

X.

Auszüge und Besprechungen.

1.

G. Engel, Ueber einen Fall von cystoider Entartung des gesammten Skelets. Inaugural-Abhandlung. Giessen, 1864.

Neben dem von Froriep in seinen chirurgischen Kupfertafeln (Tab. 438—448) beschriebenen Falle von wahren Knochencysten ist die in vorliegender Dissertation mitgetheilte die einzige genauer beschriebene Beobachtung. Das von zahlreichen Cysten durchsetzte Skelet wurde von Dr. Gassner aus Mainz der Giessener pathologisch-anatomischen Sammlung geschenkt. Die genaue Schilderung ist folgende:

Das Skelet stammt von einer 55jährigen Patientin, die bis zu ihrem 47sten Jahre vollkommen gesund gewesen war, 9 normal verlaufende Geburten und 2 Aborte überstanden hatte. Nach der letzten Entbindung in ihrem 42sten Jahre magerte die Kranke auffallend ab, es traten allmählig Schmerzen in den einzelnen Körpertheilen auf, die sich auf Druck steigerten, und zu denen sich im Laufe der Zeit eine Deformität des Thorax gesellte. Die Knochen wurden auffallend brüchig, so dass Pat. innerhalb 4 Monaten, ohne heftige Insulte zu erleiden, zuerst den linken Oberarm, dann den linken Ober- und rechten Vorderarm und zuletzt den rechten und linken Oberschenkel und den rechten Oberarm zerbrach. 2 Monate nach dem letzten Unglücksfalle starb sie an Pneumon. dextr., doppelseitigem pleuritischen Exsudate, Pericarditis und Hydrops anasarca.

Der in der letzten Zeit gelassene Urin enthielt viel phosphorsauren Kalk.

Die Obduction ergab in Bezug auf das Knochenleiden zahlreiche Cysten in fast allen Theilen des Skelets. Die meisten fanden sich in den Beckenknochen, nach diesen in den langen Röhrenknochen, in fast allen Wirbeln, im Schlüsselbein, Schulterblatt, Brustbein und den Rippen, wenige nur waren in den Knochen der Hände und der Füße. An den Gesichtsknochen fand sich nur eine und zwar im Proc. palatin. des Oberkiefers. Die kleinsten waren in der Wirbelsäule und hatten Linsengrösse, die grösste mit einem Durchmesser von 7 Cm. befand sich an der inneren Seite des linken Darmbeins. Die Cysten lagen nicht nur in den compacten und spongösen Knochen, sondern auch in der Marksubstanz, wenn auch in letzterer weniger zahlreich.

Den Bau der Cysten anlangend, so sind die kleineren meist uniloculär, die grösseren fast alle multiloculär, jedoch sieht man deutlich, dass letztere aus der Verschmelzung dicht nebeneinander liegender kleinerer entstanden sind. Die grösseren Cysten sind alle mit einer aus Bindegewebe bestehenden Membran ausgekleidet, in welcher sich zuweilen verknöcherte Stellen befinden. In mehreren Cysten

findet sich zwischen dieser Membran und dem benachbarten Knochen stellenweise eine dünne, breiige Masse, bestehend aus zerfallenem Blut, Pigmentschollen und Detritusmassen, welche durch die Membran röthlich durchschimmern. An anderen Stellen finden sich diese Ablagerungen auf der inneren Fläche der Membran. Die kleineren Cysten werden meist nur von unveränderter Knochensubstanz begrenzt.

Der Inhalt der Cysten besteht bald aus heller oder dunkler gefärbter seröser Flüssigkeit, bald aus einer breiigen Masse; zuweilen findet sich in einer Cyste beiderlei Inhalt. Die mikroskopische Untersuchung der festen Bestandtheile zeigte Faserstoff mit Resten von Blutkörperchen, Pigmentschollen und Hämatoïdinkrystalle; im flüssigen Inhalte waren nur Körnchen von Blutpigment. Die chemische Untersuchung wurde nicht gemacht. Während die Knochensubstanz an einzelnen Stellen durch die Cysten aufgetrieben ist, ist an anderen die Corticalsubstanz ganz durchbrochen, ohne dass indess das Periost verletzt wäre. Letzteres ist vielfach blutreich, verdickt, zuweilen schiefergrau, mit kleinen Blutextravasaten besetzt und mit der Cystenwand verwachsen. An den Rippen zeigte sich da, wo das Periost in der angegebenen Weise afficirt war, auch die Pleura costal. stärker injicirt und fester verwachsen. Die die Cysten umgebende Marksubstanz war ebenfalls fast immer geröthet und erweicht.

