

junger Kinder. Die compacte Substanz bildet eine papierdünne, durchscheinende Schaale, die Spongiosa enthält nur spärliche Bälkchen; ihre Maschen sind mit einer dünnen, schmierigen, bräunlichrothen Flüssigkeit gefüllt.

Querschnitte der dünnen Schaale (die spärliche innere Knochensubstanz zerkrümelte unter dem Versuche) mit Salzsäure aufgehellt, zeigten keine Abweichung vom Normalen. Knochenkörperchen von dem gewöhnlichen Aussehen waren zahlreich vorhanden. Die Haversischen Kanäle waren weit, erschienen hin und wieder ausgebuchtet und liessen eine streifige, ziemlich dicke Membran erkennen, von Fetttropfen und Fettkörnchenhaufen durchsetzt. Das erwähnte dünnflüssige Mark enthielt neben den Blutkörperchen nur dichtgedrängte Fetttropfen.

Die übrigen Knochen waren von dieser Veränderung nicht oder doch nicht in einem entfernt gleichen Grade ergriffen. Die Röhrenknochen der Extremitäten, die Fingerphalangen brachen trotz angewandeter grösserer Gewalt nicht. Der Körper war wohlgenährt. Wenn ich irgend einen ätiologischen Zusammenhang namhaft machen wollte, so würde ich auf die bekannte ausserordentlich geringe Respirationsthätigkeit vieler Geisteskranken hinweisen.

Der Fall erschien mir besonders deshalb der Veröffentlichung werth, weil man in England in jüngster Zeit in Folge einer grösseren Zahl von Rippenbrüchen in dortigen Irrenanstalten auf die fragile Beschaffenheit der Rippen mancher Geisteskranken besonders aufmerksam geworden ist. Ich müsste mich sehr irren, wenn nicht die Discussion über die Rippenbrüche bei Geisteskranken sehr bald zu denselben Differenzen, wie die Frage des Othämatoms, führte. Um Missverständnissen vorzubeugen, bemerke ich noch, dass in dem beschriebenen Falle keine Rippe während des Lebens gebrochen war.

8.

Ueber traumatische Reflexlähmungen.

Von Dr. Bumke, zur Zeit in Lingen.

Nach Schusswunden eintretende Lähmungen, welche an einem entfernten und mit dem verletzten Gliede in gar keinem Connex stehenden Gliede dauernd sich einstellen, sogenannte traumatische Reflexlähmungen, werden noch heute von vielen Seiten angezweifelt, trotzdem die Amerikaner unter einer grossen Zahl von Nerven-schussverletzungen sieben ¹⁾ Fälle als Reflexlähmungen genau charakterisirt haben. Die künstlichen Hypothesen, vermittelst welcher man die Annahme von traumatischen Reflexlähmungen plausibel zu machen suchte, haben wohl nicht am wenigsten dazu beigetragen, diese in Verruf zu bringen. Die vorurtheilslose Prüfung jener sieben Fälle scheint jedoch die Annahme von Reflexlähmungen durchaus nothwendig zu machen.

Als neue casuistische Beiträge zur Literatur jener Lähmungen referire ich

¹⁾ S. Fischer's Kriegschirurgie S. 143.

über zwei Fälle, von denen der letztere ausserdem merkwürdig ist durch das Auftreten von Reflexkrämpfen.

I.

Abschrift des im Feldlazarett geführten Journals.

„Nagel, 31 Jahre alt, 16. August 1870 verwundet.

18. Aug. Penetirende Lungenschusswunde. R. Kugel durchgegangen. E. Ö. hinten. A. Ö. vorne.

Hämoptoë bei der Aufnahme gering. Hämoptysis in den ersten Tagen. Später schleimig-eitrige Sputa. R. Pleuritis bis zur Höhe der V. Rippe.

Dyspnoe mässig. Wunden secerniren vielen guten Eiter. Die Oeffnung in den Pleuren geschlossen. Dr. M.

19. Aug. Pat. befindet sich den Umständen nach gut. Vordere Oeffnung ergiesst verhältnissmässig guten aber viel Eiter — mit Luft.

10. Sept. Vordere Oeffnung beginnt sich zu schliessen, daher die Seiten stark excavirt. Einpinzelung mit Tinctura Jodi.

20. Sept. Pat. befindet sich wohl. Excavation schwindet. Ebenso Dämpfung.

30. Sept. Dasselbe.

5. Oct. Kann evacuirt werden.“ Dr. W.

Den 9. October wird Pat. in das Reservelazareth No. III zu Hannover aufgenommen. Das Journal, welches ich geführt, lautet mit Weglassung des Unwichtigen, folgendermaassen:

11. Oct. „Pat. befindet sich im Zustande der Erschöpfung. Körper abgemagert. Kein Fieber, Appetit normal.

Einen Zoll über der rechten Brustwarze eine eingezogene Narbe. A. Ö.

