutleer und die Rändern emphysematös. Der Magen und Dickdarm zeigen eine Necrotisirung der Schleimhaut. Im Uebrigen finden sich Erscheinungen, welche der schwächer werdenden Herzaction zuzuschreiben sind, als venöse Stauung (rechtes Herz) und dem entsprechend wässrige Exsudation (Gehirn).

Die Ursache des lethalen Ausganges können wir im vorliegenden Falle der Erschöpfung zuschreiben, die theils durch

die geringe Aufnahme von Nahrungsmitteln, anderentheils durch die profusen Diarrhoeen, welche besonders stark kurz vor dem Tode des Patienten sich einstellten, hervorgerufen wurde. In wie fern aber die Operation die Veranlassung der erschöpfenden, mit dem Tode endenden Diarrhoe gewesen, können wir uns nur auf folgende Weise erklären: 1. durch die Gemüthsverfassung, die in Folge des erschwerten Schlingens bei gutem Appetit deprimirt war, und daher, wie besonders bei ungebildeten Leuten, einen bedeutenden Rückschlag auf das vegetative Leben ausübte; 2. durch die unvollkommene oder vielmehr gar nicht stattfindende Einspeichlung der Speisen. Andererseits, und was wahr scheinlicher ist, können diese Diarrhoeen als ein Symptom der Pyämie betrachtet werden, zu welcher Annahme uns die während des Lebens sich einstellenden Schüttelfröste, wie auch die diphtheritische Affection des Darms, die wir in der Leiche fanden berechtigen; um so mehr, da in dieser Zeit ein anderer Kranke in demselben Saale und an demselben Platze unter denselben Erscheinungen zu Grunde ging. Es würden also diese beiden Fälle zu der von Roser neulich beschriebenen Nosocomialpyämie zu rechnen sein. Was unsere Diagnose anbelangt, so hatte ein Irrthum stattgefunden; der aber, wenn auch erkannt, unser Verfahren nicht geändert hätte. Wir fanden nämlich bei der mikroskopischen Untersuchung der Geschwulst, dass dieselbe kein Enchondrom, sondern ein reines Fibroid war, und haben darin einen neuen Beweis wie unzuverlässig alle chirurgischen Zeichen für die Erkennung der Art der Geschwülste sind.

Der Sitz der 4 Polypen war folgender: der Schädelgrund, die Scheidewand der Nase, das Trommelfell und der Mastdarm. Die drei letzten Polypen waren sehr klein und verursachten keine Beschwerden; nur der des Trommelfells wurde mit dem gekrümmten ^{Kramer'schen} Polypenmesser extirpirt. Der

Polyp an der Basis des Schädels war dagegen sehr gross und belästigte den Patient sowohl beim Sprechen als auch beim Athmen. Da dieser Fall aber schon von Dr. Beggrow ¹⁾ ausführlich abgehandelt ist, so verweise ich auf seine Schrift.

Die Lipome waren durch zwei Exemplare vertreten, das eine befand sich bei einem 50 Jahre alten Weibe in der Nähe des M. rectus femoris, das andere bei einem 21 Jahre alten Manne in der Gegend des Nackens; nur dieses Letztere wurde exstirpirt.

Das Enehondrom kam bei einem 26jährigen Mädchen vor, reichte nach oben und links fast bis zum Ohr, nach unten und rechts bis zur cartilago thyreoidea und Ericoidea, nach vorne bis zum inneren Rande des M. sternocleidomastoideus, und nach hinten bis zum unteren Rande des Unterkiefers und der Art. carotis externa, welche man durch pulsirende Bewegungen der Geschwulst hinten vermuthen musste. Die Geschwulst soll vor 8 Jahren entstanden sein, und allmählig gegenwärtige Grösse erlangt haben. Die Exstirpation wurde vorgenommen. Es ist bekannt, dass die Exstirpation von Halsgeschwülsten, selbst wenn dieselben noch hinlängliche Beweglichkeit besitzen, zu den delicateren Operationen gehören, weil der ursprüngliche Gefässreichthum der Halsgegend, der während des Wachsthums eines Parasiten noch erhöht wird, nur zu oft schwer zu stillende venöse und arterielle Blutungen veranlasst. Auch in diesem Falle entstand sogleich nach der Exstirpation der faustgrossen Geschwulst aus mehreren in der Gegend des Zungenbeins gelegenen kleineren Arterien, die sich nach der Entfernung des Parasiten sogleich tief zurückzogen, eine Blutung, welche sich durch das Einführen grösserer serres fines mit Mühe stillen liess. Hervorzuheben ist bei dieser Operation, dass nachdem

1) Die fibrösen Geschwülste des Schädelgrundes. Dorpat 1860. S. 47—51.

die serres fines mit Seidenfäden versehen, die Haut über denselben zusammengenäht wurde. Nachdem sich nun die serres fines gelöst hatten, was nach 4—6 Tagen geschah, während welcher Zeit Eisfomente aufgelegt wurden, konnte man sie aus einer kleinen Strecke der nicht vernähten Wundränder mittelst dieser Fäden herausziehen. Die vollständige Heilung der Patientin erfolgte nach vier Wochen. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwulst wies Knorpelzellen und in der Mitte des Parasiten krebsige Degeneration nach, jedoch ist Patientin bis zum heutigen Tage vollkommen gesund geblieben.

Von Balggeschwülsten beobachteten wir Breigeschwülste (atheromata) bei zwei Personen. In beiden Fällen waren sie am Gesichte und behaarten Kopftheil zerstreut. Bei dem einen Patienten, einem 22jährigen Jünglinge, befanden sich im Gesichte mehr als 20 Atherome, wovon jedoch auf Wunsch des Kranken nur die grösseren und entstellenderen exstirpirt wurden.

Kröpfe kommen im Allgemeinen sehr selten in Livland vor. In diesem Jahre passirten aber zwei Fälle unsere Ambulanz, es waren sogenannte lymphatische Kröpfe. Die Individuen, die daran litten, waren Frauen zwischen dem 29 und 36sten Lebensjahre, beide stammten nicht aus den Ostseeprovinzen, sondern aus dem inneren des Reiches. Wir verordneten ihnen Einreibungen von Jodkaliumsalbe und fortwährendes Tragen einer wollenen Cravate. Ueber den Erfolg des Jodkaliums ist uns nichts mitgetheilt worden.

Krebse. Unter den bösartigen Geschwülsten kamen in diesem Jahre die Epithelialkrebse am häufigsten vor, indem von der ganzen Zahl der Krebse (10) 8 auf diese fielen. Die zwei anderen Fälle waren fibröse Krebse.

Dem Geschlechte nach, befanden sich unter diesen Patienten 5 Männer und 5 Weiber. Ihr Alter war 38, 45, 48,

50 (2 Mal), 55, 60 (2 Mal), 61, 78 Jahre, ein Beweis dass mit heranrückendem Alter die Disposition zu Krebsbildung steigt.

Die Parasiten waren auf folgende Körpergegenden vertheilt:

Epithelialkrebs der Wange und Nase bei 1 Patienten			
" " Wange allein	" 2	"	
" " Unterlippe	" 4	"	
" " des Hinterhauptes	" 1	"	
Faserkrebs der Brustdrüse	" 2	"	

Die beiden Epitheliome der Wange waren ziemlich ausgebreitet, aber oberflächlich. Wir entfernten sie mittelst des Cosme'schen Mittels. In einem Falle trat nach Ablauf von zwei Monaten Heilung ein, hinterliess aber durch Narbenzusammenziehung ein bedeutendes Ectropium des unteren Augenslides. Ueber den Ausgang des anderen Falles kann nichts mitgetheilt werden, da Patient nicht bis zur vollkommenen Heilung in der Klinik verblieb. In einem Falle des Lippenkrebses wurde die Jäsche'sche Operation der Cheiloplastik gemacht; in einem anderen, wo das Krebsgeschwür noch ziemlich klein war, genügte es, ein dreieckiges Stück aus der Unterlippe auszuschneiden, worauf die Wundränder durch umschlungene Naht vereinigt wurden. Bei beiden Patienten trat Heilung per primam intentionem ein, und die Form der neugebildeten Lippen war ziemlich gut. Den Fall des Epithelialkrebses am Hinterhaupte, als zu den selteneren gehörend, theile ich etwas ausführlicher mit.

J. S. wurde am 14. November in die Klinik aufgenommen. Patient ein Mann von 49 Jahren, anämisch, schwach entwickelter Muskulatur und stark abgemagert, zeigte in der Hinterhauptgegend eine 14 Cent. lange und 11 Cent. breite Ulceration die sich nach rechts bis zur Ohrmuschel, nach unten 2 Cent. unterhalb des Warzentheils des Schläfenbeins und nach hinten links bis über den äusseren Hinterhauptshöcker erstreckte. Die Ränder des Geschwürs erschienen geröthet und infiltrirt. Der Grund des Geschwürs war gebildet von einer fungösen, unebenen sehr leicht blutenden Masse welche an einzelnen Stellen in Fetzen abgestossen, tiefe Einschnitte mit Eiter erfüllt bildete. Die Sonde berührte nach Perforation dieser fungösen Masse nirgends einen Knochen, was zusammengenommen mit der Pulsation dafür

zu sprechen schien dass die Neubildung von der harten Hirnhaut ausging. Die Nacken- und Halsdrüsen waren mehr oder weniger angeschwollen, einige in dem Winkel des M. sterno-cleido-mastoideus und des Unterkiefers rechter Seits in Supuration übergegangen. Am linken oberen Augenlide befand sich ein leichtes Oedem. Mit dem rechten Ohr hörte der Kranke viel schlechter als mit dem linken. Die Pupillen beider Augen normal und gleichmässig erweitert. Der Patient war apatisch. der Schlaf in der Nacht unruhig. Der Appetit gut. Puls schwach 56.

Aus der Anamnese des Patienten entnahmen wir, dass er bereits vor 4 Jahren an einem ulcerirenden Geschwulst der rechten Hinterhauptsgegend litt, die vor etwa drei Jahren von einem Arzte extirpirt worden war. Es soll sich darauf eine vollständige Narbe gebildet haben, welche jedoch nach einem halben Jahr wieder aufbrach und sich nun die Geschwulst allmählig entwickelte, bis zu dem Zustande wie wir ihn eingangs beschrieben haben.

Die mikroskopische Untersuchung eines extirpirten Stückes ergab, dass es ein Epithelialekrebs war.

Es wurde nun bald nach der Aufnahme des Kranken versucht durch Cauterisation mit der Wiener Aetzpaste die Geschwulst zu vernichten, was jedoch nicht vollständig gelang, da fortwährend neue fungöse Excrescenzen hervorwucherten. Bei einer solchen Sachlage war selbstverständlich auf eine Heilung nicht zu rechnen. Es wurde daher beschlossen, ein rein symptomatisches Verfahren einzuschlagen, die Schmerzen zu lindern und durch gute Kost die Kräfte des Patienten zu erhalten. Die Zerstörung ging unaufhaltsam weiter, so dass nach 6 Monaten die hintere Partie der rechten grossen Hemisphäre des Gehirns vollständig zerstört war und man sah in der Tiefe das vom tentorium cerebelli bekleidete kleine Gehirn weisslich durchschimmern.

Nach ungefähr 10 monatlichem Aufenthalte in der Klinik, während welcher Zeit der Kranke von Tag zu Tag schwächer wurde, Lähmungserscheinungen des N. facialis eintraten und zuletzt Schlingbeschwerden und profuse Diarrhoeen sich hinzugesellten, starb er an Erschöpfung.

Bei der Section fand man die meisten angrenzenden Lymphdrüsen krebzig degenerirt. Von der Parotis der rechten Seite waren nur minime Partien zurück geblieben. Das aus der Ulceration des Schädels hervordringende Gehirn, war zersetzt, matschig, zerfliessend und konnte daher nicht weiter untersucht werden. In den anderen Körpertheilen war ausser starker Abmagerung nichts Bemerkenswerthes.

