

**XVIII.**

**Bericht über die klinisch-medizinische Abtheilung des  
Zürcher Krankenhauses in den Jahren 1855 und 1856.**

Von Professor Dr. Lebert.

(Fortsetzung von S. 186.)

---

**III. Krankheiten der Digestionsorgane.**

Diese waren in beiden Jahren auch verhältnissmässig stark vertreten, 230 im Ganzen, aber überwiegend im letzteren, nämlich 135. Die Ungleichheit in Bezug auf beide Geschlechter, welche wir bei Krankheiten der Respirationsorgane constatirt haben, fällt hier ganz weg. Auf die 230 Fälle nämlich kommen 112 Männer und 118 Frauen.

Von 15 Fällen von Angina kommen 10 auf Männer und 5 auf Frauen; hier habe ich immer mehr die Wichtigkeit der Unterscheidung der catarrhalischen und der phlegmonösen Entzündung kennen gelernt. Während erstere mehr in der Schleimhaut ihren Sitz hat und von allgemeinen catarrhalischen Erscheinungen und verhältnissmässig geringem Fieber begleitet ist, hat letztere mehr ihren Sitz in der eigentlichen Drüsensubstanz und dem sie umgebenden Zell- oder Balkengewebe und alle Erscheinungen haben den mehr rein inflammatorischen Charakter. Die Therapie beider ist demgemäss auch sehr verschieden. Während wir die catarrhalische Form oft sehr schnell durch Aetzen der befallenen Theile mit Argentum nitricum und ausleerende Mittel heilen, fordert letztere selbst wiederholte örtliche Blutentziehungen, Cataplasmen um den Hals, erst erweichende, reizmildernde und später adstringirende Gargarismen, Infusum Salviae mit Alaun etc. und wiederholte Abführmittel.

Von Cardialgie kamen 19 Fälle vor, 2 bei Männern und 17 bei Frauen, was besonders darin seinen Grund hat, dass sehr häufig bei uns die reine Cardialgie mit Hysterie oder mit Chlorose verbunden, oder auch mit beiden zugleich vorkommt. Die meisten Patientinnen waren schlecht genährte Fabrikarbeiterinnen. Von jenen 19 wurden 8 geheilt, 6 gebessert, 4 ins Roesslibad geschickt und 1 auf dieses Jahr übertragen. Die Behandlung bestand in besonders sorgfältiger diätetischer Pflege, Bismuthum nitricum, dreimal täglich 5 Gran mit  $\frac{1}{2}$  Gr. Morphiun acet., Puly. aerophorus, Selterwasser, dann später Amara, besonders Quassia und zuletzt, bei progressiv besserer Kost, Eisenpräparate. In hartnäckigen Fällen haben grosse Blasenpflaster auf die Magengegend öfters sehr gute Dienste geleistet. In der Mehrzahl der Fälle war übrigens die Cardialgie mit Magencatarrh verbunden, nur ausnahmsweise bestand rein entzündliche Gastritis, welche antiphlogistisch und mit strenger Diät behandelt wurde. Ein einziges Mal war die Cardialgie rein neuralgisch und wurde durch Opium, täglich 3mal einen halben Gran, geheilt.

Von reinem Magencatarrh, ohne Neuralgie, mit dyspeptischen Erscheinungen kamen im letzten Jahre 19 Fälle, 9 bei Männern und 10 bei Frauen vor, von diesen wurden 15 geheilt und 4 gebessert entlassen. Die Behandlung war übrigens der bei Cardialgie ähnlich, nur wurden alle Narcotica vermieden. Neben Wismuth und Brausepulvern wurden Alkalien in grösserer Dose und viel früher, sowie viel andauernder Amara und Tonica in Anwendung gebracht. Solche Kranke bekommen aber leicht Recidive, wenn sie in ihre früheren Lebensverhältnisse zurückkehren. Gar oft habe ich in der Klinik darauf aufmerksam gemacht, dass die drei Hauptelemente der nicht ulcerösen und carcinomatösen chronischen Magenaffectionen: Circulations-, Innervations- und Secretions-Störungen, in der mannigfachsten Art mit einander verbunden vorkommen und daher eine scharfe Grenze zwischen Catarrh, Entzündung und Neurose des Magens nicht zu ziehen sei, im Gegentheil jedes der drei Elemente leicht die beiden anderen zur Entwicklung bringe.

Vom chronischen Magengeschwür kamen 14 Fälle vor, 8 bei Männern, 6 bei Frauen. Von diesen verliefen 3 tödtlich, 9 wurden

geheilt, 1 gebessert und 1 ungeheilt entlassen. Immer mehr neige ich mich zu der Ansicht hin, dass, die follikularen Erosionen und Geschwüre abgerechnet, das chronische Geschwür nicht ein Ausgang von Entzündung, sondern vielmehr schorfartiger Necrose sei, wobei gewöhnlich Kreislaufsstörungen, Thrombose, vielleicht zuweilen Embolie einzelner Arterienabschnitte mit im Spiele war. Ich hatte seit zwei Jahren bereits diese Ansicht vorgetragen und habe ich mich sehr gefreut, zu sehen, dass Virchow, gewiss ganz unabhängig, zu ähnlichen Ansichten gekommen war. Bei den Meisten bestand sehr copiöses Blutbrechen und zwei weibliche Patienten kamen ganz erschöpft ins Spital. Durch Eis, strenge Diät und innerlichen Gebrauch von Argentum nitricum mit kleinen Dosen Opium wurde die unmittelbare Gefahr beseitigt, Argentum nitricum mit Opium oder Bismuthum nitricum mit kleinen Dosen Morphium wurde noch einige Zeit fortgesetzt, mit der Ernährung allmälig gestiegen und zuletzt Eisen zur Nachkur gegen die zurückbleibende Anämie verordnet.