Zwei Zoll nach aussen vom Angulus scapulae zwischen 8. und 9. Rippe linsengrosse guten Eiter secernirende Wundöffnung. (E. Ö.)

R. Dämpfung von der Mitte der Scapula an, vorne von der 5. Rippe beginnend.

Abgeschwächtes Athmen, Schmerz in der rechten Seite.

Rechte Scapula steht flügel förmig ab. Die Contouren der Muskeln des Schulterblattes treten rechts weniger deutlich hervor als links. Das Kraftgefühl ist im rechten Arm bedeutend herabgesetzt; eine Abnahme in der Circumferenz des rechten Ober- und Unterarmes im Verhältniss zum linken Arme nicht nachweisbar.

Die rechte Hand auf der Volar- und Dorsalseite weniger fleischig als die linke. Die Sehnen treten deutlicher hervor. Musc. adductor pollicis sowie die Muskeln des Daumen- und Kleinfingerballens hochgradig atrophisch. Vierter und fünfter Finger im Zustande der Contractur. Dieselbe kann passiv aufgehoben werden, activ nur zum kleineren Theile. Die atrophischen Muskeln des Daumens functioniren; ohne Function die des kleinen Fingers.

Die Sensibilität ist im Verlauf des 5. Fingers herabgesetzt, nirgends aufgehoben. Der Inductionsstrom bringt sämtliche Muskel mit Ausnahme der Muskeln des Kleinfingerballens und der Extensoren des 4. und 5. Fingers zur Contraction.

In Bezug auf das Datum der Entstehung dieses Leidens gibt Pat. auf das Bestimmteste an, dass er die Contractur sogleich (und nicht früher oder später), als er von der Betäubung, welche der Verwundung gefolgt ist, sich erholt, bemerkt habe.“

Ich breche hier die Krankheitsgeschichte ab und referire nur noch, dass unter Ausstossung kleinerer Sequester die noch offenen Wunden der Vernarbung entgegen gehen, dass die Constitution sich bedeutend gehoben, dass dagegen Parese und Atrophie noch in vollem Umfange trotz anhaltender electricischer Behandlung besteht. —

Die erste Frage, die sich bei Erörterung des vorgetragenen Falles aufdrängt, ist die: „Steht die Lähmung und die Verwundung in unmittelbarem Causalnexus? Ist die Lähmung vielleicht schon früher vorhanden gewesen? Oder ist dieselbe Lähmung vielleicht eine später aufgetretene von der Verwundung unabhängige Complication.“ Die Angaben des Pat. in Bezug auf das Datum der Entstehung sind so bestimmt, dass an der Coincidenz nicht zu zweifeln ist. Freilich ist in dem Journal des Feldlazarets nichts in Bezug auf die Lähmung verzeichnet; doch wird man wohl nicht fehl gehen anzunehmen, dass man gegenüber den Gefahren der penetrirenden Brustwunde die Lähmung ausser Acht liess. Für den Causalnexus spricht ferner, dass Verwundung und Lähmung derselben Körperhälfte angehören. Doch welcher Art ist dieser Causalnexus?

Die Annahme, dass möglicherweise die Kugel den Plexus brachialis direct verletzt, darf mit Rücksicht auf die Lage der A. Ö. und E. Ö. ausser Acht gelassen werden. Dass die durch Geschoss hervorgerufene Erschütterung des Thorax eine solche des Plexus bedingt habe, hat ebenfalls wenig Wahrscheinlichkeit für sich. Vielleicht könnte man jedoch eine Verletzung des Plexus brachialis in der Weise statuiren, dass man dieselbe ableitete von einem Falle, der der Verwundung unmittelbar gefolgt sei. Abgesehen jedoch von der Seltenheit solcher Verletzung, spricht dagegen das bestimmt abgegebene Referat des Pat., welcher behauptet, auf weichen Leimboden gefallen zu sein und von einer Blutunterlaufung am Halse oder Arm nichts constatirt hat.

Mit Rücksicht auf die angegebenen Thatsachen bleibt wohl nichts Anderes übrig, als den besprochenen Fall der Krankheitsgruppe der Reflexlähmungen unterzuordnen. Dass mit dem Namen „Reflexlähmung“ nicht das Geringste beigetragen wird zur Genese dieser Lähmungen, versteht sich von selbst.

II.