Die am skelletirten Schädel wahrnehmbaren Zerstörungen erstreckten sich vom Vereinigungspunkte der Sutura sagitalis mit der Sutura lambdoidea über das rechte Seitenwandbein, von hier nach vorn über den Schuppentheil des Schläfenbeins bis zum Uebergang desselben in den Jochfortsatz des Schläfenbeins, alsdann dicht hinter dem äusseren Gehörgang abwärts bis zu dem Gelenkknopf des Hinterhauptbeins, eine schmale Brücke zwischen ihm und dem Hinterhauptsloch lassend, über das Hinterhauptbein bis zum Tuberculum occip. ext. und von hier in gerader Richtung aufwärts zum oben erwähnten Ausgangspunkte. Der ganze Umfang dieser

Substanzverlustes betrug 13 pariser Zoll; der grösste Durchmesser von der Spitze der Lambdanaht bis zum äusseren Gehörgange 4 Zoll 3 Linien. Es war also die rechte Hälfte des Hinterhauptbeins, der Warzenthail bis zum Griffelwarzenloch (*inclusive*) und ein Theil der Pyramide des Schläfenbeins, die hintere und untere Partie des Scheitelbeins vollkommen zerstört. Die Ränder der Knochen waren steil, von keinen Knochenspiculis unterbrochen. Die wesentlichen Zerstörungen befanden sich an der Pyramide des Schläfenbeins, sie erstreckten sich von aussen her an der hinteren Fläche des Felsenbeins bis zur Mündung des *Aquaeductus vestibuli*; an der oberen Fläche, bis zum blossgelegten oberen halbzirkelförmigen Kanale; an der unteren Fläche bis zum Griffelfortsatz, der Jugulargrube und der Einmündung des *Aquaeductus cochleae*. Das Griffelfortsatzloch war vollkommen zerstört.

Diese ausgebreiteten Zerstörungen des Felsenbeins erklären die Lähmung des *N. facialis* und *N. acusticus*. Die Ursachen der Schlingbeschwerden müssen auf eine Lähmung des rechten *N. vagus* bezogen werden, der beim Durchgange durch das Drosseladerloch wahrscheinlich gelitten hatte. Von wo aus der Krebs seinen Ursprung nahm, ob von der *Diploe* oder der *Dura mater*, war nicht zu bestimmen.

Die anderen Patienten die an Epithelialkrebsen litten, liessen die Operation nicht zu.

Die Faserkrebse befanden sich bei zwei Frauen, die schon in der Rückbildungsperiode standen. Es hatten sich schon bedeutende Krebsgeschwüre an den Brüsten gebildet und die benachbarten Lymphdrüsen waren geschwollen, daher enthielten wir uns jeden operativen Eingriffs, da bekanntlich solche Kranke nach der Exstirpation des Parasiten noch schneller zu Grunde gehen und beschränkten uns darauf, Sorgfalt anzurathen, um die Brüste vor jeder äusseren Schädlichkeit zu schützen.

Entzündung der Haut und des Unterhautzellgewebes und ihre Folgen.

Erysipelas. Von den 5 im allgemeinen Theile verzeichneten Fällen von *Erysipelas* wurden 3 in der stationären und

2 in der ambulatorischen Abtheilung behandelt. Die letzteren wurden an Männern von 27 und 40 Jahren beobachtet, bei dem einen befand sich das Leiden an der Hand, bei dem anderen an dem Fussrücken. Ueber die Ursachen des Uebels wussten beide nichts anzugeben. Was die Intensität der Affection anbetrifft, so war bei beiden nur starke Hyperämie vorhanden. Die stationären Patienten waren solche, die in die Klinik wegen eines anderen Leidens aufgenommen, von der in den Monaten April und Mai epidemisch in der Klinik herrschenden Rose nach Operationen ergriffen wurden. Der eine Fall betraf eine Frau von 40 Jahren, die in Folge eines Sturzes sich eine Fractur der basis cranii zugezogen hatte. Da wir Verdacht auf eine Fissur des Seitenwandbeins hatten, wurde eine 2 Zoll lange Incision bis auf den Knochen gemacht, zwei Tage darauf stellte sich Erysipel ein, das binnen 14 Tagen vom linken Ohre, wo es begonnen hatte, sich über die ganze behaarte Kopfhaut und das ganze Gesicht, unter Bildung grosser Wasserblasen, verbreitete. Ferner wurde eine Frau von 45 Jahren, die an impetigösen Geschwüren der behaarten Kopfhaut und der Scapula litt, und die in demselben Zimmer mit der früher erwähnten Kranken lag, von der Rose ergriffen; hier hatte das Erysipel am Rücken begonnen und war von da auf das Gesicht gewandert. Der Grad der Entzündung war derselbe wie der eben besprochene erste Fall. Im dritten Falle entstand das Leiden bei einem 60 jährigen Manne, bei welchem eine radicale Operation der Hydrocele vorgenommen worden war; hier befand sich die Rose am Oberschenkel und Hodensack. In allen diesen Fällen gingen dem Ausbruche der Krankheit allgemeine Mattigkeit, gastrische Erscheinungen, Fieber voran. Das Erysipel gab in keinem von den eben angeführten Fällen zu Brand Veranlassung, doch äusserte es auf die Dauer der Heilung einen nachtheiligen Einfluss. Beiläufig wollen wir bemerken, dass

diese erysipelatöse Entzündung möglicherweise als Prodromalsymptom der von Röser aufgestellten Nosocomialpyämie zu betrachten wäre, um so mehr, als wir aus anderen, früher hervorgehobenen Gründen zur Annahme berechtigt sind, dass zu jener Zeit die genannte septische Krankheit im klinischen Local eine epidemische Ausbreitung besass.

Unsere Behandlung war hauptsächlich local, und bestand in Einreibungen von Ol. camphoratum und Umwickeln der ergriffenen Theile mit Watte. Sonst wurde nur für reine Luft gesorgt, eine milde aber nicht zu karge Diät und kühlende Getränke verordnet. Zur Darreichung innerer Mittel sahen wir uns nicht veranlasst.

Furunculosis kam drei Mal vor, 1 Mal in der stationären, 2 Mal in der ambulatorischen Klinik. Die Monate in welchen die Patienten zu uns kamen, waren April, Mai, November. Diese Kranken von 16, 23, 26 Jahren gehörten dem männlichen Geschlechte an. In allen diesen Fällen waren die Blutschwären über den ganzen Körper zerstreut.

Phlegmone kam bei 28 ambulatorischen Patienten vor. Hinsichtlich des Geschlechts befanden sich darunter 12 Männer und 16 Weiber. Fast ohne Ausnahme und ohne besondere Vorliebe für irgend ein bestimmtes Alter, waren Patienten von allen Lebensperioden davon ergriffen, indem wir Kinder von 7 Wochen bis zu Greisen von 60 Jahren daran leiden sahen. Auch die verschiedenen Jahreszeiten haben kein Einfluss auf das häufigere Vorkommen dieses Leidens gezeigt wie es Schmidt ¹⁾ für die Monate August, September und October bemerkt zu haben glaubt.

Das Leiden befand sich:

1) Relations de universitatis Dorpatensis nosocomio chirurgico anno MDCCCLI. pag. 15.

an der Hand bei 5 Kranken	an dem Fusse bei 2 Kranken
„ „ Wange hei 4 „	„ „ Halse bei 1 „
„ dem Vorderarm bei . . . 4 „	„ „ Rücken bei 1 „
„ „ Unterschenkel bei 4 „	„ der Inguinalgegend bei 1 „
„ der Gal. aponeu. bei 2 „	„ dem Oberschenkel bei 1 „
„ dem Ellenbogen bei . 2 „	„ „ Knie bei 1 „

Was die Ursachen betrifft so gaben nur 6 Patienten einen traumatischen Ursprung des Leidens an, andere wussten nichts Bestimmtes anzuführen. Bei 16 Patienten hatten sich schon, ehe sie zu uns kamen, Abscesse gebildet, auch die übrigen Fälle waren nicht ganz frisch. Bei Abscessen, wo deutliche Fluctuation vorhanden war, wurden immer Incisionen gemacht, sonst wurden Kataplasmen oder bei verhärteten Exsudaten Einreibungen von grauer Quecksilbersalbe verordnet.

Panaritium wurde bei 3 Männern und 2 Weibern beobachtet. Das Alter der Leidenden war 18 und 19 Jahre, nur ein Kranker hatte 65 Jahre. Die ergriffenen Finger waren folgende: an den Händen der Daumen, der Zeigefinger und der kleine Finger; am Fusse die grosse Zehe; in einem Falle war der Ort nicht angegeben. Hinsichtlich der Jahreszeiten kamen 2 Fälle im Winter, 2 im Frühling und 2 im Herbst vor. Unsere Behandlung bestand in ergiebigen Incisionen.

Unter den 3 Fällen von Onychia wurden wir nur bei einem Kranken genöthigt die Exstirpation der Nagelphalanx am kleinen Finger zu machen.

Verbrennungen waren: 2 Mal am Vorderarm, 1 Mal am Gesicht und Thorax und 2 Mal am Fusse. Die Ausbreitung der Verbrennung war in keinem Falle bedeutend; was die Intensität anbelangt, so hatten wir nur mit Verbrennungen des zweiten Grades (vesiculae) zu thun.

Ein Fall von Verbrennung war am Gesichte, beim Losschliessen einer Flinte mit einem Feuersteinschloss, durch Explosion des Pfanenpulvers entstanden. Da aber die Verbren-

nung eine sehr oberflächliche war, zeigte sich der Verlauf sehr günstig. Wir belegten die wunden Stellen mit einem Vesicator, um sie zu reinigen und von den Pulverkörnern zu befreien, da aber dieses Verfahren nicht ganz seinen Zweck erfüllte, so wurde die Wunde noch nachträglich mit Collodium cantharidale bestrichen und Watte aufgelegt. Schon am 8ten Tage hatte sich die Wunde mit einer neuen Epidermis bedeckt, und die Narbe war nicht sehr entstellend.

Wir können nicht umhin, die ganz besonders günstige Wirkung des Collodium cantharidale hervorzuheben. Es ist dieses Präparat in doppelter Hinsicht empfehlenswerth; erstens schützt es, wie reines Collodium überhaupt, vor äusseren Schädlichkeiten, und bewirkt dabei eine die Narbenbildung fördernde Verdichtung der Gewebe, zweitens übt es eine extrahirende Kraft auf oberflächlich liegende fremde Körper in der Cutis aus. Im vorliegenden Falle, wo wir eine Verbrennung mit kleinen Körpern, wie Pulverkörnern, in der Cutis vor uns hatten, war die Anwendung des Collodium cantharidale von überraschendem Erfolge, da wir in zwei bis drei Tagen unseren Zweck erreicht haben.

Was die anderen Fälle anbelangt, so machten wir wie in den früheren Jahren ¹⁾, nur den Watteverband.

Erfrierungen haben wir sehr wenig zu beobachten Gelegenheit gehabt. Zwei Fälle waren sehr geringfügig und bestanden nur in Frostbeulen und Erythem. Bei einem dritten Patienten war nach Erfrierung Gangrän aller Zehen entstanden. Da keine Gründe vorlagen, die Aussage des Patienten in Zweifel zu ziehen, und ferner auch die Möglichkeit, dass ein ätheromatöser Process in den Arterienwandungen die Ursache zum

1) Vgl. Adelmann Beiträge zur med. und chirurg. Heilkunde. Riga 1852. Bd. III. S. 42, so wie Mittheilungen aus der chir. Kl. der kaiserl. Univ. zu Dorpat in Günsburg's Zeitschrift für klinische Medicin. 1859. Bd. IX. S. 368.