Von den 3 tödlich verlaufenen Fällen war der eine dadurch merkwürdig, dass während des langen Aufenthalts im Spital besonders die Zeichen chronischer Peritonitis vom Epigastrium nach unten und rechts vorherrschten; der Tod trat durch eine Darmblutung ohne vorheriges Blutbrechen ein. Bei der Obduction fanden wir ein tiefes Geschwür mit Leber und Pancreas verwachsen und eine Arterie des letzteren angefressen.

Ein Patient wurde sterbend ins Spital gebracht und bei der Leichenöffnung fand man eine tödliche Peritonitis in Folge von Perforation eines runden Magengeschwürs, welches in der Mitte der vorderen Magenwand sass; die Oeffnung der Perforation hatte 12 Millimeter Durchmesser und nahm den ganzen Grund des Geschwürs ein; die Wände rings herum waren verdickt.

Viel complicirter sind die Verhältnisse in dem folgenden Falle: Zeichen einer perforativen Peritonitis; Tod. Allgemeine Peritonitis, abgesackter Eiterheerd im kleinen Becken, anderer Abscess zwischen Magen und Diaphragma, ebenfalls abgesackt, mit einem Magengeschwür communicirend.

Ein 27jähriger Zimmermann war bis zum 15. October 1856 angeblich ganz gesund. Gegen Mittag dieses Tages traten plötzlich heftige Schmerzen im Abdomen

mit Brechreiz ein. Bis zum 18ten waren die Schmerzen heftig, aber erst an diesem Tage trat Erbrechen ein; an den vorhergehenden Tagen hatte der Kranke diarrhoischen Stuhlgang täglich gehabt. Bei seinem Eintritt am 18. October ist der Puls mässig voll, 96; Abdomen ziemlich gespannt, unter dem Nabel ein etwas gedämpfter Ton, über die ganze Unterbauchgegend verbreitet; Abdomen auf Druck schmerhaft, Haut mässig kühl, keine Decomposition der Züge, Athem beengt, Zunge beglegt, vollkommene Anurie, zeitweise Exacerbation der Schmerzen, Harn sauer, spec. Gewicht 15; kein Eiweiss; eigentlich gelbe Gesichtsfarbe bei stark gerötheten Wangen (Aderlass von 16 Unzen, 20 Blutegel auf die Unterbauchgegend; narcotische Cataplasmen, Einreibungen mit grauer Salbe, Emulso opia). In den folgenden Tagen dauern, nach einer nur vorübergehenden Erleichterung die peritonitischen Erscheinungen, Schmerz, Aufgetriebenheit etc. fort, jedoch kein Erbrechen mehr und täglich mehre Male diarrhoischer Stuhl, die Gesichtszüge zeigen eine tiefe Alteration; Opium in grösseren Dosen, 2stündlich  $\frac{1}{2}$ —1 Gran, bewirkt nur wenig Erleichterung und am 25. October tritt der tödtliche Ausgang ein.

#### Leichenöffnung 18 Stunden nach dem Tode.

Meningen und Gehirn nicht besonders blutreich, leichtes Oedem unter der Arachnoidea, in den Ventrakeln wenig Erguss. Der Darmkanal ist durch Luft bedeutend ausgedehnt und an der Oberfläche stark injicirt; zahlreiche zellgeweibige Adhäsionen zwischen Peritoneum parietale und viscerale; wenig flüssiges Exsudat; Pseudomembranen und Ecchymosen an verschiedenen Stellen. Hinter den Därmen liegt im kleinen Becken ein grosser abgekapselfter Abscess, welcher 18—20 Unzen eines jauchigen grünlichen Eiters enthält; die einkapselnde Membran hat über 2 Millimeter Dicke. In der Gegend der Cardia findet sich ein zweiter ebenfalls abgesackter Abscess, zwischen Magen und Zwerchfell, von der Grösse einer Orange und communicirt durch eine 3 Millimeter im Durchmesser haltende Oeffnung mit dem Magen und zwar mit dem Grunde eines in demselben sitzenden Geschwürs von 4 Centim. Länge auf  $2\frac{1}{2}$  Centim. Breite, in der Mitte zwischen Cardia und Pylorus an der kleinen Curvatur sitzend; auf dem Grunde desselben finden sich feine Gefässverzweigungen, sonst scheint es vernarbt. Nach aussen sind an der Stelle der Verlöthung, um die ahnorme Oeffnung herum, pseudomembranöse Adhärenzen. Die Schleimhaut des Magens ist besonders in dem grossen Blindsacke verdickt, ihre Oberfläche ist hier höckerig und ungleich. Im Grunde des Geschwürs sind Muscularis und Cellularis verdickt, und erstere ringsherum in grösserer Ausdehnung. Um das Geschwür herum ist die Schleimhaut erweicht, leicht verdickt, von dunkelrother Färbung. Unterhalb des Pylorus, im Duodenum, ist ebenfalls ein Geschwür von  $1\frac{1}{2}$  Centim. Durchmesser, mit stellenweise abgelösten Rändern und grauröthlichem Grunde. Der linke Theil der Leber ist mit dem Abscess, besonders am Rande desselben, verwachsen und bildet besonders den einkapselnden Rand; sonst ist die Leber gesund, ebenso Milz und Nieren. Venöse Hyperämie stellenweise abgerechnet, ist der Dünndarm überall normal. Der Dickdarm aber ist der Sitz einer ausgedehnten diphtherischen Entzündung. Bald hinter dem Coecum beginnend, finden sich bis ins Rectum zahlreiche isolirte diphtherische Entzündungsheerde, welche grosse und unregelmässige Strecken einnehmen und von schein-

bar normaler Schleimhaut umgeben sind. An diesen Stellen ist die Färbung an den Rändern eine dunkel-violette, auf der Höhe derselben eine graugelbliche mit Erweichung und in das Gewebe der Schleimhaut eingelagertem diphtheritischen, feinkörnigem, sonst amorphem Exsudate. Nirgend sind Pseudomembranen, noch Geschwüre, welche, wenn der Kranke gelebt hatte, sich wohl bald entwickelt haben würden. Herz und Lungen normal.

