

Archiv

für

pathologische Anatomie und Physiologie

und für

klinische Medicin.

Bd. XI. (Neue Folge Bd. I.) Hft. 3.

XV.

Ueber carbunkelartige Entzündungen am Gesichte.

Von Professor F. Weber in Kiel.

Im Laufe der verflossenen Jahre sind in Kiel und seiner nahen Umgebung mehrfach ähnliche Krankheitsfälle beobachtet worden, wie sie Pirogoff vor längerer Zeit berichtete. Das Uebel trat in seinem Beginn als umschriebene, dem Furunkel und Carbunkel ähnliche Entzündung an der Oberlippe auf, verbreitete sich als phlegmonöse und pustulöse Entzündung über das Gesicht, die Unterkinn- und Oberhals-Gegend, so wie über einen Theil des Kopfes und endete in mehreren Fällen tödtlich durch metastatische Ablagerungen und Abscesse in den Lungen und anderen Organen. Da wir hier seit einer Reihe von Jahren weder in der Privatpraxis noch in den Hospitälern Gelegenheit gehabt haben, acute oder chronische Rotzvergiftung zu beobachten, so habe ich den Vergleich zwischen dieser und den eben erwähnten Fällen nur mit Hülfe der Literatur und älterer Collegen anstellen können, und bin eines-

theils zu dem negativen Resultat gelangt, dass unsere Fälle von denen durch Rotzgiftübertragung erzeugten abweichen, anderen theils, dass sie als einfache Furunkulose, mit zufälligem tödtlichen Ausgang durch Thrombose, nicht wohl betrachtet werden dürfen. Es ist mit Rücksicht auf die Lokalerscheinungen und den ganzen Verlauf nicht unwahrscheinlich, dass irgend ein von aussen her auf den Körper übertragener schädlicher Stoff als Ursache der erwähnten Erkrankung gewirkt habe. Ob ich für diese Annahme die Wahrscheinlichkeit auf meiner Seite habe, das mag der Leser nach Bekanntschaft mit den betreffenden Fällen beurtheilen. Welcher schädliche Stoff gewirkt, das hat bisher nicht ermittelt werden können. Als Hauptverdachtsgrund in dieser Beziehung gilt mir auch noch das Factum, dass in rascher Aufeinanderfolge auf einem beschränkten Raume eine verhältnissmässig grosse Anzahl analoger Fälle vorkam. Sie belief sich im Jahre 1854 auf sieben, von denen drei tödtlich verliefen, deren zwei von mir secirt wurden. Seit jener Zeit sind sowohl aus unserer nächsten Nähe, als aus entfernteren Orten Holsteins mehrere zu meiner Kunde gekommen. Der Verlauf jener drei tödtlich endenden war so ähnlich, dass die genaue Beschreibung eines derselben, die ich der Güte des Herrn Professor Götz verdanke, auch für die anderen genügen könnte. Ich theile indess auch über diese unten kurze Notizen mit.

1. Heinrich Hausmann, Bäckergeresse, 27 Jahre alt, von grosser schlanker Statur, mit kräftiger Muskulatur aber geringer Fettentwicklung, bleicher Gesichtsfarbe, mit vielen Knötchen von Acne indurata auf Wangen und Nase, wurde am 6. Februar 1854 in das academische Hospital aufgenommen. Er gab an, früher nie krank gewesen zu sein (nach seinem Tode indess ermittelte sich, dass er vor 1 oder 1½ Jahren wegen Syphilis längere Zeit behandelt wurde). Gegenwärtig war ein heftiger stichtartiger Schmerz in der linken Seite der Brust die Veranlassung seiner Aufnahme ins Hospital. Dieser Stich hatte sich seit 2 Tagen etwa eingestellt, nachdem Patient vorher schon seit etwa zehn Tagen an einem furunkulösen Abscesse in der Oberlippe gelitten, der gegenwärtig aus zwei etwa stecknadelknopfgrossen Oeffnungen am Schleimhautrande der Oberlippe seinen Inhalt bei geringem Druck leicht entleerte. Die Lippe selbst war bedeutend geschwellt und es verbreitete sich von ihr aus nach der linken Wange am Nasenflügel herauf eine strahlige erythematöse Hautentzündung. Die Augenlider waren zwar ödematös geschwellt, aber doch in so geringem Maasse, dass der Kranke die Augen vollkommen öffnen konnte. Dieses ganze Leiden des Gesichts indessen sah der Kranke selbst als vollkommen nebensächlich an und versicherte, dass er an einer gleichen „Schweins-