An vielen Knochen fanden sich ausserdem noch stark geröthete Stellen; die Knochensubstanz war hier biegsam, leicht zerbrechlich, zuweilen etwas aufgetrieben; das Periost blutreich und verdickt, die in der Umgebung gelegene Marksubstanz geröthet. Bei der mikroskopischen Untersuchung fanden sich hier erweiterte, vergrösserte und neugebildete Gefässe, die durch dünne Knochenbalken getrennt waren. Neben den Gefässen lagen noch Bindegewebsfasern. Die Knochenkörperchen waren nicht verändert. Andere Punkte des Skelets, besonders die Rippen, waren atrophisch, allein das Periost und die Knochensubstanz selbst waren unverändert.

Verkrümmungen einzelner Knochen, mit Ausnahme der Rippen, waren gar nicht vorhanden.

Die oben angeführten gerötheten Stellen des Knochens hält Verf. für die Entstehungsorte der Cysten und er fasst diesen Zustand als eine in multiplen Heerden auftretende Osteitis auf. Die Entstehung der Cysten denkt er sich analog der der apoplectischen Cysten im Gehirn, so dass es hier zu Gefässzerreissung und Blutextravasation gekommen sei, aus der sich dann die Cyste weiter entwickelte und vergrösserte, letzteres theils durch neu hinzutretende Blutungen, theils durch Ausschwitzungen von Seiten der Wandungen. Er stützt sich hierbei auf die Untersuchungen von Bruch und glaubt, dass der Inhalt der Cysten und der Umstand, dass die kleineren Cysten noch keine Membranen besäßen, für diese Annahme sprächen, indessen gibt er selbst zu, dass diese Auffassung eine gezwungene und nur aus der Unmöglichkeit einer anderen Erklärung entstanden sei.

Die Atrophie der einzelnen Knochen erklärt sich Verf. aus einem nothwendig vorhergegangenen Erweichungsprozess, lässt es aber unentschieden, ob nicht einzelne atrophische Stellen durch Rückbildung von Cysten entstanden sein könnten.

In Bezug auf die Aetiologie des Leidens, dessen Beginn Verf. mit dem ersten Auftreten des Schmerzes und der Abmagerung der Pat. zusammenfallen lässt, wagt

er nicht zu entscheiden, ob die Entbindung die Veranlassung gewesen sei, und er hofft hierüber aus der Beobachtung weiterer Fälle Aufschluss.

Verf. glaubt ferner, dass die Diagnose einer solchen Krankheit im Leben nicht mit Sicherheit gestellt werden könne, indem ihre Symptome in Vielem mit denen der Osteomalacie übereinstimmen.

Ueber Prognose und Therapie kann Verf. nichts Bestimmtes sagen, glaubt aber, dass erstere schon wegen der leicht erfolgenden Fracturen keine günstige sei und letztere erfolglos sein würde, da sich eine Rückkehr eines so sehr veränderten Knochens zum normalen nicht denken lasse.

Mosler.

2.

Dillner, Ueber die Wirkungen des Blitzes auf den menschlichen Körper. Leipziger Inaugural-Dissertation. 40 S. 1865. 8°.

Die bisherigen Erfahrungen über die Wirkung des Blitzes auf den menschlichen Körper, besonders insoweit Leichenöffnungen vorliegen, habe ich vor einigen Jahren versucht in diesem Archiv (1860. XX. 1863. XXVIII.) zusammenzustellen und zu sichten. In dem zweiten Aufsatz gab ich noch verschiedene literarische Nachweise. Mit grosser Freude kann ich nun anzeigen, dass Hr. Dr. Franz Ferdinand Dillner aus Dresden nicht nur die dort gegebenen Nachweise benutzt, sondern auch, durch Prof. Winter in Leipzig unterstützt, das bei der Redaction der Schmidt'schen Jahrbücher in reichster Fülle angesammelte Material durchsucht und ausgebeutet hat. Aber mit diesem Sammlerverdienste hat Dr. Dillner noch ein weiteres verbunden, indem er, unterstützt von dem Prof. Hankel, auch den physikalischen Theil des Problems gefördert hat und mit gesunder Kritik den mancherlei phantastischen Ansichten entgegengetreten ist, welche noch immer an das so gewaltig auf das Gemüth einwirkende Ereigniss sich anheften. Möge es dem Verf. gefallen, seiner Dissertation durch Mittheilung ihres wesentlichen Inhaltes in einer Zeitschrift grössere Publicität zu verleihen!

Stricker.