Von Magenkrebss kamen 6 Fälle vor, alle tödtlich; auch von diesen nehme ich nur wenige auf, dehn da die Krankheit durchaus unheilbar ist, und ich besonders gern solche, für welche ärztliche Hilfe erfolgreich sein kann, annehme, kommen trotz der grossen Häufigkeit des Magenkrebsses nur wenige in meine Abtheilung. Unter diesen zeichnete sich einer, bei einem 36jährigen Manne, durch seinen latenten Verlauf aus. Die Erscheinungen waren die des gewöhnlichen Magenkrebsses, nur mit mehr Schmerzen und Anorexie und schnellem Sinken der Kräfte. Erst ganz gegen das Ende hin trat Erbrechen ein und zeigte sich die Leber vergrössert und höckerig. Bei der Obduction fand sich ausser dem Carcinom der Pars splenica die Milz, die Leber und das Pancreas entartet.

Bei einer 34jährigen Frau bestand ebenfalls ein Carcinoma des Fundus ventriculi, der vorderen und hinteren Wand, die Geschwulst, fast von der Grösse beider Fäuste, lag im linken Hypochondrium und glich fast einer Milzgeschwulst, indessen bestanden sonstige Zeichen des Magenkrebsses. Bei der Leichenöffnung fanden wir die grosse Krebsmasse ganz in einem Zustande gangränöser Zersetzung. Vielleicht werde ich bei einer anderen Gelegenheit einmal die sehr ausführlich abgefasste Krankengeschichte bekannt machen.

Eine andere merkwürdige Form des Magencarcinoms bot ein im Jahre 1855 beobachteter Fall dar, in welchem scheinbar nur die Hämte sehr hypertrophisch schienen, aber bei der mikroskopischen Untersuchung die sehr verdickte Tunica peritonealis allgemein mit Krebsmasse und Zellen infiltrirt war, welche auch in Krebsknoten der äusseren Oberfläche und der Lymphdrüsen sich fanden. Ich habe bereits mehrmals diese sonderbare Form des Magencarcinoms gesehen.

Interessant ist der Unterschied beider Jahre in Bezug auf Darmcatarrhe. Während in dem Cholerajahr 1855 im Ganzen 55

Fälle auf beide Geschlechter ziemlich gleichmässig vertheilt vorkommen, haben wir nur 10 in diesem Jahre, drei von Gastrointestinalcatarrh nicht mit eingerechnet. Wir haben im Allgemeinen die therapeutische Bemerkung gemacht, dass beim gewöhnlichen Darmcatarrh mit Diarrhoe Opium mehr palliativ und symptomatisch wirkt, während Argentum nitricum eine mehr andauernd heilende Wirkung zeigt. Stürmische, sehr zahlreiche und schwächende Ausleerungen werden daher am besten mit Opium behandelt, oder auch mit Verbindung beider Mittel, während Argentum nitricum weitaus das beste und sicherste Mittel ist und auch nicht die Nachtheile des Opiums, leichte Narcose und Verlangsamung der Verdauung zeigt. Ich wende vom Argentum nitricum gewöhnlich nur täglich 2—4 halbgranige Pillen und in intenserden Fällen auch kleine Clysmata mit 3—4 Gran des Silbersalzes an. In hartnäckigen Fällen leisten mir auch grosse Blasenpflaster auf verschiedenen Punkten des Abdomens gute Dienste. In einem tödtlich verlaufenen Falle von Gastroenteritis hatte ich wieder einmal die seltene Gelegenheit, eine protrahierte Schleimhautentzündung des Magens, des Dünndarms anatomisch zu untersuchen. Eine tödtliche Gastroenteritis ist für uns eine gar seltene Erscheinung und habe ich nie begriffen, wie Broussais diese Krankheit überall erblicken konnte. Bei Kindern ist sie freilich häufiger als bei Erwachsenen, indessen hat bekanntlich Broussais seine Doctrinen besonders in Militärspitälern erfunden.

Von Dysenterie kamen auch nur im Jahre 1855 6 Fälle im Spitale zur Beobachtung und gehört dieselbe in Zürich zu den seltenen Krankheiten. Sonst war 1855 ein Ruhrjahr für die Schweiz und die Berner Epidemie war verderblicher als irgendwo die Cholera in der Schweiz. Von unseren 6 starb einer an chronischer Ruhr, welche bereits seit drei Vierteljahren gedauert hatte, in den Stühlen fand sich zeitenweis fast reiner Eiter. Bei der Leichenöffnung fanden wir im Dickdarm viele Geschwüre, die Schleimhaut im Umfange erweicht und viele follikelartige polypöse Excreszenzen. Unsere Behandlung bestand in der Anwendung der ausleerenden Methode; zuerst wurde ein Brechmittel und dann ein salinisches Laxans gereicht und nach Umständen wiederholt; in hartnäckigen

Fällen mit Ulcerationen wurden neben Argentum nitricum, Opium, Plumbum aceticum angewendet. Früher hatte ich viel Gelegenheit gehabt, die Ruhr zu beobachten, und da sie bei uns so selten vorkommt, kann ich nicht umhin, die Leser dieses Jahresberichts auf die vortreffliche, durch und durch naturgetreue und sehr practisch gehaltene Monographie über Ruhr von Professor Vogt aus Bern aufmerksam zu machen.

Ein Fall von Ileus durch innere Incarceration verlief tödtlich. Der Kranke hatte Zeichen eines eingeklemmten Bruches gehabt, man hatte reducirt, aber den eingeklemmten Bruch mit dem Bruchsacke. Meine Diagnose bei dem bereits in vorgerückter Krankheit aufgenommenen war Peritonitis durch Einklemmung des Bruches durch den Bruchsackhals und Entzündung des Bruchsackes, was leider nur durch die Leichenöffnung bestätigt werden konnte, da eine Operation unmöglich war.

Von Krankheiten des Rectum kamen Krebs und Hämorrhoiden vor, boten jedoch nichts Besonderes dar. Bei einer 73jährigen Frau haben wir einen gleichzeitigen Prolapsus uteri et ani und zwar letzteren durch Invagination des Rectum beobachtet; die Reduction war leicht, aber ohne nachhaltigen Nutzen, durch anhaltende Anwendung von Eis wurde der Vorfall des Rectum einigermaassen gebessert.

