

unter das Mikroskop gebracht zeigen zahlreiche *Lacunae ossium* mit spärlichen *Canaliculi ossium*; *Canaliculi Haversiani* mit ihren *Lamellensystemen*. Die *Lamellen* sind wenig deutlich, in geringer Anzahl vorhanden, wohl aber sind sehr deutlich die in denselben in ringförmiger Anordnung gelagerten *Lacunae ossium*.

Von der Spitze und dem unteren Rande des Knochens entsteht das *Retinaculum peroneorum superius*.

Würde in der unteren Epiphyse der Fibula und an der Stelle des *Malleolus externus*, wo der beschriebene Knochen aufsitzt, ausser dem früheren Knochenkern noch ein später erzeugter eigener, wenn auch nur anomaler Weise vorkommender, nachgewiesen sein, wie ein ähnlicher nach *Beclard* und *Meckel* bisweilen im *Malleolus internus* wirklich vorkommt; so könnte man daran denken, dass der Knochen dem aus diesem eigenen Knochenkern entwickelten, mit dem *Malleolus externus* unvereinigt gebliebenen und beweglich verbundenen Knochenstücke entspräche. Da aber ein solcher eigener Knochenkern, meines Wissens, noch nicht nachgewiesen ist; so ist der Knochen wohl nur als eine ungewöhnlich begrenzte Verknöcherung im *Retinaculum peroneorum superius* zu nehmen.

Erklärung der Abbildung.

Unteres Stück des Skelettes des rechten Unterschenkels (laterale Ansicht).
 1. Tibia. 2. Fibula. 3. Ossiculum am *Malleolus externus* (oben und in der Mitte aus seiner Verbindung gebracht und rückwärts geschoben). a Lateral- und vorwärts-sehende Fläche des *Malleolus externus*. b Sulcus peroneorum. α *Ligamentum malleoli externi anticum*. β *Ligamentum malleoli externi posticum*. γ Verstärkungsbündel der gelenkigen Vereinigung zwischen *Ossiculum* und *Malleolus externus*.

2.

Ein Fall von multiplen Neuromen aller Körpernerven.

Von Dr. Otto Heusinger,

Privatdocent zu Marburg in Kurhessen.

(Hierzu Taf. VI.)

In der Literatur sind eine Anzahl von Fällen „multipler Neurome“ verzeichnet, doch sind die Fälle im Ganzen so selten, dass ich es wohl wagen darf, die Casuistik um eine neue Beobachtung zu vermehren. Der von mir gesehene Fall scheint mir aber auch schon deshalb die Veröffentlichung zu verdienen, da durch einen mehrwöchentlichen Aufenthalt der Kranken im Spital die früheren Gesundheitsverhältnisse desselben genauer wie in den früher beschriebenen Fällen von multiplen Neuromen zu eruiert waren, andertheils die Verbreitung der Degeneration in so grosser Ausdehnung sich zeigte, wie ich es sonst nirgends erwähnt fand.

H. W., 23 Jahre alt, Schneidergeselle aus dem Dorfe Oberweimar bei Marburg, klein und schwächig gebaut, geistig gut entwickelt, gibt an, in seiner Jugend nie ernstlich krank gewesen zu sein. Weihnachten 1861 hielt er sich in Hamburg auf und bekam dort einen Abscess in der linken Hinterbacke, der ihn nöthigte, in dem Hamburger Krankenhause Hülfe zu suchen, während seines Aufenthaltes im Spital behauptet er zuerst an Husten gelitten zu haben, gleichzeitig magerte er rasch so bedeutend ab, dass er arbeitsunfähig wurde und nachdem er im Frühjahr aus dem Hamburger Krankenhause entlassen, kehrte er eilig nach Hause zurück. Da trotz Ruhe und guter Pflege die Kräfte nicht wiederkommen wollten, so bat er um Aufnahme in die unter meines Vaters Leitung stehende medicinische Klinik dahier. — Am 9. August 1862 wurde er aufgenommen und bot bei der Untersuchung das Bild eines hochgradig entkräfteten Individuums dar, die blasse weiche Haut ist schlaff und zu Schweissen geneigt, die Muskeln waren dünn und kraftlos, der Thorax war eingesunken, die Intercostalräume wie die Foss. supra- und infraclavic. vertieft; die Untersuchung der Lunge ergab deutliche Zeichen tuberkulöser Infiltration. Die Stuhlentleerung war häufig und diarrhoisch. Der Abscess in der Hinterbacke noch offen, aber wenig secernirend. In den Intercostalräumen, sowie am ganzen Körper dem Verlauf der Gefässe entsprechend, zeigten sich Geschwülste von Hanfkorn- bis Bohnengrösse, die zum Theil durch varicöse Stränge mit einander zusammenzuhängen schienen. Diese Geschwülste waren unter der Haut verschiebbar, auch war die Haut über ihnen von normaler Beschaffenheit, sie hatten die Consistenz von geschwollenen Lymphdrüsen und waren bei der Berührung und selbst bei etwas kräftigerem Druck ganz unempfindlich; der Kranke selbst hatte diese Geschwülste nie sonderlich beachtet, da sie ihm angeblich nie Beschwerden verursacht. — Die Diagnose wurde auf allgemeine Tuberkulose gestellt, die eben beschriebenen Geschwülste und ihre Verbindungsstränge für degenerirte Lymphdrüsen und Lymphgefässe angesprochen. Die Behandlung beschränkte sich auf nahrhafte Kost, Leberthran und Bäder aus Kreuznacher Salz; wegen des heftigen Reizhustens, der besonders die Nachtruhe störte, wurden Opiate und Extr. hyosc. gegeben, der Durchfall meist durch Pulv. Doveri gemässigt. Die Krankheitssymptome nahmen aber stetig zu, der Auswurf wurde purulent, die Schweisse wie die Durchfälle wurden immer stärker und angreifender; der allgemeine Collapsus (ohne dass irgendwo örtliche Schmerzen geklagt worden wären) steigerte sich sichtlich und endlich starb der Kranke am 5. September 1862 Morgens 9 Uhr unter den Erscheinungen eines acuten Lungenödems.