Körper, ? Jahre alt, den 18. August verwundet. E. Ö. in der Verlängerung des oberen Randes der Patella $\frac{1}{2}$ Zoll nach aussen vom äusseren Rande der Knie-scheibe am rechten Oberschenkel. A. Ö. in der Mitte der Kniekehle 1 Zoll oberhalb des Capit. fibulae. Lochfractur. Ausfluss von Synovia nicht zu constatiren.

In Folge der Anstrengungen des Transportes tritt eine Verschlimmerung ein. Bei der Aufnahme in's hiesige Lazarett (24. August) ist das Kniegelenk deutlich geschwollen, heiss, schmerzhaft, in mässiger Contractur befindlich. Der 4. und 5. Finger der rechten Körperseite im Zustande der Contractur, die passiv ganz, activ nur theilweise überwunden werden kann. Diese Contractur bleibt 6 Wochen bestehen und sistirt dann ohne jede Behandlung. Das Kniegelenk wurde bis zu fast völliger Extension gestreckt, ein Gypsverband angelegt, Fenster eingeschnitten und die Eisblase aufgelegt. Bei der ersten Erneuerung des Gypsverbandes ergab sich, dass der Fuss in der Stellung des Pes varus sich befand. Die Kniegelenksentzündung hielt sich in mässiger Höhe, schwand nach 5 Wochen völlig. In der 11. Woche

waren beide Wunden geschlossen. Das Kniegelenk in der Circumferenz 1 Zoll stärker als das der gesunden Seite. Die Pes-varusstellung noch deutlicher, wie früher.

In der 15. Woche versuchte Patient ein wenig auf einem daneben stehenden Stuhle zu sitzen. Wie früher, wenn das Bein kalt wurde, begann es zu zittern. Diesmal wurde das Zittern immer stärker, es traten klonische Krämpfe zuerst der rechten Körperseite, dann auch der linken ein. Dieser Anfall wiederholte sich jedesmal, wenn der Kranke den Versuch machte aufzustehen (im Ganzen 6 Male). Den letzten Anfall provocirte ich selbst. Es wurden alle Körpermuskeln von klonischen Krämpfen erfaßt, am meisten die Muskeln der rechten Hals- und Nackenseite. Die Augen schlossen sich während des Anfalles, öffneten sich bei Anruf; das Sensorium blieb frei. Der Anfall dauerte $1\frac{1}{4}$ Stunde. Die Temperatur des in Schweiss gebadeten Körpers betrug $38,8^{\circ}$.

Obiger Fall ist wohl unzweifelhaft als ein Reflexkrampf zu fassen, der seinen Ausgangspunkt in einer Verletzung des Nervus peroneus genommen.

9.

Medicinisch-naturwissenschaftlicher Nekrolog des Jahres 1870.

Zusammengestellt von Dr. Wilhelm Stricker,

pract. Ärzte in Frankfurt a. M.

Januar.

1. Düsseldorf. Geh. Med.-Rath Dr. Karl Heinrich Ebermaier, geb. 1802 zu Rheda, 1827 Kreisphysicus in Düsseldorf, 1843 Reg.-Med.-Rath. (Callisen V. 503. XXVII. 410.)
6. Ansbach. Dr. Heidenschreider, der „Herriedener Wetterprophet“, geb. 1826.
12. Braunschweig. Med.-Rath Dr. Friedr. Jul. Otto, Prof. der Chemie am Collegium Carolinum, geb. 1809 zu Grossenhain in Sachsen. (Poggendorff, biographisch-lit. Handwörterbuch.)
13. München. Prof. Dr. Lindwurm, Director des Allg. Krankenhauses.
13. Schnepfenthal. Othmar Harald Lenz, Salzmann's Enkel, geb. 1799, Dr. med. Halensis 1820, Zoolog. (Callisen XXX. 5. Engelm. bibl. Zool.)
25. Göttingen. Dr. W. Keferstein, Prof. der Zoologie und Zootomie, geb. 1833 zu Winsen an der Lube. (Engelm. biblioth. zoolog. Zeitschrift: der Zoologische Garten 1870, S. 132. Pogg.)

Februar.

3. Paris. Jean Leveillé, geb. 1796 im Nièvre-Dép., Arzt und Botaniker. (Bot. Ztg. No. 17.)
7. London. John Richard Bright, Dr. med. Edinb. 1813, Leibarzt der Königin seit 1837, 87 Jahre alt. (Call. III. 171. XXVI. 447.)
10. Bonn. Georg Wilhelm Stein (der jüngere), geb. 1773 zu Cassel, Dr. Marburg. 1797, Prof. der Geburtshilfe in Marburg 1803, in Bonn 1819. (Call. XVIII. 243. XXXII. 424.)