Von einfachem Icterus haben wir 18 Fälle behandelt, von denen in 4 deutliche Zeichen der Gallenstauung, einer besonders hartnäckig, sich zeigten. Wegen eingetretener entzündlicher Reizung wurde eine Application von Schröpfköpfen nöthig. Ich habe die Gelegenheit benutzt, um dieses Blut chemisch untersuchen zu lassen; Professor Staedeler fand in demselben verhältnissmässig viel Leucin und Chromogen. Dass beim einfachen Icterus vielmehr eine Perturbation in der Gallenbildung durch die Leber, als eigentliche Retention und Stauung der Galle oder Resorption derselben stattfinde, wird mir immer wahrscheinlicher. Bei einem am 14ten Tage eines einfachen Icterus an der Cholera Gestorbenen fanden wir alle Ausführungsgänge vollkommen frei, die Leber, intenser gelb gefärbt als im Normalzustande, enthielt sehr wenig Galle.

Was die Fälle von Colica hepatica betrifft, so habe ich be-

reits öfters durchaus keine Steine in den Excrementen gefunden und es wird immer wahrscheinlicher, dass gewiss nicht jede Colica hepatica eine calculosa sei und neuralgische Anfälle hier vorkommen können. Bäder, Cataplasmen und Opium sind auch ohnehin hier die am schnellsten beruhigenden Mittel. Beim gewöhnlichen Icterus wende ich gewöhnlich eine leicht abführende Behandlung durch Pillen von Aloë und Rheum an. Gegen Gallenstauung durch Obstruction habe ich noch kein Mittel erfolgreich gefunden. Weder die Durande'sche Mischung von Aether und Terpenthinöl, noch die Alkalien haben bestimmte Erfolge gezeigt, so dass ich mich am Ende auf ein rein symptomatisches Verfahren, mit passender diätetischer Pflege, beschränkt habe.

Die Lebercirrhose ist in Zürich auffallend selten. In den 4 Jahren habe ich 1855 zuerst und allein einen Fall bei einem 48jährigen Manne beobachtet. Im Leben konnte eine bedeutende, nicht tuberkulöse Verdickung des Epiploon, welche besonders nach jeder der mehrfachen Punctionen deutlicher hervortrat, an Peritonealtuberkulose denken lassen, jedoch fehlten die anderen Zeichen dieser Krankheit. Die Leichenöffnung zeigte übrigens die vollkommenen typischen Charaktere der Cirrhose.

Von grossem diagnostischen Interesse war der folgende Fall von eitriger Entzündung der Pfortader, welcher als Typhus ins Spital geschickt, im Leben so diagnosticirt worden war, wie später die Obduction die Verhältnisse wirklich nachwies.

**Typhoider Zustand, Schüttelfröste, Schmerzen in der Lebergegend, Tod nach 34 Tagen. — Eitige Entzündung der Pfortader und der Gallengänge. Anhäufung vieler Gallensteine in denselben.**

Eine 20jährige, schwächliche, in sehr ärmlichen Umständen lebende Fabrikarbeiterin wurde am 11. November 1856 von Frost, Kopfschmerzen und Müdigkeit befallen; hierauf stellten sich Fieber, Diarrhoe, grosse Schwäche mit unruhigen Nächten ein. Am 18. November trat sie ins Spital. Anfangs zeigte sie mehr einen typhoiden Zustand. Am 20. November tritt ein heftiger Schüttelfrost ein und von nun an entwickeln sich Schmerzen im rechten Hypochondrium, in welchem wir denn auch bald die Leber geschwollen, bis zur Höhe des Nabels ausgedehnt und schmerhaft finden; die Diarrhoe dauert fort, Schüttelfröste treten wieder von Zeit zu Zeit auf, Pat. wird leicht icterisch, der Puls bleibt beschleunigt und klein, 116—120 in der Minute; sie magert schnell ab, verfällt in einen soporösen Zustand und stirbt am 15. December, 34 Tage nach dem Beginne der Krankheit.

Aufgang wurden Blutegel und Einreibungen mit grauer Salbe auf die Lebergegend verordnet, später bei zunehmendem Collapsus Tonica und Excitantia. Kein Mittel hatte auch nur den geringsten Einfluss auf den Verlauf. Ich werde übrigens die ausführliche Krankengeschichte anderweitig bekannt machen.

Die 17 Stunden nach dem Tode vorgenommene Leichenöffnung zeigt die Leber als fast alleinig erkrankt. Im Abdomen findet sich ein halbes Maass einer citronengelben Flüssigkeit. Nach oben ist die Leber ganz mit dem Zwerchfelle verwachsen und man eröffnet beim Trennen mehrere Abscesse. Die Gestalt des Organs ist fast pyramidal, Breite 22 Centimeter, Höhe im rechten Lappen 23, im linken 15 Centimeter, grösste Dicke im rechten Lappen 10, im linken 6 Centimeter. Die ganze convexe Oberfläche, besonders nach dem Zwerchfell zu, ist von grösseren oder kleineren Abscessen durchsät. Im Zwischenraum der Eiterherde ist die Farbe der Leber braunroth, an vielen Stellen stark injicirt. Die Pfortader, in ihren grösseren Zweigen, bis in die feineren hinein, geöffnet, zeigt überall eine eitrig Entzündung, ihre Wände sind verdickt, die Innenhaut, grossenteils zerstört, ist mit Eiter, welcher blassgelb, leicht gallig tingirt ist, und mit Pseudomembranen bedeckt. An vielen Stellen führen die Pfortaderäste direct zu Leberabscessen. Die Leber- und Hohlvene ist gesund; die Gallengänge sehr ausgedehnt und voll steiniger Concretionen von der Dicke einer kleinen Federspule bis zu der des Fingers, welche sich verzweigt in die Aeste fortsetzen. An vielen Stellen sind diese Concretionen mehr breiig, oder auch mit flüssiger Galle oder mit Eiter gemischt. Die Gallengänge selbst sind vom Ductus hepaticus an durch die ganze Lebersubstanz entzündet, mit eitrigem Exsudate bedeckt, ihre Innenhaut ist zum Theil nekrotisch zerstört; viele münden ebenfalls in Abscesse. Von den steinartigen Concretionen konnten wir mehrere Unzen aus den Gallengängen herauspräpariren und die sehr zahlreichen und durch die ganze Lebersubstanz verbreiteten Abscesse schwankten zwischen der Grösse einer Erbse und der eines Apfels. Die Lebersubstanz selbst ist morsch, erweicht, gelbbraun, im Ganzen wenig blutreich, und zeigt an vielen Stellen die Leberzellen in granulöser Fettmetamorphose begriffen, zum Theil auch schon zu Körnchenhaufen zerfallen.