bäule" (Furunkel) im Gesichte vor 1 oder $1\frac{1}{2}$ Jahren gelitten habe. Dagegen klagte er lebhaft über Stich in der linken Seite der Brust, von dem er seit 48 Stunden befallen sei und der ihm die Respirationsbewegungen sehr beschwerlich machte, obgleich er mit wenig Husten und fast gar keinem Auswurfe verbunden sich zeigte. Dabei war der Kranke in mässig lebhaftem Fieber (Puls 108, Respiration 32). Sein Kopf war nicht besonders schmerzhaft, die geistigen Functionen vollkommen normal. Appetitlosigkeit, Zunge feucht, in der Mitte gelblich grau belegt, der Leib weich, Oeffnung war im Laufe des Tages erfolgt, die Haut warm, aber nicht brennend oder trocken. Die Sprache war durch die Anschwellung der Lippe behindert und undeutlich. Die Untersuchung der Brust ergab, bei normalem Zustande am Herzen und in der rechten Thoraxhälfte, auf der linken Seite von der Achselhöhle abwärts hinten und unten gedämpften Percussionston, und neben allgemeiner unvollkommener Respiration in dem hinteren Theil der linken Lunge an einer umschriebenen Stelle am äusseren Rande der Scapula, bronchiale Respiration. Pleuritisches Reiben war nicht zu hören. Dagegen warf der Kranke im Verlauf des Abends noch mehrmals rostfarbene pneumonische Sputa aus. — Es wurden vorläufig Cataplasmen auf die Oberlippe verordnet.

Den 8. Februar. Die auskultatorischen Erscheinungen der entzündeten linken Lunge wenig verändert. Das unbestimmte Athmen etwas weiter nach oben verbreitet; an der Basis des linken Thoraxraumes bei mattem Percussionston vollkommen fehlendes Respirationsgeräusch. Die von der Lippe ausstrahlende Röthe dagegen hatte sich statt abzunehmen weiter nach oben bis über die Augenlider, Nase und zum Theil rechte Wange verbreitet. Die Haut zeigte an diesen Theilen sich livid geröthet, stark geschwellt, blank, auf derselben bildeten sich einzelne flach hervorragende Buckel, auf denen sich die Haut noch mehr dunkel blauröth gefärbt zeigte. Der Kranke konnte die Augen wenig mehr öffnen, war im Sprechen noch mehr behindert als gestern, und konnte die blasse, gelblich belegte, feuchte Zunge nur mit ihrer Spitze zwischen den rüsselartig aufgewulsteten Lippen vorschieben. Husten, Dyspnoe etwas geringer, Fieber und Pulsfrequenz wie gestern. Wegen mangelnder Oeffnung erhielt der Kranke einen Löffel Ricinusöl und bei der Annahme, dass die Pneumonie mit einer pyämischen Bluterkrankung zusammenhänge, Salzsäure in Decoct. Alth.

9. Februar. Die Geschwulst des Gesichtes vermehrt, die Röthe und blanke Spannung der Haut gesteigert. Auf derselben zeigen sich neben den mehr hervortretenden lividen Buckeln am Rande der Lippe und neben den Nasenflügeln einzelne linsen- bis erbsengrosse, mit klarer etwas gelblicher Flüssigkeit gefüllte Blasen. Dabei ist es auffallend, dass der Kranke selbst bei der Berührung nur wenig über Schmerzen in dem geschwellenen Gesichte klagt. Puls 110, Husten und Auswurf gering, Appetit fehlend.

10. Februar. Trotz ziemlich guten Schlafes in der verfloßenen Nacht ist heute das Fieber und die Pulsfrequenz gesteigert, 130 Schläge in der Minute, die Fieberhitze ziemlich gross, aber keine Frostschauder. Das Gesicht ist zur Unkenntlichkeit geschwollen. Auf den livid gefärbten buckelartig hervorragenden Stellen zeigen sich dicht neben einander stehende stecknadelkopfgrosse Eiterpünktchen. Die Entzün-