Brande abgegeben, hier ausgeschlossen werden musste, da ferner sich schon eine Demarcationslinie gebildet hatte, so entschlossen wir uns, den brandigen Theil zu entfernen. Weil aber die Demarcationslinie sich über den Köpfen der Metatarsalknochen befand, so konnte von einer Exarticulation nicht die Rede sein und daher machten wir die Amputation in der Mitte der Metatarsalknochen. Der Heilungsprocess der Amputationswunde ging sehr langsam vor sich, da eine theilweise Gangrän des oberen Lappens entstanden war. Ausserdem bildeten sich während des 3 $\frac{1}{2}$ monatlichen Aufenthalts des Patienten fortwährend Pusteln und Brandblasen am kranken Fusse. Schliesslich mussten wir den Patienten noch vor der vollständigen Heilung nach seinem Wunsche entlassen. Die in diesem Falle so schwere Heilung der Amputationswunde, als auch das Auftreten von Pusteln und Brandblasen lässt sich auf eine Atonie der Gefässwandungen zurückführen, wie sie in Gebilden, die starken Kältegraden ausgesetzt gewesen, vorkommt. Indem die durch die Kälte stark afficirten Gefässwände nicht ihre frühere Contractilität erlangten, trat eine langsamere Blutcirculation ein, welche zu häufigen Excoriationen und Pusteln Veranlassung gab.

Geschwüre. Wie gewöhnlich, so konnten wir uns auch in diesem Jahre nicht über Mangel an Geschwüren beklagen. Unter 943 behandelten Kranken zählten wir 60 die an Geschwüren litten, also kommen ungefähr auf 1 Geschwürkranken 15 andere. Dieses Verhältniss ist in der hiesigen Klinik ziemlich constant, ja es kommen sogar Jahre vor, wo dasselbe noch grösser für die Geschwüre ausfällt, was um so trauriger ist, wenn man bedenkt, wie oft dieselben jeder Behandlung hartnäckig trotzen. Ich führe hier zur Vergleichung die entsprechenden Angaben anderer Hospitäler an.

In den Jahren 1825 — 1847 befanden sich unter 11711

Patienten der Klinik zu Erlangen ¹⁾ 707, welche an Geschwüren laborirten; das Verhältniss stellt sich also dort heraus ungefähr wie 1:16, was ziemlich mit dem aus unserer Klinik erhaltenen übereinstimmt; dagegen sind in anderen Hospitälern Geschwürkranke viel seltener. So befanden sich unter 761 Patienten in den Jahren 1837 und 1838 in der Klinik zu Marburg ²⁾, 29 Geschwürkranke, somit im Verhältniss von 1:26. Noch auffallender ist der Unterschied in der Klinik zu Königsberg ³⁾, indem dort unter 7427 Kranken in den Jahren 1836—1844, 113 an Geschwüre Leidende da waren, das Verhältniss fällt also noch geringer aus 1:65.

Was das Alter anbelangt, so standen von unseren 60 Kranken

11	in einem Alter von 15—21 Jahren
10	„ „ „ „ 22—28 „
10	„ „ „ „ 29—35 „
7	„ „ „ „ 36—42 „
8	„ „ „ „ 43—49 „
9	„ „ „ „ 50—56 „
3	„ „ „ „ 57—63 „
2	„ „ „ „ 70—78 „

Daraus geht hervor, dass in diesem Jahre das Kindesalter ganz verschont blieb, jedoch können wir dieses nur dem Zufall zuschreiben, denn einestheils berechtigt uns die geringe Zahl nicht einen absoluten Schluss zu ziehen, anderentheils haben uns die Erfahrungen anderer Jahre belehrt, dass die Geschwüre hier wenn auch seltener, doch im Kindesalter vorkommen.

Die Körperstellen, an welchen sich die Geschwüre befanden, waren folgende:

An der Stirn	bei 1 Patienten
An der Stirn und dem Scheitel	„ 1 „

1) Heifelder. Das chirurgische und Augenkranken-Clinicum der Univ. Erlangen für die Jahre 1825—1847.

2) Adelman. A. a. O. S. 75.

3) Seerig. Bericht über das chirurgische und augenärztliche Institut zu Königsberg für die Jahre 1836—1844. Königsberg 1844.

Am Halse	bei 1 Patienten.
Am Ellenbogen	„ 1 „
Am Vorderarm	„ 5 „
Am Scrotum	„ 1 „
Am linken Unterschenkel	„ 19 „
Am rechten Unterschenkel	„ 18 „
An beiden Unterschenkeln	„ 9 „
An den Füßen	„ 4 „

Es geht aus der geschilderten Vertheilung der Geschwüre hervor, dass der Lieblingsort für dieselben der Unterschenkel ist, indem die Geschwüre der Unterschenkel zu denen anderer Theile wie $3\frac{2}{7} : 1$ sich verhielten. Dieses Uebergewicht ist nicht diesem Jahre allein eigen, indem auch in den früheren Jahren dasselbe sich bemerkbar machte, so z. B. wurden vom 2ten Semester 1841 bis zum Jahre 1845 und in den Jahren, 1847, 1849, 1851, 1853, also in einem Zeitraume von $8\frac{1}{2}$ Jahren in der hiesigen Klinik 466 Patienten mit Geschwüren behandelt, von denen 333 an Geschwüren der Unterschenkel litten.

Den Stand und die Lebensweise unserer Patienten anlangend, so gehörten fast alle ohne Ausnahme dem Landvolke an, das bekanntlich hier, sowohl was die Wohnungen als auch die Nahrung anbetrifft, unter sehr ungünstigen Verhältnissen lebt.

Fast alle Geschwüre kamen sehr spät zur Behandlung, da die Kranken sich selten entschliessen sogleich nach dem Erscheinen eines solchen zu uns zu kommen, indem sie es für ein leichtes Leiden halten, oder es selbst mit verschiedenen Volksmitteln behandeln, weswegen wir so viel atonische Geschwüre mit schlaffen Granulationen und verspeckter Umgebung antreffen. Ueber die Ursachen, durch welche sie entstanden, war auch fast nichts zu ermitteln, indem die Patienten, wie es gewöhnlich unter dem Landvolke geschieht, Alles auf einen traumatischen Ursprung zurückführen, was wohl in vielen Fällen stattfinden mag, nicht aber in allen. Nur in 2 Fällen konnten wir Stauungen in den unteren Extremitäten als Ursache nach-

weisen, in einem einzigen, bei einem 15jährigen Patienten, Scrophulose.

Das Resultat unserer Behandlung war nicht erfreulich, da die Kranken selten unsere Rathschläge befolgen, welche sind: ruhiges Verhalten, Reinlichkeit, die doch zu den wichtigsten Momenten bei der Heilung der Geschwüre gehören und ohne welche die anderen Mittel nichts bewirken. Das Gesagte bezieht sich hauptsächlich auf die ambulatorischen Patienten; bei den stationären gelang es uns oft, durch sorgfältige Behandlung Geschwüre, die seit Jahren bestanden zur Heilung zu bringen; leider erlaubt es die Einrichtung der Klinik nur wenige aufzunehmen. Was unsere Behandlung selbst gegen das so hartnäckige Leiden betrifft, so würden da, wo eine Abstossung des necrotischen Bindegewebes nöthig war, oder wo die Umgebung mit harten Exsudaten infiltrirt war, Kataplasmen verordnet. Sonst beschränkte sich unser Verfahren auf das Anlegen des Baynton'schen Verbandes. Bei einem Patienten der seit 10 Jahren an einem atonischen Geschwür des rechten Unterschenkels, das durch keine Mittel zur Heilung gebracht werden konnte, litt und bei welchem eine Hyperostose der Tibia schon eingetreten war, sahen wir uns sogar genöthigt die Amputation des Unterschenkels im oberen Drittheile vorzunehmen. Bei einer Patientin, die seit Jahren an impetiginösen Geschwüren des linken Unterschenkels litt, wandten wir das von Langenbeck für Wunden empfohlene permanente laue Wasserbad an, und machten die erfreuliche Erfahrung, dass es auch bei Geschwüren ganz gut wirkt, indem die Kranke bei dieser Behandlungsweise nach einigen Monaten vollkommen geheilt entlassen wurde.

Die Ventilation, von Bouisson empfohlen, machten wir versuchsweise bei einem Patienten mit einem veralteten Geschwür des Unterschenkels; leider hat sie sich unwirksam ge-

zeigt. Schliesslich füge ich noch hinzu das von den 60 Patienten 3 als geheilt, 4 als gebessert, 3 als ungeheilt und 1 auf das Jahr 1860 bleibend, verzeichnet wurden. Das weitere Schicksal der 49 übrigen Personen blieb uns unbekannt.

Der einzige Fall von *Gangraena spontanea* wurde stationär behandelt. Er betraf ein 66jähriges Weib, welches früher lange Zeit an Rheumatismus und an Geschwüren des linken Beines gelitten hatte. Die Gangrän befand sich am linken Fusse und erstreckte sich nach oben bis zur *Articulat. tarso-metatarsae*, ohne durch eine *Demarcationslinie* deutlich abgegrenzt zu sein. Beide untere Extremitäten, besonders aber die linke, waren ödematös geschwollen. Die Venen der letzteren zeigten varicöse Erweiterungen. Die *A. cruralis* konnte leicht als ein harter und unnachgiebiger Strang durchgeföhlt werden. Bei der physikalischen Untersuchung des Herzens erwiesen sich die Semilunarklappen der Aorta und die Mitralklappe insufficient. Bei solchen Umständen musste die krankhafte Beschaffenheit der Gefässe und vielleicht schon erfolgte Thrombusbildung als Hauptursache des spontanen Brandes angesehen werden, und schon aus diesem Grunde erschien ein operativer Eingriff nicht zulässig, um so mehr da die Gangrän keine Tendenz zur Abgrenzung zeigte. Die Behandlung konnte also nur eine palliative sein. Nach ohngefähr 4 wöchentlichem Leiden starb die Kranke unter asthmatischen Erscheinungen. In dieser Zeit dehnte sich der Brand bis zu den Malleolen aus.

Aus dem Sectionsbefunde heben wir Folgendes hervor. Im linken Herzen Folgen einer abgelaufenen Endocarditis, die atheromatöse Entartung der Aortenklappen so wie der *Aa. iliaca* und *crurales*; fast vollständige Verstopfung der grossen Gefässe der linken unteren Extremität mit fest adhärenenden, stellenweise im Zerfall begriffenen Gerinseln; brandige Zerstörung

eines Theils des rechten untern Lungenlappens durch einen Embolus bedingt; Infarete in der Milz und Nieren.

Krankheiten der Blutgefässe und der Lymphdrüsen.

Der einzige Fall von Teleangiectasie wurde bei einem 1 $\frac{1}{4}$ Jahre alten Mädchen beobachtet, welches nach der Aussage der Eltern ganz gesund zur Welt gekommen war; und bei welchem erst nach einem halben Jahre sich die ersten Spuren des Leidens am linken Nasenflügel gezeigt hatten. Die erectile Geschwulst hatte folgende Ausdehnung: sie erstreckte sich von der rechten Seite der Nasenspitze auf den linken Nasenflügel und über diesen bis einige Linien auf die Wange hinaus, nach oben reichte sie bis zum Nasenbein. In dieser kurzen Zeit hatte sich also die Geschwulst ziemlich rasch verbreitet, daher war an eine spontane Heilung nicht zu denken. Aus der grossen Zahl der dagegen empfohlenen Mitteln wählten wir die Caustica und zwar gaben wir einem milderen, namentlich dem Sublimatcolloidium den Vorzug. Jedoch sowohl dieses als auch die nachher gebrauchten Injectionen von Ferrum sesquichlorat. hatten keinen erwünschten Erfolg; erst, nachdem wir nach Marchal Hall's Vorschlag einige Fäden durch die Geschwulst hindurchgezogen, trat eine stärkere Eiterung ein, und die Geschwulst fing an sich zu verkleinern; leider konnten wir den Erfolg unserer Cur nicht bis zu Ende verfolgen, da die Patientin noch vor vollständiger Heilung die Klinik verliess. Dieses Einlegen von Fäden ist selbst bei kleinen Kindern anwendbar, da dieselben nie eine zu heftige das Leben bedrohende Reaction veranlassen, und verdient desshalb in der Privatpraxis am häufigsten Anwendung zu finden.

Varicositäten an den Unterschenkeln kamen uns bei zwei Männern zu Gesichte, wogegen ihnen nur das Tragen eines Gummistrumpfes empfohlen wurde, weil die bis jetzt

bekannten Operationen sehr selten gründlich heilen und leicht Tod durch Phlebitis veranlassen.