Unter den carcinomatösen Affectionen der Leber war besonders ein im Leben bereits diagnostizirter Krebs der Gallenblase interessant. Bei einem anderen durch die ganze Leber verbreiteten Krebs war die den Leberkrankheiten eigenthümliche hämorrhagische Tendenz so ausgesprochen, dass der Kranke an derselben zu Grunde ging, und es war unmöglich, durch die mannigfachsten Mittel das immer wieder aus Mund und Nasenhöhle aussickernde Blut zu stillen.

Die mehrfachen Fälle von Perityphlitis wurden durch örtliche Antiphlogose und in hartnäckigen Fällen durch Vesicantien bei anfänglich innerlich sedativer und später leicht abführender Behand-

lung geheilt; bei den meisten blieb noch eine Verhärtung in der Gegend des Coecums übrig, welche in einem Falle sich auf das Periost des Darmbeins fortzusetzen schien; in Eiterung habe ich die idiopathische Perityphlitis hier in Zürich nie übergehen sehen.

Peritonitis kam im Ganzen 13mal vor, ziemlich gleichmässig auf beide Geschlechter vertheilt; von diesen wurden nur 3 geheilt, und hier blieb der letzte Grund der Peritonitis zweifelhaft; bei den meisten anderen aber bestätigte sich die für mich immer allgemeiner werdende klinische Erfahrung, dass eine ausgedehnte idiopathische Peritonitis zu den seltenen Erscheinungen gehört; beim weiblichen Geschlecht geht sie nicht selten von den inneren Genitalien und den sie umgebenden Zellgewebstheilen aus; bei beiden Geschlechtern ist Perforation einer der häufigsten Gründe. Wir rechnen hier die typhösen und tuberkulösen Darmgeschwüre ganz ab und finden als Grund 1mal ein perforirendes Magengeschwür mit plötzlich eintretenden Perforationserscheinungen, ein andermal die Perforation eines Ulcus chronicum ilei bei einem 33jährigen Manne; ein drittes Mal ein perforirtes Ulcus chronicum des Colon transversum bei einem 48jährigen Manne. Ueberhaupt ist das bis jetzt wenig beachtete Ulcus chronicum des Darmkanals nicht ganz so selten als das Stillschweigen der Autoren über diesen Gegenstand es vermuthen lassen könnte. Nicht weniger als dreimal fanden wir Perforation des Processus vermiciformis, zweimal mit den gewöhnlichen Erscheinungen, einmal aber unter scheinbar sehr aussergewöhnlichen Verhältnissen.

Es betrifft dieser Fall ein 19jähriges Mädchen, welches früher gesund am 4. Nov. 1855 von heftigem Erbrechen und von Bauchschmerzen befallen wurde. Sie erbrach 12 Mal, zuletzt noch das genossene Getränk; Mittags trat Frost ein; die Schmerzen waren namentlich auf der rechten Seite des Abdomens am stärksten. Das Erbrechen hört bald auf, sowie auch vom 10ten an die Bauchschmerzen; das rechte Bein aber wird bei Bewegung in der Hüfte sehr schmerhaft; diese Schmerzen nehmen zu bis am 15ten, an welchem Tage die Kranke ins Spital gebracht wird und zwar angeblich als typhös. Sie ist blass, ihre Lippen sind schorfig, die Zunge reichlich belegt, feucht; der Puls sehr frequent, 144. Die Kranke klagt über starken Durst und über Ohrensausen; Abdomen nicht empfindlich, keine Milzanschwellung, harnäckige Verstopfung; die ganze Hüftgegend ist heiß, gespannt, sehr empfindlich, teigig geschwollen, Bewegung äusserst schmerhaft (Cataplasmen, Einreibungen von Ung. ciner.). Am 20sten sind die Schmerzen bedeutend stärker

und dehnen sich auf die Fossa poplitea und die Wade aus; die ganze Extremität ist teigig geschwollen. Auf 6 Gr. Kalomel sind 3 Stühle erfolgt. Am folgenden Tag nehmen die Schmerzen der kranken Extremität bedeutend zu und werden durch kleine Dosen Morphium etwas gemindert; am 22sten finden wir die Kranke in der Agone, sie hat unwillkürliche Ausleerungen, das Gesicht ist bleich und zusammengefallen; Hände und Füsse sind kalt und um 10 Uhr Vormittags tritt der Tod ein.

#### Leichenöffnung 24 Stunden nach dem Tode.

In der rechten Fossa iliaca und um das Coecum eitrige Infiltration, besonders im Zellgewebe. Hinter dem Psoas ausgedehnte Zellgewebsvereiterung, welche sich bis in den Beckenraum erstreckt. Die Muskulatur, besonders des Glutaeus medius, ist ebenfalls eitrig infiltrirt. Der obere Theil der Cruralvene zeigt theils gefärbte, theils ungefärbte Coagula. Das Hüftgelenk ist nicht afficirt, die Kapsel gesund; ebenso das Femur. Im Kniegelenk findet sich ein Abscess. Das Zellgewebe hinter dem Rectum ist ganz verjaucht. Von dort an kann man mit dem Finger einen Canal verfolgen, der genau dem Verlauf des Ischiadicus folgt, um den herum alles Zellgewebe in Verjauchung übergegangen ist. Schleimhaut des Colon ist normal. Das blinde Ende des Processus vermiciformis ist auffallend schlaff, wie macerirt, graugrün gefärbt; der Peritonealüberzug flockig zerrissen. Im Innern des Wurmfortsatzes Schleimhaut von guter Consistenz; die Drüsennäpfchen sehr deutlich, am untern blinden Ende ist aber auch die Schleimhaut macerirt. Man erkennt in derselben 2 stecknadelknopfgroße Perforationen. Im Ileum die Plaques geschwelt. Der übrige Obduktionsbefund ergibt Nichts, was noch ein besonderes Interesse haben könnte.