dungsröthe verbreitet sich über Unterlippe und über den Unterkiefer. Die Schleimhautfläche der Oberlippe bis an den Rand der Zähne gelblichweiss aufgelockert, offenbar nekrotisch, verbreitet einen empfindlichen, dem angemessenen üblen Geruch. Die fast vollkommen gehinderte Bewegung der Lippen macht das Trinken und selbst das Schlucken der Arznei fast unmöglich. Dagegen ist der Kranke wohl im Stande, die Flüssigkeiten hinunter zu schlucken, die ihm mittelst eines kleinen Löffels bis hinten auf die Zunge gebracht werden. Die Pulsfrequenz steigert sich im Laufe des Tages bis auf 140 Schläge, dabei ist der Kopf immer noch frei, keine Phantasien. Die Erscheinungen der Lungenaffection treten mehr in den Hintergrund. Wegen mangelnder Oeffnung erhält der Kranke wieder einen Löffel Ricinusöl, gebraucht ausserdem die Säure weiter und soll ausser dem warmen Verbands auf der Lippe ein trockenes Kissen von aromatischen Kräutern über das ganze Gesicht legen.

11. Februar. In der Nacht wenig Schlaf, zeitweise lebhafte Klagen über Stiche in der Brust und Dyspnoe. Die Hautentzündung verbreitet sich vom Unterkiefer über die Seitentheile des Halses. Puls 140—150, sehr klein, keine Schüttelfröste. Die Untersuchung der Brust ergibt dieselben Resultate wie in den vorigen Tagen. Das Sensorium ist frei, der Kranke giebt vernünftige Antworten, ist aber sehr unruhig, wirft sich im Bette umher, schläft wenig. Die Schmerzhaftigkeit im Gesichte vermindert sich statt zuzunehmen, während die Geschwulst sich immer härter und praller anfühlt. Das am gestrigen Tage brandige Schleimhautstück der Oberlippe hat sich in der ganzen Breite des Mundes von dem darunter befindlichen Zellgewebe gelöst, und findet sich als eine bräunliche, lederartige Hautschwarte im Bette des Kranken, der sich dieser Abtrennung gar nicht bewusst ist. Im Laufe des Tages erfolgen nach dem gestern gegebenen Ricinusöl ein Paar flüssige Stühle; der Kranke soll mit Chamillenthee den Mund spülen, mit Liquor natrii chlorati und Syrup. moror. die Schleimhaut des Gaumens und der Wangen pinseln, neben der Säure eine Chininsolution nehmen.

12. Februar. Nachts kein Schlaf. Die Unruhe steigert sich nun zu Delirien; fortwährendes Irrereden. Die Anschwellung des Gesichtes und Halses wie gestern, die Pusteln auf den hervorragenden Hautstellen füllen sich mit Eiter. Vollkommene Gefühllosigkeit in den geschwollenen Theilen, besonders in der Lippe. Die Pulsfrequenz gesteigert, die Respiration schnell, unvollkommen in der linken Seite, unten noch immer matter Percussionston, dabei fehlendes Respirationsgeräusch. Mit der Zeit wird der Puls unzählbar, die Gesichtsgeschwulst blässer, die Extremitäten kühl, während der übrige Körper von fließendem Schweisse bedeckt ist. In diesem Zustande bleibt der Kranke, bis am 13. Februar Morgens 5 Uhr unter den Erscheinungen einer immer mühsameren, zuletzt röchelnden Respiration der Tod erfolgt.

Section 10 Stunden nach dem Tode. Seröse Infiltration der weichen Hirnhäute, die trüb weisslich verdickt sind. Im Sichelbehälter ein schlaffes Fibringerinnsel. Vor dem Pons Varolii gleichfalls Trübung und Verdickung der feinen Hirnhäute, die sich in grossen Stücken von der Hirnoberfläche abziehen lassen. An der Basis beträchtliche Capillarinjection der Hirnhäute. Die Hirnventrikel enthalten

wenig helles Serum, sind nicht erweitert, ihre Plexus mässig geröthet. Die Hirnsubstanz zäh, fest, trocken mit ziemlich vielen schwarzrothen Blutpünktchen auf den Schnittflächen. Die am Halse und in der Unterkinngegend verlaufenden oberflächlichen Venen theilweise durch Fibringerinnungen verstopft, indess glattwandig. Ebenso erscheinen die Wandungen der Venae jugul. intern. vollkommen glatt. Das Unterhautzellgewebe am Halse ödematös infiltrirt. (Das Gesicht durfte leider nicht weiter untersucht werden.)