Mit Varicocele waren 2 Patienten behaftet. Bei einem 26 Jahre alten Bäckergesellen befand sich die Venenerweiterung auf der linken Seite, da er aber zugleich an Syphilis litt, wurde dieses Leiden vorläufig keinem operativen Eingriffe unterworfen. Der andere Fall betraf einen 34 Jahre alten Cavalieristen. Es befand sich hier das Leiden auf beiden Seiten; auf der rechten Seite wandten wir die Breschet'sche Compression an und Heilung trat ohne irgend welchen nachtheiligen Einfluss binnen 22 Tage ein. Die Operation auf der linken Seite wurde nicht zugelassen.

Die Krankheiten der Lymphdrüsen beliefen sich auf 9 Fälle von Entzündung, die sämmtlich in der Ambulanz behandelt wurden. Aus dem Alter der Kranken $1\frac{1}{3}$ Jahr (2 Mal), 3, $7\frac{1}{2}$, 10, 11, 19, 21, 27 Jahre ziehen wir den Beweis, dass vorzugsweise das jugendliche Alter ergriffen wurde.

Nach den Jahreszeiten kamen: im Februar 1 Fall, im März 1, im April 1, im Mai 1, im September 2, im October 1, im November 2.

Die ergriffenen Lymphdrüsen waren:

Unterkieferdrüsen	1 Mal	Ellenbogengelenk-Drü-	
Halsdrüsen	4 „	sen	1 Mal
Achseldrüsen	2 „	Inguinaldrüsen	1 „

Bei einem einzigen Patienten hatte sich schon ein Abcess gebildet der geöffnet werden musste; in den anderen Fällen, wo eine Zertheilung noch zu hoffen war, liessen wir graue Quecksilbersalbe einreiben, falls dies aber schon zu spät war, verordneten wir Kataplasmen, um den Aufbruch der Abscesse zu beschleunigen. Das Schicksal fast aller Patienten entging uns vollkommen, nur von zweien haben wir erfahren, dass sie geheilt wurden.

4*
Ex libt. univ. Dorp

Krankheiten der Knochen.

Da schon von den Fracturen bei den mechanischen Verletzungen gesprochen ist, so bleibt mir noch übrig hier der Entzündungen der Knochen und ihrer Folgen mit wenigen Worten zu gedenken.

Um dem Leser in Kürze einen Ueberblick zu geben, habe ich folgende Tafel zusammengestellt:

Ergriffener Knochen.	Summa.	Ostitis.	Hyperostosis.	Caries.	Nécrosis.	M. W.									
						3 1/2—8	9—15	16—22	23—29	30—36	37—43	44—50			
Tibia	6	2	1	1	2	6	—	—	—	2	2	2	—	—	—
Femur	5	—	—	2	3	2	3	—	2	1	1	1	—	—	—
Proces. mastoideus	3	3	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	1	1	1
„ alveol. maxil. sup.	2	—	—	2	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	1
Vertebrae	3	—	—	3	—	2	1	1	1	—	—	—	—	—	—
Ossa capitis	1	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Tarsus et metatarsus	1	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Ulna	1	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Os metacarp. V.	1	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Ossa digit. manus	1	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Costa infima	1	—	—	—	1	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—
Maxil. inferior	1	—	—	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
	26	5	1	13	7	17	9	3	5	4	3	7	1	3	

Aus der Angabe der Fälle geht also hervor, dass in diesem Jahre die cariöse Affection der Knochen überwiegend war, und zwar waren männliche Individuen vorzüglich davon ergriffen, während die Necrose häufiger Weiber befiel, indem von den 7 Fällen dieses letzten Leidens 5 dem weiblichen Geschlechte angehörten.

Von den 26 verzeichneten an Knochenkrankheiten Leidenden wurden 5 in der stationären Klinik behandelt, worunter einer geheilt, drei gebessert und einer ungeheilt entlassen wurden. Die Ursachen dieser Leiden bei den stationären Patienten waren folgende. Die Necrose des Zahnfortsatzes des Unterkiefers war

in Folge eines rohen Ausziehens von 5 Zähnen zugleich entstanden, wobei aller Wahrscheinlichkeit nach eine Fractur des genannten Theils hervorgebracht war. Eine Caries der Tibia hatte einen traumatischen Ursprung. Eine Caries der Wirbelknochen entstand bei einem 35 Jahre alten Manne einige Zeit nachdem er an Wechselfieber gelitten, ohne dass sonst eine andere Ursache des Leidens nachzuweisen war. Die Caries der Tarsal- und Metatarsalknochen endlich befand sich bei einem tuberkulösen Individuum. Da hier die Amputation gemacht wurde und es also möglich war, den leidenden Körpertheil näher zu untersuchen, so füge ich kurz die Krankengeschichte bei.

S. S.; lettischer Bauer, 21 Jahre alt, ziemlich anämisch und in der Entwicklung seines Körpers sehr zurückgeblieben, tritt am 27. Januar in die Klinik ein. Beide Füße sind ansehnlich geschwollen, um das Doppelte vergrößert. Am rechten Fusse erstreckt sich die Anschwellung nur bis zur Articulation des Fusses, am linken geht sie auch auf die unteren Epiphysen der Fibula und Tibia über. Die Anschwellung ist ziemlich resistent, die Haut auf derselben unverändert, einzelne Stellen, wo tiefe Fistelgänge nach aussen münden, die von einem röthlich gefärbten indurirten Hofe umgeben sind und einige tief eingezogene Narben ausgenommen, die auf dem Knochen unverschiebbar sind. An jedem Fusse finden sich symmetrisch drei Fistelöffnungen durch welche man mit einer Sonde tief, sowohl in die Gelenke, zwischen die Knochen, als auch in die erweichte Masse der Knochen selbst eindringt. Aus den Fistelöffnungen fliesst fortwährend eine reichliche Menge übelriechenden Eiters. Alle pathologischen Veränderungen sind am linken Fusse in einem höheren Grade ausgebildet. An den Unterschenkeln ist ausser Abmagerung nichts Abnormes. An den Kniegelenken ist eine starke Muskelcontractur vorhanden. Die Streckung des Oberschenkels ist auch etwas behindert. An den Händen finden sich ähnliche, auf dem Knochen nicht verschiebbare Narben wie an den Füßen. Die meisten dem Gefühle zugänglichen Lymphdrüsen, besonders die der Leisten sind sichtbar angeschwollen. Die Untersuchung der Lungen giebt an ihrer Spitze einen gedämpften Percussionston und Rasselgeräusche. Der Auswurf beim Husten ist schleimig, eitrig ohne deutliche morphologische Elemente. Herz normal, Puls 190—120. Das Leiden datirt seit der frühesten Jugend, es hat mit Schmerzen und Schwellung der Füße begonnen, worauf sich die Haut geröthet, endlich aufgebrochen und einen übelriechenden Eiter entleert hat. Kurze Zeit nachdem die Füße erkrankt waren, hat sich derselbe Process an den Händen eingestellt, der jedoch nach halbjährigem Gebrauche von Leberthran sistirte.

Die angeführten pathologischen Erscheinungen lassen keinen Zweifel, dass wir es mit einem Knochenleiden zu thun haben, und zwar mit einer Caries, die wegen der multiplen Localisation des Leidens, schwerlich auf eine örtliche Ursa-

ehe zurückzuführen ist, vielmehr erlaubt uns der marastische Zustand des Patienten eine allgemeine Ursache anzunehmen, und die Erscheinungen in der Lunge, welche zwar keine absolute Diagnose zu stellen erlauben, aber mit Wahrscheinlichkeit auf Lungentuberculose deuten, sprechen für eine tuberculöse Caries.

Die Prognose kann auch mindestens sehr zweifelhaft für das Leben aufgestellt werden, denn, wenn es auch uns im besten Falle gelingen würde, die Caries zu heilen, so gelingt die Heilung der Lungentuberculose trotz der neulich entgegengesetzten Ansichten, selten.

Bei dieser Sachlage werfen sich uns zwei Fragen auf: 1 soll die Cur eine medicamentöse sein, 2 sollen die ergriffenen Füsse durch einen operativen Eingriff entfernt werden? Was die medicamentöse Behandlung anbetrifft, so sah man wohl bei solchen Fällen manchmal eine Heilung eintreten, jedoch dauert sie gewöhnlich sehr lange: da aber bei unserem Patienten die Eiterung so bedeutend ist, und die Constitution so zerrüttet, so würde der Säfteverlust eher zum Tode führen, als dass die innerliche Behandlung sich eines günstigen Erfolges erfreuen könnte. Da ferner die Zerstörung der Knochen, besonders am linken Fusse, an Intensität und Extensität so bedeutend ist, dass eine Heilung kaum möglich, eine Brauchbarkeit des vielleicht geheilten Fusses als ganz unmöglich erscheint, so müssen wir, um das Leben des Patienten zu erhalten, seine Constitution zu bessern, und so einer medicamentösen Behandlung des anderen Fusses einen besseren Erfolg zu sichern, den grösseren Heerd der Eiterung zu entfernen suchen.

Diesem Plane zufolge wird, nachdem sich der Kranke während eines Monats sowohl an die Diät als auch die Luft des Hospitals gewöhnt, am 23. Februar die Amputation des linken Fusses zwei Finger breit über den Maleolen nach der Lenoir'schen Methode gemacht. Die Operation verläuft ohne unangenehmen Zufall und die Blutung ist verhältnissmässig gering. Die Amputationswunde heilt ganz gut, so dass sie am 6. Mai ganz geschlossen ist. Mittlerweise wird der rechte Fuss täglich zwei Laugenbädern ausgesetzt, die jedoch keine wesentlichen Veränderungen im kranken Gliede bewirken. Der Husten und die Erscheinungen in der Lunge bleiben dieselben, wie bei der Aufnahme. Innerlich bekommt Patient Eisen gegen die Anämie. Nachdem bis zum 10. Mai keine Veränderungen weiter eingetreten, wird der Patient aus der Klinik entlassen.

Section des amputirten Gliedes. Die Haut des Fusses besonders in der Umgebung der Fistelgänge, stark verdickt, sämmtliche Fusswurzel- und Mittelfussknochen vollkommen erweicht, nur die Rindesubstanz, bietet einigen Widerstand. In der erweichten, fettig entarteten Knochensubstanz ist vielfach eine käsige Masse eingestreut, die sich unter dem Microscop als miliäre Tuberkelmasse erweist. An vielen Stellen hat sich diese Tuberkelmasse zu grösseren Knötchen vereinigt die auch schon vielfach in Erweichung übergegangen sind, die Zwischenwände zwischen den einzelnen Knochen durchbrochen haben und so in die Fistelgänge münden. Die Tibia und Fibula sind bis zur Durchsägungsstelle fettig entartet. Tuberkulöse Ablagerungen finden sich in der Tibia und Fibula nur an den unteren Epiphysen.

Somit hat sich unsere Diagnose auf tuberculöse Caries

bestätigt, und ist unsere Annahme einer Lungentuberkulose zur Gewissheit erhoben, da nach dem Nachweis der tuberkulösen Dyscrasie bei unserem Kranken jene Affection der Lungenspitzen wohl kaum für etwas anderes, als für eine tuberkulöse Ablagerung, gehalten werden kann. Man könnte uns den Vorwurf machen, dass wir den Patienten keiner innerlichen Behandlung gegen das Grundleiden unterworfen haben, doch liegen uns ja gegen eine Behandlung der Tuberkulose, besonders in Hospitälern, so viele Erfahrungen vor, dass wir von einer solchen uns wohl kaum günstige Erfolge versprechen konnten. Dagegen war die Behandlung mit Laugenbädern wohl immer des Versuchs werth, der jedoch leider, wollten wir den Patienten nicht der Gefahr aussetzen, dass die Lungenschwindsucht immer raschere Fortschritte machte, nicht bis zu einem Resultate fortgeführt werden konnte. Es schien uns daher rathsamer den Kranken auf's Land zurückzuschicken, wo der Aufenthalt in frischer Luft ihm gewiss besser bekommen werde als der Aufenthalt in der Klinik.