Einmal endlich war die Peritonitis durch Einschnürung eines Stranges, welcher vom Omentum sich nach der linken Inguinalgegend erstreckte, hervorgerufen worden und hatte zu den Erscheinungen einer inneren Incarceration geführt.

Bei der Behandlung der Peritonitis sind wir übrigens mit den Blutentziehungen nicht zu freigebig; verordnen bei der grossen Häufigkeit der Perforation die vollkommenste Ruhe und Opium in grossen Dosen; um die Erschütterung durch Einreibungen zu vermeiden, wird ein Leinwandlappen mit Quecksilbersalbe bestrichen auf das Abdomen gelegt und mit narkotischen Fomenten oder dünnen Cataplasmen bedeckt. Wir haben bereits durch diese Methode eine Reihe unlängbarer Erfolge erhalten. Gegen das Erbrechen verordnen wir Eis und kleine Mengen kohlensäurehaltigen Getränks. Die meisten übrigen Fälle von Erkrankung des Peritoneum, Tuberkulose, Carcinom etc. haben ein mehr pathologisch-anatomisches Interesse.

Erwähnen müssen wir aber noch hier einen Fall bei einer 36jährigen Frau, bei welcher wir in der linken Fossa iliaca eine grosse, harte, pralle Geschwulst fanden, welche durch die Vagina und das Rectum untersucht sich bis in die Ausöhhlung des untern Theils des Kreuzbeins zu erstrecken schien. Die Kranke war in der letzten Zeit schwach und magrer geworden und hatte häufig stechende Schmerzen in der Geschwulst. Alle diese schlaffen Erscheinungen hatten erst seit 2 Monaten gedauert. Meine Diagnose schwankte zwischen einer retroperitonealen Verhärtung und einer carcinomatösen Geschwulst. Da nur die erstere Chancen auf Erfolg darbot, wurde die Behandlung ausschliesslich in diesem Sinne geleitet; Jodkali wurde in steigender Dose äusserlich und innerlich angewandt, häufig auch die afflicite Gegend mit Jodtinctur bestrichen. Zweimal die Woche wurden Laxantia gereicht, ein Infus. Senn. frigidum oder  $1\frac{1}{2}$ —2 Gr. Extr. Colocynth. Nach einem Monat hatte die Geschwulst bedeutend abgenommen und nach 2 Monaten war sie vollkommen verschwunden. Wir konnten bei der sorgfältigsten Bewachung nicht constatiren, ob ein Abscess sich durch Vagina oder Rectum entleert habe; indessen ein negatives Resultat in dieser Hinsicht hat niemals volle beweisende Kraft.

#### IV. Krankheiten der Nervencentra.

Von diesen kamen in beiden Jahren 47 vor, 24 bei Männern und 23 bei Frauen; auch diese waren ziemlich mannigfaltig. Die häufigsten von allen waren Apoplexien, 11 im Ganzen, von denen jedoch nur 2 vollkommen geheilt wurden, 3 gebessert, 1 gestorben, 2 übertragen und die anderen theils ungeheilt entlassen, theils im Sommer ins Bad für den Gebrauch von Douchen geschickt wurden. Unter diesen war ein Fall durch die Complication mit sehr hartnäckigem Pemphigus interessant, sowie ein anderer durch ein gleichzeitig bestehendes Aneurysma aortae. In den gebesserten oder geheilten Fällen haben besonders örtliche Blutentziehungen, Blasenpflaster und Abführmittel genützt; von der Inductionselektricität habe ich keinen bestimmten Nutzen gesehen, aber mehrmals die Thatsache constatirt, dass die elektromusculare Contractilität und Sensibilität ebensogut bei cerebralen, wie bei spinalen Lähmungen herabgestimmt war. Das Gleiche fand ich auch bei einer vorübergehenden Hemiplegie nach epileptischen Anfällen. — Von Hydrocephalus acutus wurde auch in diesem Jahre wieder ein unlängbarer Fall bei einem 20jährigen Bauernknecht beobachtet, welcher als typhös ins Spital geschickt worden war, bei welchem aber die Dauer der Krankheit, da er bewusstlos war, nicht bestimmt werden konnte. Trotz antiphlogistisch-derivatorischer Behandlung und Ge-

brauch des Calomel starb der Kranke in vollkommenem Coma nach 7tägigem Aufenthalt. Bei der Obduction fand man Nichts als ein helles, seröses, stellenweise fast gallertartiges Exsudat unter der Arachnoidea und die Gehirnventrikel durch 5—6 Unzen einer serösen Flüssigkeit ausgedehnt; ich werde übrigens bei einer anderen Gelegenheit auf den idiopathischen Hydrocephalus acutus, von welchem ich bereits eine Reihe von Fällen gesammelt habe, zurückkommen und will nur hier gegen die Einseitigkeit protestiren, mit welcher die modernen Autoren den Hydrocephalus internus acutus fast ausschliesslich auf Rechnung der Meningitis tuberculosa bringen, was ich nicht einmal für das kindliche Alter immer bestätigt gefunden habe. In einem 2ten Fall, welcher ebenfalls ins Absonderrungshaus geschickt worden war, waren zwar die Zeichen eines Hydrocephalus acutus vorhanden, indessen die seit 2 Monaten bestehenden sehr heftigen Kopfschmerzen deuteten auf ein tieferes Gehirnleiden hin und in der That fanden wir bei der Obduction mehrere grosse Tuberkeln, von denen der eine, haselnussgross, unläugbar von der Innenfläche der Dura mater ausging und in das Cerebellum eine tiefe Grube gemacht hatte; in diesem selbst lag ebenfalls ein haselnussgrosser Tuberkl und ein erbsengrosser am absteigenden Horn des linken Seitenventrikels. Die Flüssigkeit der Ventrikel war bedeutend vermehrt; Septum und unterer Theil des Fornix vollkommen erweicht, die Lungen waren von zahlreichen, aber allem Anscheine nach obsoleten Tuberklknoten durchsät.