Die Section bewahrheitete zunächst das Bestehen acuter Tuberkulose; die Lungen waren besonders in den oberen Partien von zahlreichen, meist kleineren grauen und gelben Tuberkeln durchsetzt, grössere Cavernen waren noch nicht gebildet. — Sehr auffallend verändert zeigten sich nun aber sämtliche peripherische Nervenstränge und ganz besonders die dem Sympathicus angehörigen Nervenäste. Das von dem klinischen Assistenzarzte Herrn Dr. Sippell, dem ich auch für genauere Mittheilung der anamnestischen Data besten Dank weiss, geführte Sectionsprotokoll sagt darüber: „rechts und links neben der Wirbelsäule liegt je ein daumendicker Dickdarm ähnlich gebuchteter, durch rosenkranzförmige Ausläufer mit

dünnere rosenkranzförmigen Parallelsträngen in Verbindung stehender Strang, welcher Aeste an die verschiedenen Organe, an die Brustwand, den Herzbeutel und die grossen Gefässe schickt und in unveränderter Dicke, immer durch perlchnurartige Ausläufer mit kleineren Nebensträngen communicirend sich am Halse heraufzieht. Unter dem Zwerchfell lösen sich die Stränge in ein dichtes Netz der erwähnten Perlchnüre auf, deren Knoten von Hanfkorn- bis Haselnussgrösse variiren; Reihen dieser Schnüre begleiten die Aorta und deren Verzweigungen.“ Leider musste aus äusserlichen Gründen die Beerdigung der Leiche sehr rasch erfolgen und war daher eine genauere Verfolgung und Untersuchung der Nerven nur an einigen zurückbehaltenen Theilen möglich. Die Untersuchung des Gehirns ergab durchaus keine Abnormitäten, die abgehenden Nerven waren von gleichmässiger normaler Dicke und Consistenz, aber sehr bald nach ihrem Austritt aus den knöchernen Kanälen zeigten sie, wie auch die Rückenmarksnerven, die eigenthümlichen knotigen Anschwellungen, der Hypoglossus hatte rechts eine besonders starke Anschwellung kurz vor dem Abgang des Descendens, der selbst wieder ein perlchnurartiges Ansehen hatte. Der Vagus war beiderseits am Halse fingerdick, seine einzelnen rosenkranzförmig verdickten Stränge waren durch sehniges Bindegewebe eng aneinandergehalten. Einzelne Aeste des Quintus zeigten besonders grosse Anschwellungen, eine taubeneigrosse lag am linken Unterkieferrand in der Gegend des vorderen Endes des Masseter. Der Plexus brachialis war halbzoll dick, der Ischiadicus maass nach Austritt aus der Incisura ischiadica einen Zoll in der Breite. Unter sämmtlichen untersuchten peripherischen Nervenästchen war auch nicht eins von durchaus normaler Beschaffenheit, keins war auch nur in zollweiter Länge von gleicher Dicke, alle hatten ein eigenthümlich perlchnurartiges Ansehen. Die Anschwellungen waren stets da am bedeutendsten, wo das Bindegewebe der Umgebung recht locker und weitmaschig erschien, stets waren die Nerven aber in normaler Weise gelagert und abgegrenzt. Einen sehr interessanten Anblick gewährten die Mesenterialnervenästchen, sie waren derartig knotig verdickt, dass man bei oberflächlicher Betrachtung die Nervenanschwellungen für geschwollene Lymphdrüsen hätte halten können, mein Freund und College, Dr. Henke, hatte die Güte, die Nerven eines Mesenterialstücks neben Arterien und Venen in einer kleinen Zeichnung darzustellen, die auf Taf. VI. wiedergegeben ist. — Die Farbe der Nervengeschwülste war weiss mit leicht gelblichem Ton, ihre Consistenz entsprach der von Lymphdrüsen im Zustande markiger Infiltration.