Man glaubt, dass bei vorhandener gleichzeitiger innerer Tuberkulose das Entfernen cariöser Glieder die Erweichung der Lungentuberkeln beschleunigt. Diese Meinung hat sich bei unserem Patienten nicht bestätigt, denn obgleich wir den Kranken nach der Operation noch zwei Monate zu beobachten Gelegenheit hatten, konnten wir nichts nachweisen, was für ein besonderes schnelles Fortschreiten des Lungenleidens gesprochen hätte.

In frischen Fällen von Knochenentzündung beschränkten wir uns auf locale Blutentleerungen, ruhige Lage des ergriffenen Gliedes, Einreibungen von grauer Quecksilbersalbe, oder kalte Umschläge. In einem einzigen Fall machten wir eine Incision. Kranke die an Caries litten, und wo Verdacht auf Scrophulose oder Tuberkulose war, wurden mit Ausnahme des oben beschriebenen Falles, sämmtlich in ihre Heimath zurückgewiesen,

da wie schon oben ausgesprochen, wir den Aufenthalt in einem Hospitale für solche Patienten nicht nur als unnütz, sondern im höchsten Grade als schädlich betrachten. Ausserdem wurde ihnen anempfohlen die dem allgemeinen Leiden entsprechenden Mittel in Gebrauch zu ziehen.

Bei Caries der Wirbelknochen, die nach einem Wechselfieber entstanden war, hatten sich bedeutende Fistelgänge, welche fast den ganzen Rücken unterminirten gebildet. Vor der Hand war also unsere Bemühung darauf gerichtet, diese Fistelgänge zu öffnen, um dem Eiter einen freien Abfluss zu verschaffen und so durch Granulationen eine Verschiessung derselben hervorzubringen. Wir wandten zu diesem Zwecke die allmälige Durchschneidung mittelst silberner Dräthe an. Es trat an einigen Stellen Heilung ein, wir konnten aber die Behandlung nicht zu Ende führen, da Patient uns vor der vollständigen Herstellung verliess.

Bei Necrose der Knochen hielten wir die in der Umgegend des todten Knochens auftretende Entzündung in Schranken. Bei oberflächlicher Necrose öffneten wir immer die Abscesse und zogen die Sequester, wenn sie vollständig gelöst waren, heraus. Zur Necrotomie waren wir nur zwei Mal genöthigt zu schreiten.

Krankheiten der Gelenke.

Von den unter diese Rubrik gehörenden Leiden haben wir in diesem Jahre Entzündungen der Gelenke mit ihren verschiedenen Ausgängen aufzuweisen. Ueber die Gelenke, welche ergriffen waren, giebt das im allgemeinen Theile befindliche Verzeichniss genügenden Aufschluss.

Das Alter der Patienten war wie folgt:

von 8 Jahren zählten wir	1 Kranken	von 17 Jahren zählten wir	1 Kranken
„ 10 „ „ „	1 „	„ 20 „ „	2 „
„ 9 „ „ „	1 „	„ 23 „ „	2 „
„ 10 „ „ „	1 „	„ 28 „ „	1 „
„ 13 „ „ „	1 „	„ 40 „ „	1 „
„ 14 „ „ „	1 „	„ 46 „ „	1 „
„ 15 „ „ „	2 „	„ 68 „ „	1 „
„ 16 „ „ „	1 „		

Eine frische Hüftgelenkentzündung kam uns nur ein Mal zu Gesichte, und zwar bei einem 8jährigen sonst gesunden Mädchen, welches Leiden sie sich in Folge eines Falles auf die linke Hüfte zugezogen hatte. Das kranke Glied wie auch das Becken wurden während 2 Monate durch einen passenden Gypsverband in einer permanenten Ruhe erhalten. Nach Ablauf dieser Zeit trat bedeutende Besserung ein. Die Spina anterior superior, die bei der Aufnahme der Kranken rechts um vieles höher stand als links, stand jetzt beinahe im gleichen Niveau, dem entsprechend war auch nur ein geringer Unterschied in der Länge beider Extremitäten. Die Anfangs bedeutenden Schmerzen wichen vollkommen. Alle Bewegungen, Abduction, Adduction, Flexion, Rotation der kranken Extremität gaben die besten Resultate, so dass man hoffen konnte, in kurzer Zeit die Kranke ganz zu heilen, jedoch der Eintritt der Ferien nöthigte uns die Kranke zu entlassen.

Alle anderen Fälle der Gelenkentzündung hatten schon einen chronischen Verlauf angenommen. Zwei Fälle von chronischer Hüftgelenkentzündung waren vom Jahre 1858 in der Klinik verblieben; ein Patient wurde geheilt entlassen der andere starb an allgemeiner Wassersucht. Diese Fälle sind schon von Herrn Professor v. Oettingen¹⁾ ausführlich beschrieben worden.

1) Vgl. Mittheilungen aus der chir. Klinik zu Dorpat in den Beiträgen zur Heilkunde herausgegeben von der Gesellschaft der pract. Aerzte zu Riga. Riga 1859. Bd. IV, pag. 52—60.

Bei Gelenkwassersuchten wurde bei einem Kranken die wiederholte Punction des ergriffenen Gelenkes vorgenommen und darauf ein Compressionsverband aus Gyps angelegt, jedoch ohne den erwünschten Erfolg. Bei den Patienten die in der Ambulanz behandelt wurden, bestand die Hauptregel in Verordnung von Ruhe für das leidende Glied und in Bepinselung mit Jodtinctur.

Folgender Fall einer Vereiterung des Kniegelenkes nöthigte uns zur Entfernung des kranken Gliedes.

I. S., esthnischer Bauer, 20 Jahre alt, wird am 26. Januar in die Klinik aufgenommen. Er klagt über heftige Schmerzen im rechten Kniegelenk, wodurch die Beweglichkeit der Extremität in hohem Grade beeinträchtigt ist. Der Patient kann weder gehen noch stehen. Im Hüftgelenk und Kniegelenk besteht eine Gewohnheitscontractur. Die Gegend des Kniegelenkes ist nach allen Seiten, die Fossa poplitea ausgenommen, angeschwollen. Die Anschwellung reicht nach oben bis zum mittleren Drittheil des Oberschenkels, nach unten bis zur Crista tibiae, und geht ohne deutliche Grenzen in die benachbarten Theile über. Sie fühlt sich weich an, und zeigt an einigen Stellen, besonders oberhalb des Condylus femoris externus, deutliche Fluctuation. Die äussere Haut ist an der afficirten Stelle nicht wesentlich verändert, die Temperatur etwas erhöht. Der Inhalt der Geschwulst, den man sich mittelst der Akidopeirastie zur Untersuchung verschafft, besteht aus einer synoviaartigen Flüssigkeit, in welcher unter dem Mikroskope Eiterkörperchen zu erkennen sind. Sowohl active als passive Bewegungen, Druck auf die Anschwellung, verursachen heftige Schmerzen. Uebrige Körperfuntionen sind normal.

Der Kranke leidet sein Uebel von einem Falle auf das rechte Knie, der vor ungefähr $\frac{1}{2}$ Jahre stattgefunden, her; darauf habe das Knie zu schmerzen und zu schwellen angefangen. Diese Erscheinungen hätten sich bei unzweckmässigem Verhalten immer mehr gesteigert und endlich zu dem oben beschriebenen Zustande geführt.

Wir haben also eine Entzündung des Kniegelenks vor uns, die auf einen traumatischen Ursprung zurückzuführen ist, und die durch Mangel an Schonung ein so bedeutenden und prolongirten Verlauf angenommen hat. Die unveränderte Beschaffenheit der Haut, die normale Form, Consistenz, und Umfang der durchfühlbaren Knochen, die Beschaffenheit der Flüssigkeit, die weder Knorpelzellen noch eine Spur von molecularem Knochenzerfall zeigt, spricht deutlich dafür, dass das Leiden hauptsächlich die Synovialmembran der Gelenkkapsel betrifft; ob aber die Knorpel und der Knochen ganz gesund sind, ist wegen des langen Bestehens des Leidens sehr unwahrscheinlich. Die Prognose stellt sich also ziemlich ungünstig aus, denn auf die Resorption des Inhaltes der Synovialkapsel ist kaum zu hoffen und aller Wahrscheinlichkeit nach ist die Heilung nur mit Verlust eines Theiles der rechten Extremität zu erzielen.

Bis zum 5. Februar wird die exsudirte Flüssigkeit zur Resorption zu bringen versucht. Patient bekommt Umschläge von diluirtem Königswasser, sie bleiben aber erfolglos, und die Anschwellung nimmt nicht nur nicht ab, sondern vergrößert sich vielmehr.

Den 6. Febr. wird die Flüssigkeit mittelst eines Einstiches oberhalb des Condylus femoris internus entleert, und zeigt dieselbe Beschaffenheit wie bei der ersten Punction.

Am 8. Febr. wird ein ähnlicher Einstich oberhalb des Condylus femoris externus gemacht. Am 10. Febr. ist die Oeffnung über dem Condylus internus fast verheilt; aus der zweiten fließt dagegen viel Secret. Der Kranke fiebert, Appetit und Schlaf sind gestört.

Am 12. Febr. wird eine Incision am inneren Rande der Tibia (Gay) gemacht, es entleert sich eine bedeutende Menge Flüssigkeit von jauchiger Beschaffenheit.

Bis zum 17. Febr. befindet sich Patient relativ wohl, die Anschwellung am Knie aber nimmt nicht ab und liefert fortwährend grosse Mengen jauchiger Flüssigkeit; da dadurch die Kräfte des Patienten leicht aufgerieben werden können, versäumen wir den günstigen Zeitpunkt nicht und machen am 18. Febr. nach dem von Dupuytren angegebenen Verfahren die Amputation des Oberschenkels im unteren Drittheil, die durch kein bemerkenswerthes Ereigniss ausgezeichnet ist.

Die Untersuchung des afficirten Gelenkes ergibt folgendes: die Synovialmembran mürb, missfarbig, an mehreren Stellen ganz abgestossen, die Knorpel zum Theil erhalten, zum Theil ganz zerstört, oder nur vom Knochen abgelöst. Die Knochen selbst, die Ligamente und die übrigen umgebenden Theile nicht wesentlich verändert.

Seit dieser Zeit geht die Heilung der Amputationswunde ununterbrochen von Statten und am 27. April wird Patient entlassen.

Somit haben wir im Verlaufe der Krankheit und im pathologischen Präparate des abgenommenen Beines Bestätigung unserer Diagnose und Prognose gefunden. Unsere Vermuthung über die Degeneration des Gelenkes und die Unmöglichkeit einer Heilung des Uebels ohne einen operativen Eingriff zeigten sich richtig. Statt der Amputation hätte wohl die Resection des Kniegelenkes gemacht werden können, jedoch die lange Eiterung die schon stattfand, das beginnende Fieber, als auch die Schwäche des Kranken schienen uns genügende Gründe zu sein, den Kranken nicht der profusen Eiterung, die nach Resectionen ziemlich lange dauert, auszusetzen, und so vielleicht, um ihm ein Bein zu erhalten, sein Leben aufs Spiel zu setzen; die Am-

putation des Oberschenkels dagegen giebt im Allgemeinen, und besonders hier in der Klinik ¹⁾ viel bessere Resultate.

Krankheiten der Muskeln, Sehnenscheiden und Schleimbeutel.

Die beobachteten Krankheiten der Muskeln waren hauptsächlich rheumatische unbedeutende Affectionen, die bei dem hiesigen feuchtkalten Klima sehr oft vorkommen.

Ein mehr Interesse erregender Fall war eine Contractur des Masseters, durch welche die Kiefer höchstens auf 1^{'''} — 2^{'''} von einander entfernt werden konnten. Diese Contractur wurde durch eine von dem der retrahirten Partie gegenüberliegenden cariösen Backzahn veranlasste Periostitis des Unterkiefers, mit nachfolgendem Abscesse, welcher sich einen Weg durch den Masseter nach der Wangenschleimhaut bahnte und Muskelentzündung erregte, hervorgerufen. Die subcutane Durchschneidung des Masseters wurde mit gutem Erfolg gemacht. Ausführlicher ist dieser Fall von Dr. Kühne ²⁾ beschrieben worden.