Auch über Gehirngeschwülste habe ich in den letzten 2 Jahren wieder manches sehr Interessante sammeln können, was ich auch anderweitig zusammenstellen werde, da ich dieser Arbeit eine nicht zu theoretische Haltung geben möchte. Vor allen Dingen war es mir wichtig, bei einer an Emphysem und Bronchitis verstorbenen Frau ein verschrumpfetes, verkalktes und somit anatomisch geheiltes Fibroid, von der Pia mater des hinteren Theils der linken Hemisphäre ausgehend, zu finden. Die Kranke hatte niemals Hirnerscheinungen gezeigt. Bei einem an Lungengangrän mit einer äusseren Lungenfistel in Folge eines Empyems leidenden älteren Manne, dessen merkwürdige Krankengeschichte ich in meiner pathologischen Iconographie bekannt machen werde, fanden sich 17

ungefähr erbsengroße Fibroide auf dem Ependym der Seitenventrikel; auch hier hatten keine Gehirnerscheinungen bestanden. Das Gleiche war bei der früher mitgetheilten Krankengeschichte fibroplastischer Meningeal- und Cerebralgeschwülste der Fall. Intense Kopfschmerzen und spätere hydrocephalische Erscheinungen waren die einzigen Symptome bei dem eben erwähnten Falle von Hirn- und Meningealtuberkeln.

In einem aus der Privatpraxis mir mitgetheilten Falle hatte ein 44jähriger Mann erst seit Anfang November 1856 den Mund nach rechts verzogen; einige Zeit vorher schon klagte er über Schwäche, Eingeschlafensein und geringere Empfindung des linken Arms, konnte jedoch noch bis wenige Tage vor dem Tode reiten. Alle diese Erscheinungen nahmen im Laufe des November zu; zu denselben gesellte sich bei zunehmender Schwäche ein dumpfer Schmerz in der Tiefe über dem rechten Ohr, welcher auf Anwendung von Egeln schwand. Allmälig wurde die linkseitige Hemiplegie vollständiger, alsdann zeigten sich Erbrechen, Schwindel und Sopor, welche durch Antiphlogose und Kälte gemindert wurden, und so trat am 29. Nov. der Tod ein, also ein Monat nach dem Eintritt der deutlichen Symptome.

Bei der Leichenöffnung fanden wir im mittleren rechten Lappen, nach aussen vom Thalamus opticus und vom Corpus striatum, eine hühnereigroße, runde, braunrothe, sehr blut- und gefäßreiche Geschwulst, welche ringsum mehrere Millimeter weit von gelber, erweichter Hirnsubstanz umgeben war. Die Geschwulst war nicht ausschäubar, hatte eine elastisch feste Consistenz und bestand bei der mikroskopischen Untersuchung aus fibroplastischen Elementen in verschiedenen Entwickelungsgraden, welche von zahlreichen Blutgefäßen durchzogen waren. Sonst fand sich im Gehirn nichts Abnormes.

Die mehrfachen Fälle von Encephalitis und Encephalomalacie boten nichts besonders Interessantes dar. Mehr waren es zwei Fälle von Meningitis, der eine dadurch, dass in der Convalescenz einer Pneumonie bei einer 51jährigen Frau eine tödtlich verlaufende Meningitis cerebro-spinalis eintrat, eine Krankheit, welche hier immer zu den Seltenheiten gehört. Der andere Fall war durch sein gleichzeitiges Auftreten mit einem Erysipelas faciei und durch mannigfache anatomische Veränderungen merkwürdig. Wir theilen daher denselben mit einigen Details mit.

Meningitis mit Erysipelas faciei; Tod. — Eiterige Entzündung und Ulceration der Dura mater, Phlebitis des Sinus longitudinalis superior; Eiter in den Stirnhöhlen; subcutaner Abscess auf der Glabella.

Eine 16jährige Seidenwinderin, früher gesund, wurde am 25. Mai 1856 von Schwindel und intensen stechenden Kopfschmerzen befallen, worauf bereits am