Die linke Lunge durch frische Adhäsionen mit der Brustwand verklebt. An ihrer äusseren Fläche, die mit einer zottigen 2—3 Linien dicken Exsudatschicht bedeckt ist, ein abgesacktes faserstoffig-seröses pleuritische Exsudat. In den peripherischen Schichten der linken Lunge viele erbsen- bis haselnussgrosse, keilförmige, metastatische Ablagerungen und Abscesse, die auf der Durchschnittsfläche zum Theil noch rothbraun, zum Theil schon gelb und eitrig infiltrirt sich zeigten. Die rechte Lunge durch alte Adhäsionen so fest an die Brustwand geheftet, dass sie ohne Zerreiſung ihres Gewebes nicht von derselben getrennt werden kann. Die Schleimhaut des Kehlkopfs und des Pharynx livide geröthet mit zäher Schleimschicht belegt. Das Epithel im Oesophagus streifig zusammengeballt. Das Lungengewebe neben den metastatischen Abscessen trocken, comprimirt, blutarm. Die rechte Lunge ist ödematös und enthält nur an ihrem vorderen Rande einen haselnussgrossen Lobularabscess. Sehnenflecken an der vorderen Wand des rechten Herzens, das Endocardium und die Klappen normal. Die Milz um die Hälfte vergrössert, ihre Tunica propria durch alte Entzündung verdickt, das Parenchym blutreich, brüchig, ohne metastatische Ablagerungen. Die Nieren normal. Die Mesenterialdrüsen unbedeutend geschwellt. Die Dickdarmschleimhaut durch capillare Injection geröthet, besonders im Blinddarm; ebenso die Dünndarmschleimhaut, namentlich in der Nähe der Ileocaecalklappe hyperämisch und an einzelnen Stellen mit Ecchymosen durchsetzt. Der Dünndarm von galligtingirten Fäcalsmassen mässig gefüllt. Die Magenschleimhaut geröthet, geschwellt, mit kleinen Ecchymosirungen in der Gegend der Cardia. Die Leber um $\frac{1}{3}$ bis $\frac{1}{2}$ ihres Volumens vergrössert, ihre äussersten Ränder jedoch verjüngt; ihre Oberfläche besonders an der concaven Seite granulirt; die Durchschnittsfläche zeigt sich grauröthlich marmorirt, fest, körnig. Die innere Haut der Pfortader glatt. Die Gallenblase enthält wenig grünbräunliche Galle; ihre Schleimhaut normal. Die mikroskopische Untersuchung der Leber zeigt in den Leberzellen bei geringem Fettgehalt vielen Gallenfarbstoff und in den granulirten Partien bedeutende Mengen von Bindegewebe.

Fassen wir den Sectionsbefund in seinen Hauptpunkten zusammen, so ergibt sich Folgendes. Wir fanden:

1) Eine durch Infiltration und Schwellung des Bindegewebes am Halse, also durch Druck auf die Venen hervorgerufene venöse Hyperämie des Gehirns, verbunden mit geringer seröser Exsudation in den Hirnhäuten.

2) Thrombose in den Venen des Halses und der Unterkinngegend.

3) Lobuläre pneumonische Heerde in grosser Zahl.

4) Als zufälligen Befund ein älteres Leberleiden, bestehend in Cirrhose geringen Grades mit Icterus der Leber.

Aus dem Krankheitsverlauf, verglichen mit dem Sectionsbefund, geht hervor, dass der Tod pyämischen Ursprungs war. Fasst man indess die Localerscheinungen ins Auge, wie sie bei Lebzeiten sich gestalteten, so kann man sich schwer des Verdachtes erwehren, dass hier ein Impfstoff im Spiele gewesen. Der Verdacht wird durch die folgenden Fälle gesteigert. (Ich bemerke noch speciell, dass die hier mitgetheilten Fälle nur zum Theil in die Zeit fielen, wo in der Stadt und auf dem Lande gemästetes Vieh zahlreich geschlachtet wird.)