Entzündungen der Sehnenscheiden wurden 3 Mal beobachtet. Bei dem einen Patienten war die Scheide der Sehne des *M. flexor carpi radialis*, bei dem anderen die der Sehne des *M. supinator longus*, bei dem dritten die der 4ten Sehne des *M. extensor digitorum communis*, entzündet. In allen drei Fällen war die Ursache eine traumatische. Wir verordneten Ruhe der ergriffenen Extremitäten und Einreibungen mit grauer Quecksilbersalbe.

Wassersuchten der Schleimbeutel kamen verhältnissmässig häufig vor, bei 3 Männern und 3 Weibern.

Die Schleimbeutel die ergriffen waren sind:

1) Vgl. Schneider *Additamenta amputationum ex nosocomio chirurgico Dorpatensi petita*. Dorp. MDCCLIV.

2) Ueber die unterhäutige Trennung des Kaumuskels. Dorpat. 1860. S. 22—25

Der oberflächliche Schleimbeutel der Patella.
„ Schleimbeutel des M. orbicularis oris.
„ „ „ Trochanter major.
„ „ „ der Fossa poplitea.
„ „ „ des M. semimembranosus.
„ „ „ Köpfchens des 1ten Mittelfusssknochens.

Von diesen Fällen wurde die Wassersucht des oberflächlichen Schleimbeutels der Patella, und die des Schleimbeutels des M. semimembranosus in der stationären Klinik behandelt. Der erste Fall betraf einen Bäckergehilfen, der als Ursache seines Leidens das Beschäftigen mit Kneten von Teig angab, wobei er sein Knie gegen den Backtrog häufig anstützte. Wir spalteten den Schleimbeutel durch eine ergiebige Incision, und riefen durch das Einlegen von Charpiewicken eine Eiterung und Abstossung der Synovialmembran hervor, worauf nach Verlauf eines Monats Heilung erfolgte. Die Ursache der Wassersucht des Schleimbeutels des M. semimembranosus konnte nicht von der Kranken ermittelt werden. Diesen Fall heilten wir durch Einspritzung von Jodtinctur, nachdem vorher die Punction des Sackes vorgenommen war. Die Heilung dauerte ebenfalls nur einen Monat.

Krankheiten der Nutritionsorgane.

Eine angeborene Hasenscharte wurde bei einem 2½ Jahre alten Kinde weiblichen Geschlechts an der oberen Lippe operirt. Der Erfolg der Operation war im Ganzen befriedigend, die Wunde heilte binnen weniger Tage per primam intentionem und das Kind wurde nur mit einer sehr seichten Einkerbung der Oberlippe entlassen. Auch dieser Fall hat uns wieder gelehrt nicht die beiden Lippenränder abzuschneiden, sondern wenigstens einen zur besseren Vereinigung der Spalte zu benutzen wie es Mirault und Langenbeck empfehlen.

Entzündung des Zahnfleisches wurde 5 Mal in der

Ambulanz beobachtet; in zwei Fällen hatten sich schon Abscesse gebildet, die durch eine Incision geöffnet wurden. Als Ursache dieses Leidens mussten cariöse Zähne angesehen werden, die hier unter dem Landvolke äusserst häufig vorkommen.

Mit Geschwüren des Zungenbändchens waren zwei und mit einem zu kurzen Zungenbändchen ein Säugling behaftet, bei letzterem wurde die Operation einfach mit der Scheere vollzogen.

Entzündung der Parotis begleitete in zwei Fällen die Pyämie unter deren Zeichen zwei Kranke in der stationären Klinik zu Grunde gingen. Der dritte Fall betraf ein 24jähriges Weib; er gehörte zu den idiopathischen Entzündungen der Parotis. Da schon eine theilweise Vereiterung der Drüse eingetreten war, so wurde eine Incision gemacht. In allen drei Fällen war die rechte Parotis ergriffen.

Die Entzündungen des Pharynx und der Mandeln waren wie es das Verzeichniss der Krankheiten im allgemeinen Theile zeigt, äusserst spärlich vertreten; alle waren chronisch.

Die Unterleibsbrüche boten auch im Allgemeinen wenig Interesse, sie waren folgende: ein angeborener Nabelbruch bei einem 4 Monate alten Säuglinge, sechs angeborene Inguinalbrüche bei Patienten deren Alter zwischen dem 1. u. 8. Lebensjahre lag, zwei bewegliche erworbene, einer bei einem 3jährigen Patienten und ein incarcerirter Leistenbruch bei einem Kranken von 34 Jahren. Alle diese Patienten waren männlichen Geschlechts. Ausgenommen den Patienten mit einem incarcerirten Leistenbruch kamen die Kranken nur ein Mal in die Ambulanz, wo ihnen das entsprechende Bruchband zu tragen verordnet wurde, daher entging uns ihr Schicksal vollkommen.

Folgender Fall wurde in der stationären Klinik behandelt.

P. T., 34 Jahre alt, leidet seit 5 Jahren an einem beweglichen Leistenbruch. Vor 6 Tagen ehe er zu uns kommt, zeigen sich die ersten Symptome der Incarceration. Alle unsere Bemühungen die Reposition sowohl im warmen Bade

als auch in der Chloroformnarcose zu Wege zu bringen scheiterten. Wir glaubten schon zur Herniotomie am folgenden Tage schreiten zu müssen. Es erfolgt aber unter Application von Eisumschlägen in der Nacht spontane Reposition und macht eine Operation entbehrlich.

Krankheiten der Geschlechts- und Harnorgane.

Diese Leiden waren ziemlich stark vertreten. Die syphilitischen Affectionen der Genitalien abgerechnet, die ich unter die Dyskrasien eingereiht habe, zählten 39 Patienten, die an Krankheiten der Geschlechts- und Harnorgane litten, worunter sich nur drei weibliche Individuen vorfanden. Unter den Krankheiten der weiblichen Geschlechtstheile leitete folgender Fall einer Blasen-Scheidenfistel unsere Aufmerksamkeit auf sich.

A. W., 26jähriges Mädchen, kommt im zweiten Semester 1858 zum ersten Mal in die Klinik und beklagt sich über fortwährendes Harträufeln aus der Scheide, welches Leiden sie von einer rohen Hülfe ableitet, die ihr bei einer etwa vor drei Monaten überstandenen Geburt geleistet sei. Bei der Untersuchung durch die Scheide findet man in der vorderen Wand derselben, dicht hinter der Symphyse eine Oeffnung, durch welche man bequem in die Blase eindringen kann. Es stellt sich also ganz klar heraus, dass eine ziemlich bedeutende Blasen-Scheidenfistel vorhanden ist.

Herr Professor v. Oettingen, der zu dieser Zeit die Klinik leitet, macht die von Vidal de Cassis und Dieffenbach empfohlene Elythroplastik. In wenigen Tagen tritt Verwachsung aber nur in der Mitte, seitlich bleiben zwei Oeffnungen zurück, in welche man eine 3" dicke Sonde einführen kann. Diese beiden Oeffnungen werden von Neuem einer Anfrischung unterworfen worauf die links gelegene Oeffnung verwächst; auf der rechten Seite bleibt aber eine Fistel zurück. In diesem Zustande verbleibt die Kranke in der Klinik für das erste Semester 1859. Alle Mittel die Fistelöffnung zum Verschluss zu bringen, als die verschiedenen gebräuchlichen Caustica, die wiederholte Anfrischung der Ränder mit dem Messer als auch der Rougine und nachfolgende Anlegung von blutigen Nähten, zeigen sich erfolglos und die Kranke muss am Schluss des Semesters ungeheilt entlassen werden.

Auf den ersten Blick würde man sich geneigt fühlen die Unzweckmässigkeit der Operationsmethode zu beschuldigen. Forscht man aber genauer nach den Ursachen, die einen so ungünstigen Ausgang beigeführt hatten, so ist es unstreitig das

fortwährende Eindringen des Harns aus der Blase in die Scheide, der durch seinen Reiz der Heilung der angefrischten Schleimhaut hinderlich entgegetrat. Dieser Uebelstand ist aber allen bis jetzt bekannten Verfahren gemeinsam, so, dass so lange kein Verfahren vorhanden sein wird, das wenigstens auf die zur Verwachsung äusserst kurze Zeit nöthiges Abhalten des Zuflusses des Harns in die Scheide hindert, wir nicht von der Unzweckmässigkeit dieser Methode, sondern aller sprechen müssten. Und doch muss man operiren, da die Kranken, wenn auch selten, doch geheilt werden, und in Fällen wo die Operation unterlassen wird, gehen die Kranken marastisch zu Grunde.

Unter den Krankheiten der männlichen Geschlechtstheile hatten wir 3 Mal Verengerung der Vorhaut, das Alter der Kranken war 8, 21, 37 Jahre. Zwei davon waren angeborene Missbildungen und stellen die von Vidal de Cassis s.g. atrophische Phimosi dar; in beiden Fällen wurde das Leiden durch Incision mit nachfolgender Abtragung der seitlichen Lappen beseitigt. Der dritte Fall bot eine entzündliche Verengerung der Vorhaut dar, die in Folge syphilitischer Geschwüre entstanden war. Mittelst des Ricord'schen Verfahrens wurde auch hier das Leiden beseitigt, und die syphilitische Affectio hatte nicht im mindesten einen schlechten Einfluss auf die Heilung der Wunde.

Mit den 5 Paraphimosen waren Patienten von 7, 10, 17, 20 (2 Mal) Jahren behaftet. Alle diese Fälle kamen so spät zur Behandlung, dass eine unblutige Reposition nicht vorgenommen werden konnte, ferner waren alle aus einer angeborenen Vorhautverengerung hervorgegangen und bestanden ohne anderweitige Complicationen. Es wurde bei allen Patienten die Incision gemacht, worauf die Reposition gelang. Die Wunde der äusseren Haut wurde immer durch Sut. nodosae geschlossen.

Von den 8 im allgemeinen Theile angegebenen acuten Urethroblenorrhoen wurden 2 in der stationären Klinik behandelt. Alle Patienten gehörten dem Alter vom 16. bis zum 22. Lebensjahre an, und hatten sich das Uebel in Folge eines unreinen Beischlafes zugezogen. Ueber die Zeit, die nach demselben verflossen war, ehe sich die ersten Zeichen des Leidens offenbarten, konnten uns nur drei Kranke Aufschluss geben bei zweien hatte sich die Urethroblenorrhoe nach drei Tagen, bei einem nach einer Woche gezeigt. In einem Falle war das Uebel mit einer Cystitis verbunden die der Patient sich durch das Einspritzen einer sehr starken Lösung von Cuprum sulfuricum zugezogen hatte, jedoch verlief sie ohne able Folgen. Unsere Behandlung bestand nach Ablauf der stärkeren Entzündungserscheinungen in localen Einspritzungen von adstringirenden Mitteln, vorzüglich des Plumbum aceticum. Bei zwei Patienten erfolgte binnen einem Monat Heilung.

An Wasserbrüchen litten 7 Kranke, ihr Alter war 8 Monate, 1 $\frac{1}{2}$, 27, 30, 57 (2 Mal) 63 Jahre. Drei Mal befand sich das Leiden auf beiden Seiten, zwei Mal auf der rechten und zwei Mal auf der linken Seite. Unter den Ursachen, durch welche diese Wasserbrüche zu Stande gekommen, wurden in vier Fällen traumatische Insulte angegeben.

Bei den in der Ambulanz behandelten Fällen wurde nur die Punction vorgenommen. Bei vier stationären Kranken schritten wir zur radicalen Operation, und zwar wurde ausschliesslich die Incision des Hodensackes mit nachfolgender Excision der stellenweise verdickten Partien der Tunica vaginalis communis gemacht. In einem Falle fanden wir den Hoden vergrößert durch rasche Zunahme von jungem Bindegewebe, so dass wir die Castration desselben vornahmen. Als Ursache dieses Leidens wurde das Quetschen des Hodens während des Reitens angegeben. Wie in den früheren Jahren, so hat auch

in diesem uns die Excision gute Resultate geliefert, da alle Kranke geheilt wurden; daher scheint sie, obgleich sie viel eingreifender ist, als die anderen so zahlreichen Methoden, doch den Vorzug zu haben, dass sie in der That eine radicale Heilung hervorbringt.