Die Zahl der vorhandenen Anschwellungen auch nur ungenau anzugeben, ist selbstverständlich völlig unmöglich, es wurde eben kein normaler Nerv aufgefunden. Die mikroskopische Untersuchung der Nervenanschwellungen in frischen, in getrockneten wie in Spirituspräparaten ergab das gleiche Resultat, dass die Verdickungen nur durch Hypertrophie des Neurilems hervorgerufen wurden, atrophische oder anders degenerirte Nervenfasern kamen kaum vor, die meisten Fasern waren durchaus normal. Das hypertrophische Bindegewebe umschloss die Nervenfasern selten gleichmässig von allen Seiten, so dass die Nervenfasern im Centrum einer dicken Bindegeweshülle lagen, dies Verhältniss kam aber doch z. B. beim Ischiadicus vor, gewöhnlich lag der Nervenast seitlich und die Verdickung des Neurilems erschien als

Auflagerung. Sicher sind derartige Verschiedenheiten von geringer Bedeutung, das Neurilem verdickte sich eben da, wo es durch benachbarte Theile am wenigsten beengt wurde.

Ueber die Ursache der Degeneration kann ich kaum eine Vermuthung aussprechen, angeboren scheint sie auch in unserem Falle nicht gewesen zu sein, ob und welche Beziehung sie zu der acuten Tuberkulose hatte, wage ich nicht zu entscheiden, dass sie die Functionen der einzelnen Nerven sicher nur in geringem Maasse behinderte, scheint mir ausser Zweifel zu sein.

Die schönen Untersuchungen von Smith *) und Lebert **) über die multiplen Neurome überheben mich der Aufgabe, historische Nachweise und Berichte über ähnliche Fälle diesen Zeilen beizufügen, Lebert erwähnt 17 Fälle von „*Multiplicité générale des névromes*“, ich habe die meisten derselben in den Originalabhandlungen nachgesehen, habe aber in keiner genügenden Aufschluss über die Pathogenese der Degeneration gefunden, die Krankheitssymptome waren, wo sie bekannt waren, wie in unserem Falle grosser Verfall der Kräfte und Abmagerung, fast nie wurden Schmerzen empfunden, Lungentuberkulose ist in keinem Falle erwähnt. — Auch auf der marburger Anatomie sollen zwei Male Leichen mit multiplen Neuromen vorgekommen sein, doch sind davon weder Präparate noch Beschreibungen erhalten.

Histologisch unserem und ähnlichen Fällen analog ist die multiple Neurombildung an einzelnen Nerven (*Multiplicité locale des névromes* nach Lebert), wovon auch eine Reihe von Beobachtungen vorliegt (sehr ausgezeichnete Fälle der Art sind die von Kupferberg und Passavant neuerlich beschriebenen), dagegen sind die vereinzelt vorkommenden auch mit dem Namen Neurom belegten Nervendegenerationen histologisch und symptomatisch davon sehr wesentlich verschieden, daher sie von Lebert mit Recht als „*Tumeurs souscutanées douloureuses*“ abgetrennt werden.

3.

Aerztlicher Nekrolog des Jahres 1862.

Zusammengestellt von Dr. Wilhelm Stricker,

pract. Ärzte in Frankfurt a. M.

23. Januar. Halle. Geh. Med.-Rath Hohl, Prof. und Director der Entbindungs-Anstalt, 73 Jahre alt. (Deutsche Klinik 1861. No. 26.)
25. Januar. Paris. Moreau, Prof. der Geburtshülfe (seit 1830) und Director der Maternité (seit 1831) in Paris, geb. zu Auxonne (Côte d'or) 7. März 1789. (Gaz. des hôp. 1862. No. 134.)
29. Januar. Brüssel. Baron Seutin, Senator, Leibarzt, Generalstabsarzt, 68 J. alt.
29. Januar. Würzburg. Prof. J. B. Friedreich, gerichtsarztlicher Schriftsteller, 66 Jahre alt.

*) R. Smith, On the pathology, diagnosis and treatment of Neuroma. Dublin, 1849.

**) Rapport sur le travail de M. Houel „Du Neurome“ par M. Lebert in Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris. Tom. III. p. 266 ff. Paris, 1853.