2. Ein mir von Dr. Francke mitgetheilter hierher gehöriger Fall ist folgender:

H. S., 19 Jahre alt, Schreiber, hat als Knabe von 13—14 Jahren alle Erscheinungen erweichter Lüngentuberkeln gezeigt. Die Cavernen waren indess beim Gebrauch von Leberthran und passender Diät ausgeheilt. Im verflossenen Sommer überstand S. eine heftige Unterleibsentszündung glücklich und befand sich im letzten halben Jahre völlig wohl. In den ersten Tagen des December hatte sich in der Mitte der linken Oberlippe ein Knoten gezeigt, welcher am 6ten schmerzhaft wurde, weshalb der Kranke ärztlichen Rath wünschte. Ich fand einen harten röthlichen Knoten in der Oberlippe, der auf der Mitte seiner Oberfläche ein Bläschen trug, von der Grösse eines Hanfkornes, letzteres blassgelblich gefärbt. Das Ganze sah aus wie ein gewöhnlicher Furunkel. Begleitende Erscheinungen, wie Fieber, Beklemmung etc. nicht zugegen. Wegen mangelnden Stuhlganges wurde Sal amar. verordnet und auf den Furunkel Gummipflaster gelegt. Da die Witterung rauh war, so rieth ich dem Kranken das Haus zu hüten. In der Nacht vom 8ten auf den 9ten hatte sich eine ungeheure Gesichtsgeschwulst entwickelt; der Knoten, so gross als eine Wallnuss, hatte mehrere kleine Oeffnungen, die etwas nässten und in denen man schmutzig gelbes noch infiltrirtes Zellgewebe erkennen konnte. Die ganze Oberlippe lag wie eine pralle Blutwurst, etwa 3 Finger dick da, so dass die obere Reihe der Zähne unbedeckt war. Die Geschwulst des Gesichtes breit hart und bei Berührung wenig empfindlich. Die Unterlippe ebenfalls stark geschwollen, jedoch blass und mehr ödematös. Linke Wange und Nase monströs geschwollen, blassroth mit mehreren Bläschen bedeckt, wie beim Erysipelas bullos. Augenlider links ödematös geschwollen. Die Sprache sehr undeutlich, das Schlucken sehr beschwerlich, da die Lippen nicht zusammen zu bringen waren, das Sensorium vollständig frei, Fieber sehr heftig. Klage über Spannung des Gesichts, als ob es platzen solle, sonst keine; grosse Unruhe, beständiges Umherwerfen im Bette. Verordnet: Acid. muriat. und Cataplasmen. Am nächsten Morgen 5 Uhr, nach einer sehr fieberhaften unruhigen Nacht, fing der Kranke an irre zu reden, wurde jedoch

besinnlich, wenn man mit ihm sprach. Auch die rechte Seite des Gesichts war jetzt stark infiltrirt, die ganze Gesichtsgeschwulst brethart, blauroth, knotig, auf den Knoten Brandblasen. Der ursprüngliche Furunkel eiterte nicht. An die Schläfe wurden 12 Bluteigel gesetzt. Um 10 Uhr ist der Kranke vollständig besinnungslos, delirirt beständig; die Zungenspitze steckt braunroth, geschwollen und ganz dürr zwischen den russig belegten Zähnen. Der Tod erfolgt um 11 Uhr, nachdem die Gesichtsgeschwulst blässer geworden und die Blasen auf derselben eingesunken waren.

Section am Nachmittage des folgenden Tages. Dieselbe durfte sich nur auf die Untersuchung der Brusthöhle erstrecken, und ergab eine grosse Menge pyämischer Infarcté und Abscesse in beiden Lungen, so wie Pleuritis geringen Grades, durch welche dünne Exsudatschichten an den Stellen abgelagert waren, welche den pyämischen Infarcten etc. der Lunge entsprachen. Flüssiges Exsudat war nicht zugegen. Das Herz von normaler Beschaffenheit.

Der dritte tödtlich verlaufene von Dr. G. Weber beobachtete Fall ist folgender:

„Mad. F., eine bisher gesunde Frau von 32 Jahren, liess mich rufen wegen einer Anschwellung im Gesicht. In der That war die Oberlippe zu einer enormen Dicke angeschwollen, so dass ich die mir wohlbekannte Frau nicht erkannte. Die Geschwulst hatte Tags zuvor wie ein Furunkel begonnen, aber rasch diese Höhe erreicht. Sie fühlte sich äusserst hart an und zeigte etwas nach ihrer rechten Seite hin deutlich den Hauptherd, indem sie bei gleicher Härte dort am stärksten prominirte. Das ganze Gesicht war gleichfalls aufgetrieben und die Augen geschwollen. Die Farbe der Geschwulst war röthlich blau. Dabei fand ein dicker schmieriger Beleg der Zunge und, wie es schien, der ganzen Mundhöhle statt. Ich konnte, wegen Beschwerde, den Mund zu öffnen, die Mundhöhle nicht genau untersuchen. Das Fieber war nicht besonders lebhaft. In der nächstfolgenden Nacht begann die Kranke zu deliriren und am Morgen zeigten sich Brandblasen auf der hervorragenden Stelle der Geschwulst, während die Geschwulst in der Umgebung um etwas abgenommen hatte. Dagegen war eine Schwellung der Unterkinngegend und des oberen Theiles des Halses mit Infiltration der Drüsen daselbst erfolgt. Vom Mittag dieses Tages bis zum folgenden Mittag dauerten die Delirien unaufhaltsam fort. Gegen Nachmittag erfolgte der Tod. Obgleich sich während des kurzen Verlaufs keine Schüttelfröste gezeigt hatten, so bot das ganze Krankheitsbild doch viel Aehnlichkeit mit der rasch verlaufenden Pyämie dar, so dass ich den tödtlichen Ausgang darauf zu beziehen keinen Anstand genommen habe. Die Section war nicht zu erreichen.“