Die Blasensteinkranken kamen im Vergleiche mit den anderen Jahren in diesem häufiger vor. Wie es das Verzeichniss im Allgemeinen Theile zeigt, hatten wir 5 dergleiche Patienten; alle waren männlichen Geschlechts.

Diese Fälle wurden schon als Gegenstand zu einer besonderen Abhandlung von Dr. Hohlbeck ¹⁾ benutzt, daher will ich sie nur der Vollständigkeit wegen mit einigen Worten berühren.

Bei einem 60jährigen anämischen Patienten wurde ein Stein von 855 Granen mit grosser Mühe und in zerbröckeltem Zustande mittelst des Seitenblasenschnittes entfernt. Die chemische Untersuchung ergab als Bestandtheile des Steins: phosphorsauren Kalk, phosphorsaure Ammoniak-Magnesia und kohlensauren Kalk. Patient starb 2½ Monate nach der Operation an Nierendegeneration.

Der andere Fall betraf einen 68 Jahre alten Kranken, der ausser dem Blasensteine an einer enormen Hypertrophie der Prostata litt, wodurch die freiwillige Harnentleerung verhindert war. Der unternommene Seitenblasenschnitt förderte auch mit sehr grosser Mühe einen Stein der 33^{mm} lang, 18^{mm} breit 14^{mm} hoch war und 740 Grane wog, zu Tage. Er war von elliptischer Gestalt und sehr uneben. Nach der chemischen Analyse bestand der Stein hauptsächlich aus freier Harnsäure und harnsaurem Ammoniak, ausserdem aus kohlensaurem Kalk,

1) Ein Beitrag zur Blasenstein-Krankheit und zum Seitenblasenschnitte. Dorpat, 1860.

kohlensaurer Magnesia und etwas Eisen. Der Tod erfolgte 5 Tage nach der Operation in Folge von Urämie und acuter Cystitis.

Der dritte Kranke, bei welchem ebenfalls ein lethaler Ausgang stattfand, war 9 Jahre alt. Auch hier wurde der Seitenblasenschnitt gemacht. Es befanden sich zwei Steine, der eine war 8^{'''} lang, 7^{'''} breit, 5^{'''} hoch und wog 105 Grane. Der zweite war etwas kleiner; beide waren ziemlich hart, rauh, bestanden aus einem Kerne von Harnsäure, harnsaurem Ammoniak, Blasenschleim und aus peripherischen Schichten von harnsaurem Ammoniak, oxal- und phosphorsaurem Kalk und phosphorsaurer Ammoniak-Magnesia. Der Tod erfolgte 10 Tage nach der Operation durch Blasenentzündung und consecutive Nierendegeneration.

Beim vierten ebenfalls operirten Patienten war der Ausgang günstiger. Pat. war 27 Jahre alt und guter kräftiger Constitution. Durch die Operation entfernte man einen Maulbeerstein, der rundlich, 20^{'''} lang, 14^{'''} breit, 14^{'''} hoch war. Die Ausziehung des Steins war sehr schwierig, wegen der durchweg stachligen Beschaffenheit. Er bestand aus oxalsaurem Kalk. Bei diesem Kranken erfolgte Heilung in drei Monaten, es blieb aber eine Dammfistel zurück, die jedoch nach 26 Tagen durch ein zweckmässiges Verfahren geheilt wurde. Der fünfte Patient wurde keiner Behandlung unterworfen.

Dyskrasien.

Unter den hierher gehörenden Krankheiten spielte die Syphilis die Hauptrolle. Wir zählten 51 Patienten, die daran litten; die Mehrzahl davon waren Männer, indem die Zahl derselben 39, die der Frauen dagegen nur 12 war.

32 Patienten waren Bewohner der Stadt, die übrigen 19

meistentheils aus den in der Umgegend Dorpats liegenden Dörfern. Unter diesen Kranken hatten wir hinsichtlich des Alters

Person		Person		Person		Person	
von 1½ Monaten	1	von 16 Jahren	1	von 26 Jahren	5	von 40 Jahren	4
„ 3 „	1	„ 20 „	2	„ 27 „	3	„ 41 „	1
„ 11 „	1	„ 21 „	4	„ 32 „	1	„ 45 „	1
„ 6 Jahren	1	„ 22 „	5	„ 35 „	1	„ 62 „	1
„ 12 „	1	„ 23 „	6	„ 38 „	2	„ ? „	2
„ 15 „	1	„ 24 „	4	„ 39 „	2		

Hieraus ersieht man, dass das Alter von 20 bis zum 30sten Lebensjahre das grösste Contingent lieferte.

Mit wenigen Ausnahmen waren alle Formen, unter welchen sich die Lues zu äussern pflegt, vertreten. Primäre Geschwüre sahen wir 15 Mal an den Genitalien männlicher Individuen; zum grössten Theil befanden sie sich an der Vorhaut, seltener an der Eichel selbst, in der Harnröhre nie, und waren nur bei einigen Kranken mit Schwellung der Leistendrüsen verbunden. Primäre Geschwüre bei Weibern beobachteten wir drei Mal an den Geschlechtstheilen. Das indurirte Chankergeschwür kam, zwei Mal, das diphtheritische ein Mal vor.

An virulenten abscedirenden Bubonen litten zwei Individuen, ein Weib und ein Mann. Bei dem ersteren befand sich ausserdem ein kleines Geschwür in der Fossa navicularis; die an zwei Stellen vorgenommene Einimpfung des Eiters, den der von selbst aufgebrochene Bubo lieferte, rief an beiden Stellen ganz charakteristische Chankergeschwüre hervor, so dass kein Zweifel über die virulente Natur des Bubo obwalten konnte. Weniger sicher konnten wir den virulenten Charakter des Bubo beim zweiten Kranken statuiren, da die Impfung nicht zugelassen wurde. Ein maculöser Ausschlag auf dem ganzen Körper, Geschwüre im Rachen und Narben auf der Vorhaut, erlaubten uns mit Wahrscheinlichkeit auf einen virulenten Bubo zu schliessen, da bekanntlich Bubonen noch nach Monaten, nachdem das primäre Geschwür vernarbt ist, erscheinen.

Secundäre Geschwüre an verschiedenen Körperstellen beobachteten wir bei 12 Personen. Der Sitz dieser Geschwüre war die Mundhöhle und der Pharynx (9), die Genitalien (1), der Larynx (1), die Leistengegend (1). Ozaena wurde 4 Mal, Onychia ein Mal beobachtet. Die Condylome präsentirten sich uns unter der Form der breiten s. g. papules muquetises, die gewöhnlich als secundäre Erscheinungen nach Chankergeschwüren auftreten; von spitzen Condylomen kam uns kein einziges Exemplar zu Gesichte. Die Stellen, wo sie nisteten, waren der Mund und Pharynx (2), die Gegend des Afters (3), die Achselhöhle (1), die weiblichen Geschlechtstheile (1). —

Auf der äusseren Haut äusserte sich die Luces

6 Mal als maculöser Ausschlag
5 „ „ papulöser „
3 „ „ pustulöser „
1 „ „ tuberculöser „
1 „ „ Psoriasis palmaris.

Unter den Kranken, die an pustulösen Ausschlägen litten, befand sich eine Frau, die zugleich an Knochenschmerzen und Geschwüren im Rachen laborirte; bei dieser Kranken war grosse Wahrscheinlichkeit vorhanden, dass sie von einer anderen, mit welcher sie zusammenwohnte, und die an einem ähnlichen syphilitischen Hautausschlage litt, angesteckt worden war, was jetzt um so glaubwürdiger erscheint, da auch Ricord, der früher der eifrigste Gegner dieser Ansteckung war, jetzt zugiebt, dass Eiter aus secundären syphilitischen Geschwüren, auf ein gesundes Individuum übertragen, constitutionelle Syphilis bei diesem nach sich ziehen kann.

In den Knochen offenbarte sich die Syphilis bei zwei Personen als Knochenschmerzen, bei einer als Tophus an der Stirn.

Unsere Behandlung bei den primären Geschwüren war nur in den seltensten Fällen eine locale; nur dann wenn

wir uns Gewissheit verschaffen konnten, dass das Geschwür erst seit sehr kurzer Zeit bestand, wandten wir die caustischen Mittel an und zwar den Lapis infernalis; sonst würden diese Patienten wie auch diejenigen, die an constitutioneller Syphilis litten, immer einer allgemeinen Behandlung und hauptsächlich dem Gebrauche des Quecksilbers unterworfen, von dessen Präparaten das Sublimat nach der Dzondi'schen Methode vorzugsweise angewandt wurde. Die Schmiercur wurde im Ganzen nur bei zwei Kranken gebraucht, bei einem nach der Sigmund'schen, bei dem anderen nach der Michaelis'schen Vorschrift. Wo wir den Gebrauch des Quecksilbers wegen Magenleiden, oder weil der Kranke, ehe er zu uns kam, schon mehrmals damit behandelt worden war, nicht in Anwendung ziehen konnten, wandten wir Decocte oder das Jodkalium an.

Neben der allgemeinen Cur versäumten wir auch nicht die locale. Vor Allem wurde für Reinlichkeit der ergriffenen Stellen gesorgt. Auf die Geschwüre wurden in lauwarmes Wasser oder Sublimatlösung getränkte Lättchen gelegt. Bei Geschwüren, wo die Umgebung indurirt war, lissen wir Einreibungen von Ung. praecip. rubr. machen. Geschwollene Leistendrüsen würden mit Jodtinctur bestrichen, zeigten sie Neigung zum Aufbruch, so wurden Kataplasmen verordnet. Gegen die Rachen und Mundaffection wandten wir Gurgelwässer von Alaun, oder das Bestreichen mit einem Alaunstift an.

Aus der ganzen Zahl der syphilitischen Kranken behandelten wir 18 in der stationären Klinik, worunter 14 vollkommen geheilt, 3 gebessert und 1 ungeheilt entlassen wurden. In der Ambulanz dagegen wurden 2 geheilt, 18 kamen nur ein Mal und 13 wurden an das hiesige Stadthospital gewiesen.

Lupus kam bei drei Personen vor; eine von diesen wurde in der stationären Klinik behandelt. Dieser Fall gehörte zu

dem *L. exedens*. Das Uebel befand sich am Gesichte, die Zerstörungen, die es verursachte, waren sehr bedeutend; sie erstreckten sich vom linken Auge über die Nase, die innere Hälfte beider Wangen einnehmend nach unten bis zur unteren Unterlippe. Es fehlten die Nasenspitze und die Nasenflügel mit ihren Knorpeln. Die Lippen waren zu ungeheuren Wülsten geschwollen, an den Mundwinkeln war das Epithel abgestossen und der wuchernde Papillarkörper trat zu Tage. Am Oberkiefer waren das Zahnfleisch und die Alveolen geschwunden. Das ganze Gesicht war stark geschwollen, theils mit Crusten theils mit Pusteln oder Narben bedeckt. Alle dem Tastsinne zugänglichen Lymphdrüsen waren vergrössert. Die Lungen gesund. Wir gaben dem Kranken Leberthran mit Jod-eisen innerlich, und eine Salbe aus Jodschwefel (Biet) auf die ulcerirenden Stellen zu legen. Die Vernarbung ging ausserordentlich schnell von Statten, die Schwellung der Lymphdrüsen schwand vollkommen, so dass nach Ablauf eines Monates bis auf einige unbedeutende Stellen Alles verheilt war. Der Erfolg unserer Behandlung muss ein ausgezeichneter genannt werden, denn wenn der Lupus auch sonst geheilt wird, so ist doch in diesem Falle die Heilung über alles Erwarten schnell erfolgt.

Lepra. Dieses in den hiesigen Provinzen einheimische Leiden kam uns auch in diesem Jahre zu Gesichte in 5 Exemplaren, von denen nur zwei in der stationären Klinik behandelt wurden. Das Alter der Patienten war 13, 18, 37 (2 Mal) 50 Jahre. Vier Patienten stammten aus Liefland einer aus Esthland. Bei Allen war das Leiden an unteren Extremitäten localisirt.

Folgender Fall wurde genauer beobachtet.

A. J., 50 Jahre alte Esthin aus St. Alarien, wird am 8. August in die Klinik aufgenommen. Die Kranke von mittlerer Grösse, ziemlich gesundem Aussehen zeigt von der *Articulatio sterno-clavicularis* rechterseits bis etwa zur Mitte der *Clavicula* in die *Claviculargruben* hineinreichend, eine nicht am Knochen adhärrende

etwa 2 Thaler grosse Narbe, die nach der Peripherie strahlig verläuft. Ähnliche Narben finden sich an der linken Clavicula und der äusseren Seite des linken Armes. Fast die ganze vordere Seite des linken Unterschenkels ist mit einer Narbenfläche bedeckt. Die narbige Fläche ist derb anzufühlen, nicht verschiebbar, mit zum Theil lose adhären den Epidermisschichten bedeckt. Auf dieser vernarbten Stelle finden sich zwei Geschwüre; das eine von der Grösse eines 20 Cop. Stückes findet sich in der Mitte des Unterschenkels, das andere an der inneren Seite des Unterschenkels beginnend und sich nach Aussen und unten erstreckend ist 3 — 4 Zoll lang und 1 — 1½ Zoll breit. Die Ränder der Geschwüre sind scharf abgeschnitten, der Grund ist mit Granulationen, die zum Theil erst nach Beseitigung einer gelblich, grünlichen, eitrigen Masse sichtbar werden, bedeckt. Die Geschwüre secerniren nur wenig, bluten aber leicht beim Berühren. Vom Tarsalgelenk an hat der Fuss bedeutend an Volumen zugenommen, die Oberfläche desselben zeigt Höcker, zwischen welchen sich tiefeindringende Spalten befinden. Auf einzelnen dieser Höcker, namentlich auf denen des Ballens der grossen Zehe, befinden sich linsengrosse Stellen mit Crusten bedeckt, die auf Druck Eiter entleeren. Die jene grosse Narbe am Unterschenkel begrenzenden Partien sind ebenfalls entartet; die Haut ist von dunkler Farbe, und in Folge von Infiltration hart anzufühlen. Der Knochen kann nicht durchgeföhlt werden. An der hinteren Seite des Unterschenkels föhlt man ausserdem Knollen von verschiedener Grösse. Der Fuss kann im Tarsalgelenk durchaus keine Bewegungen ausföhren. Das Gehen verursacht bedeutende Schmerzen. Das Allgemeinbefinden gut, alle Functionen in Ordnung.

Ueber ihren früheren Gesundheitszustand und die Entwicklung der Krankheit sagt die Kranke folgendes aus: bevor sie vom jetzigen Leiden befallen, sei sie immer gesund gewesen, ebenso ihre Eltern. Vor 12 Jahren habe sich die Kranke beim Arbeiten an einem feuchten sumpfigen Orte eine bedeutende Erkältung zugezogen, in deren Folge Schmerzen sich am linken Unterschenkel eingestellt hatten. Gleichzeitig seien an der Clavicula Abscesse aufgetreten, die nach längeren Bestehen verheilten. Bald darauf hätte sich unter heftigen Schmerzen am linken Unterschenkel ein Geschwür gebildet, von wo aus die Geschwürbildung successiv nach unten zu fortschritt, mit der Zeit den ganzen Unterschenkel ergriff, und theils derb anzufühlende, nicht verschiebbare höckerige Wucherungen, theils glatte Narbenflächen hinterliess, in denen sich von Zeit zu Zeit kleine Abscesse, die, bevor sie zum Aufbruch kamen, heftige Schmerzen verursachten, bildeten. Mit der Geschwürbildung Hand in Hand gehend, fand die Volumzunahme der Extremität statt. Seit ungefähr einem Monat hatten die Schmerzen einen so hohen Grad erreicht, dass die Kranke zu jeder Arbeit unfähig geworden.

Alle diese Erscheinungen, als auch die Entstehungsweise, sprechen deutlich für eine Elephantiasis Graecorum tuberculosa.

Am 1. September wird die Amputation des Unterschenkels gemacht. Gleich nach der Operation föhlt sich die Kranke ganz wohl, aber schon nach einigen Stunden treten bedeutende Schmerzen im Stumpfe ein, 20 Tropfen Opiumtinctur werden ohne Erfolg dargereicht.

2. Sept. Etwas Schlaf, Appetit gut. Puls klein und hart, 100.

3. Sept. Wenig Schlaf. Haut feucht. Zunge belegt. Puls 104.
4. Sept. Wenig Schlaf. Der Verband wird erneuert, der Hautlappen scheint sich brandig 2 Zoll von dem Wundrande abtönnen zu wollen. Verwachsung ist nirgends eingetreten. Um 1 Uhr Mittags und um 11 Uhr Abends ein Frostanfall der eine $\frac{1}{2}$ Stunde anhält.
5. Sept. Frostanfall um 11 $\frac{1}{2}$ Uhr Morgens, die Lippen und das Gesicht werden blau, kühl, der Puls nicht fühlbar. Am Abend ist die Kranke ruhiger. Verordnung: Chinin und Acid. phosphor. dilut. $\overline{3}\beta$ auf $\overline{3}\nu$ Altheedecoct; der Amputationsstumpf wird in ein permanentes laues Wasserbad gelegt.
6. Sept. Guter Schlaf. Druck auf den Unterleib bewirkt Schmerzen in der Ileocoecalgegend. Die Conjunctiva der Augäpfel und das Gesicht sind icterisch gefärbt. In der linken Extremität Oedem und starke Schmerzen, die Venen sind deutlich markirt. Puls 136.
7. Sept. Um 12 Uhr Morgens nach einer gut geschlafenen Nacht Schüttelfrost, darauf Schmerzen an der inneren Seite des linken Oberschenkels, Puls vor dem Anfall 100, nach demselben 128.
8. Sept. Ein Frostanfall um 12 Uhr Morgens, ein zweiter um 10 Uhr Abends, nach welchem Erbrechen erfolgt.
9. Sept. Um 3 Uhr Morgens Frostanfall, darauf etwas Schlaf und um 9 $\frac{1}{2}$ Uhr Morgens wieder ein kurz andauernder Frostanfall. An der inneren Seite des linken Oberschenkels findet sich eine geröthete schmerzhaft Stelle, die mit grauer Quecksilberalbe bestrichen wird. In der Ileocoecalgegend beim Druck Schmerz und Gurren. Zunge trocken. Chinin wird immer noch gebraucht.
10. Sept. Um 6 $\frac{1}{2}$ Uhr Morgens und um 2 $\frac{1}{2}$ Uhr Nachmittag kurz dauernde Frostanfälle. Starker Decubitus. Vier flüssige Stühle. Puls 96. Medication unverändert.
11. Sept. Frostanfall. Der linke Leberlappen zeigt sich vergrößert. Herpes tritt an der unteren Lippe auf. 4 flüssige Stühle, von denen zwei unwillkürlich erfolgen, Puls 84.
12. Sept. Die Kranke ist ruhig, das Gesicht stark collabirt. Das Athmen etwas erschwert, die Augen matt. Die Milzgegend schmerzhaft. Das permanente laue Wasserbad, welches bis dahin ununterbrochen gebraucht wurde, wird entfernt, und der Amputationsstumpf mit einem einfachen Verbands geschlossen. Puls 108. Medication unverändert.
13. Sept. Leichter Frostanfall, ein flüssiger Stuhl. Puls 100.
14. Sept. Schlechter Schlaf, in der linken Lunge verschärftes vesiculäres Athmen. Der linke Unterarm und das Carpalgelenk schmerzhaft und geschwollen. 4 flüssige Stühle. Patientin bekommt Wein und Thee. Puls 116.
15. Sept. Patientin schläft unruhig. Die Augen sind eingefallen, die Parotis ist auf der rechten Seite geschwollen. 4 flüssige Stühle. Die Kranke will nichts genießen. Puls 116. Abends liegt die Kranke im Schweiss.

16. Sept. Um 3 Uhr erfolgt der Tod bei vollem Bewusstsein.

Section den 17. Sept. Die Leiche ist stark abgemagert. Hautfärbung icterisch. Leichenstarre wenig ausgebildet. Unterleib eingesunken. Haut am Amputationsstumpfe gangräneseirt.

Brusthöhle. Das Unterhautzellgewebe ist stark gelb gefärbt. Die Muskulatur blassröth. Die Pleurahöhle leer; der Herzbeutel mit dem Herzen vollkommen verwachsen. Das Herz klein, schlaff, die Muskulatur röthlich. Die Klappen gesund. Die Lungen sind an der Oberfläche dunkel tingirt. Die Ränder emphysematös. Der linke obere und untere Lappen sind auf dem Durchschnitt mit sehr reichlichem Schaum durchsetzt; die Lungenarterien frei. Am unteren Rande der rechten Lunge finden sich haselnussgrosse Infarcte, an anderen Stellen ist die rechte Lunge nur angeschoppt. Im oberen Lappen der rechten Lunge sind die Lungenarterien mit leicht adhärirenden Thromben verstopft.

Bauchhöhle. Das Netz normal. Der Magen von Luft aufgetrieben, enthält einige Unzen gelblicher Flüssigkeit. Die Schleimhaut des Magens und der Därme blass. Die Leber blutarm, gelblich (Fettleber). Die Gallenblase enthält eine Unze trüber Galle. Milz von gewöhnlicher Gröse, schlaff. Die Nieren fettig entartet. Die Scheide und Eierstöcke normal. Der Uterus gross und schlaff.

Die Ar. cruralis des amputirten Gliedes normal. Die V. cruralis ist von der Amputationsstelle an bis zur V. iliaca von einem zum Theil vollständig puriformen, zerfliessenden Thrombus erfüllt. Die Zweige der V. cruralis, zeigen sich noch mit vollständig festgeronnenen Thromben erfüllt. Parotis vereitert.

In ähnlichen Fällen sind Operationen oft günstig verlaufen. Dafür können wir auch in diesem Jahre einen Fall aufweisen, wo in der hiesigen Klinik eine Amputation eines leprösen Fusses günstig abgelaufen ist, obgleich auch hier die Heilung der Amputationswunde sehr schwer und langwierig von Statten ging. Beachten wir aber den oben citirten Fall, wo trotz guter Lagerung, ungeachtet genauer Beobachtung aller diätetischen Vorschriften in so kurzer Zeit nach der Operation die deutlichsten Zeichen der Pämie sich zeigten, als auch zwei ähnliche lethal abgelaufene Fälle, die in den letzten Jahren in der hiesigen Klinik beobachtet wurden, so sieht man sich bewogen anzunehmen dass diese Krankheitsform in den hiesigen Provinzen nicht eine Localerkrankung sei, sondern auf einer Blutentmischung beruhe welche vor Allem bekämpft werden muss; weicht sie aber der medicamentösen Behandlung nicht, so ist

man doch noch nicht berechtigt die Amputation zu machen, wegen des permanenten Reizungszustandes der Lymphgefäße und weil die Erfahrung zeigt, dass entweder in dem Amputationsstumpfe selbst, oder an anderen Theilen des Körpers früher oder später dieselbe Krankheit sehr oft wieder eintritt.



Theses.

1. In acida ventriculi fermentatione respectu theoretico nec acida nec alcalia in usum vocanda sunt.
2. Inferiore membranae mucosae tractus intestinalis parte affecta praeparatorum argenti usus omni ratione caret.
3. Ulcus syphiliticum primarium simplex, nullis dum phaenomenis secundariis ortis, solummodo cura locali tractetur oportet.
4. Tinctura Jodi usu externo ad resorptionem exsudatorum depositorum efficiendam adhibita irritando agit.
5. Spirituum frequentia in Pneumonia adaucta praecipue ex febris vehementia pendet.
6. Naturae tumoris exploratio externa incerta est.