Auch die kurzen Angaben über diesen Fall lassen es nicht zweifelhaft, dass derselbe den beiden oben mitgetheilten beigezählt werden müsse.

Ueber den vierten hierher gehörigen Fall theilt Hr. Dr. Francke mir Folgendes mit:

Herr F., ein wohlhabender Landmann, der ausser hypochondrischer Verstim-
mung, welche ihn besonders im Winter, der geschäftslosen Zeit des Landmannes,
belästigte, immer gesund war, bekam eine furunkelartige Entzündung der Unter-
lippe, die sehr schmerzhaft war und sogleich mit heftigem Fieber auftrat. Dabei
wurde die Färbung des Gesichts eine bilöse, die Zunge war dick braungelb belegt,
die Oberbauchgegend empfindlich und die Oeffnung sparsam. Appetitmangel und
sehr heftiger Durst bei sehr grosser Abgeschlagenheit. Schon am zweiten Tage
fiel die ganze Unterlippe an sich zu infiltriren, heiss und empfindlich zu werden;
am dritten Tage stellte die Unterlippe eine blaurothe, bretttharte, wie eine Blut-
wurst aussehende Geschwulst dar; dabei zugleich die Oberlippe und das ganze
Gesicht ödematös geschwollen und blauroth. An der Unterlippe viele erbsengrosse
Blasen, die ein bläuliches Serum enthielten. Heftiges Fieber mit Delirien. 12 Blut-
egel an die Unterlippe, Cataplasmen und Abführung von Glaubersalz und Tama-
rinden. Am sechsten Tage war die ganze Unterlippe knotig anzusehen und anzu-
fühlen; auf der Oberfläche dieser Knollen, die die Grösse von kleinen Wallnüssen
hatten, war die Haut an mehreren 3—4 Linien grossen Stellen geschwunden, und
es zeigten sich in der Tiefe gelbe Exsudatmassen, die schon am 7ten Tage in
eitrige Schmelzung übergingen. Schüttelfröste und Affection der Lunge traten
nicht ein. Das ganze Unterhautzellgewebe ging nun in wenigen Tagen in Ver-
jauchung über und wurde durch 6—7 Oeffnungen allmähig entfernt, durch welche
zugleich eine Menge dünnen schmutzigen Eiters abfloss. Nach der Entleerung
schwang das ganze Gesicht rasch wieder ab, das Fieber verschwand und die Oeff-
nungen an der Lippe schlossen sich schnell. Die Lippe blieb noch längere Zeit
dicker und fester anzufühlen als im Normalzustande. Nach Verlauf eines Monats
jedoch war fast alle Geschwulst gewichen.

Von den noch übrigen drei Fällen kann ich nur aus münd-
licher Mittheilung beibringen, dass der Verlauf derselben dem zu-
letzt beschriebenen Fall nahe kommt. Sie endeten glücklich. —

Seitdem ich die obigen Mittheilungen niederschrieb, habe ich,
wie bemerkt, mehrfach Gelegenheit gehabt, ähnliche Fälle zu be-
handeln und wiederholt Kunde davon durch andere Aerzte erhalten.
Ich kann nicht unterlassen, in praktischer Beziehung die Bemer-
kung beizufügen, dass wir in Kiel und Umgegend in den letzten
Jahren durch frühzeitige tiefe Einschnitte in das infiltrirte Gewebe
und durch anhaltende Behandlung mit Eisumschlägen, bis zum
völligen eitrigen Zerfall der das Zellgewebe durchsetzenden Exsudat-
massen, nur glückliche Erfolge, auch in anscheinend schweren Fäl-
len erzielt haben. Ich empfehle diese, bekanntlich beim gewöhn-
lichen Carbunkel so wohlthätige Behandlung den Herren Collegen
angelegentlichst für alle Fälle, die den hier mitgetheilten gleichen.