Montag, unter Steigerung der Kopfschmerzen, ein Erysipelas faciei auftrat. Auf verordnete Abführmittel erfolgte nur Erbrechen. Am Montag Abend war die Gesichtsrose deutlich hervorgetreten und hatte sich gleichzeitig eine rechtssseitige Con-junctivitis entwickelt. Es traten mehrere Schüttelfrösste auf; das Sensorium war nicht getrübt. Am 28ten wurde Patientin ins Spital gebracht. Der Status praesens zeigte uns dieselbe in einem soporösen Zustande, mit geschlossenen Augen, heiss anzufühlendem, leicht erysipelatos geschwollenem Gesicht, starker Pulsation der Carotiden, beschleunigtem (100—120), unregelmässigem, schwachem Pulse. Von Zeit zu Zeit zogt sich Erbrechen. Der Harn ist hochgestellt, sedimentirend. (Aderlass von 12 Unzen; Blutegel hinter die Ohren; Calomel.) Am Abend ist der erysipelatos Anflug des Gesichts fast ganz verschwunden, dagegen dauert der soporöse Zustand fort. Die Ausleerungen sind unwillkürliche. Abends  $9\frac{1}{2}$  Uhr stirbt die Kranke. Leichenöffnung 37 Stunden nach dem Tode. Die Dura mater ist stark injicirt, mit 3—4 Mm. bis 1 Cm. grossen Ecchymosen bedeckt; unter dem rechten Stirnbein zeigt dieselbe eine  $4\frac{1}{2}$  Cm. lange und  $1\frac{1}{2}$  Cm. breite ulcerirte Stelle mit scharfen, wie künstlich eingeschnittenen Rändern; der überliegende Knochen zeigt keine Veränderung. Auf der inneren Seite der Dura mater findet sich eine eitrige leicht abzuschälende Exsudatschicht, welche namentlich die vorderen Partien einnimmt und sich rechts auch auf die Falx cerebri fortsetzt. Auch unter der Arachnoidea der vorderen Gehirnlappen, besonders rechts, zeigt sich ein reichliches eitriges Exsudat mit starker Gefässinjection in den umliegenden Meningalpartien. Gehirnsubstanz blutreich, von guter Consistenz. Keine Flüssigkeit in den Ventrikeln, das Ependym nicht injicirt. Im vorderen Theil des Sinus longitudinalis ist ein entfärbter Fibrinproppf, welcher sich nach hinten in ein gallertartiges Coagulum fortsetzt; die Innenfläche des Sinus ist glatt, zeigt kein Exsudat, dagegen kleine Ecchymosen. Die Sinus transversus, cavernosus, petrosus etc. sind theils mit gallertartigen, theils schwarzen Coagulis gefüllt. In dem weichen Propfe des Sinus longitudinalis, wo er an die ulcerirte Stelle der Dura mater grenzt, zeigte das Mikroskop viele Eiterzellen, welche auch auf der Innenwand des Sinus sich fanden; letztere liess überdiess eine zierliche Gefässinjection und einzelne längliche, feinkörnig infiltrirte Lamellen ohne deutliches Epithel wahrnehmen. — In der Diploe der Schädelknochen zeigten sich nirgends Eiterpunkte; dagegen waren die Höhlen des Stirnbeins mit einer missfarbenen, jauchigen Flüssigkeit angefüllt; das Peri-cranium stellenweise sehr hyperämisch. Im Zellgewebe über dem rechten Arcus superciliaris fand sich ein haselnussgrosser Eiterheerd. Die Haut des Gesichts, welche der Sitz des Erysipelas gewesen war, erschien etwas verdickt und serös infiltrirt. Die Organe des Respirations-, Circulations- und Verdauungsapparates zeigten keine auffallenden Veränderungen. Die Corticalsubstanz der Nieren erscheint blass, feinkörnig infiltrirt; mikroskopisch konnte man darin eine bedeutende Zell-wucherung, aber keine Fettdegeneration wahrnehmen.

Von Rückenmarkskrankheiten kam in beiden Jahren eine Reihe von Fällen, besonders mit Lähmung der unteren Extremitäten oder mehr allgemeiner Lähmung vor, von denen zwei vollkommen ge-

heilt und vier bedeutend gebessert wurden, die anderen aber wenig Nutzen von der Behandlung hatten. Nach Abzug aller rheumatischen und hysterischen Paralysen bleiben Fälle übrig, welche eine grosse Ähnlichkeit im Symptomcomplex zeigen, bei denen es aber sehr schwer zu entscheiden ist, ob sie einer chronischen Meningitis spinalis mit Exsudat, einer chronischen Myelitis, einer Myelomalacie angehören. Die allgemeinen Regeln für die differentielle Diagnose dieser Krankheiten finden sich trotzdem, dass wir mit den besten Leistungen hierüber bekannt sind, viel eher am Schreibtisch, als am Krankenbett. Die chronische Meningitis halte ich für eine viel seltenerne Krankheit als chronische Myelitis und Rückenmarkserweichung; und ist es anatomisch oft unmöglich, anzugeben, ob eine Rückenmarkserweichung entzündlichen Ursprungs ist oder nicht, so ist man dieses klinisch oft noch viel weniger im Stande. Ebenso ist es am Krankenbett eine nicht geringe Schwierigkeit, zu entscheiden, ob eine Rückenmarkserweichung idiopathisch ist oder nur Folge von Wirbelerkrankheiten, besonders Caries mit eitriger Schmelzung, und jedem erfahrenen Kliniker ist es gewiss wie mir begegnet, unerwartet solche bei der Leichenöffnung zu finden, da in gar nicht seltenen Fällen tief destructive Wirbelleiden ohne locale, spontan oder durch Druck wahrnehmbare Schmerzen verlaufen, ohne Gestalt und Lageveränderungen zum Tode führen und nie dem Kranken ein Gefühl von Constriction geben. Ein Zeichen, welches mir in der letzten Zeit und bei latenter Wirbelerkrankung mitunter gute Dienste geleistet hat, ist folgendes: Man lässt den Kranken im Bett aufsitzen und drückt schnell und mit eifriger Kraft beide Schultern von oben herab, so wird alsdann ein localer Wirbelschmerz erkennbar, welcher sonst dem Untersuchenden entging. Es wäre überhaupt an der Zeit, dass die Rückgrats- und Rückenmarksleiden einmal wieder einer strengen monographischen Sichtung und Bearbeitung unterworfen würden.

Haben wir nun auch in diagnostischer Hinsicht wenig Genügendes mitgetheilt, so können wir auf der anderen Seite in therapeutischer Beziehung doch manches für die Praxis nicht ganz Unnütze hier beibringen. Ich habe in jedem Jahre in der Klinik wenigstens einen oder mehrere unerwartete Erfolge von Heilung

oder bedeutender Besserung bereits seit langer Zeit bestehender, durch viele Mittel unnütz behandelter Paraplegien oder selbst ausbreiteterer Lähmungen erhalten. Mit der Antiphlogose, den Abführmitteln, dem lange fortgesetzten Gebrauch des Jodkali bei subinflammatorischen Zuständen verbinde ich eine viel energischere, viel öfters wiederholte Anwendung der Gegenreize, als dieses gewöhnlich geschieht und namentlich ziehe ich auch hier das Feuer den chemisch wirkenden vor. Die 3 Hauptmittel, die ich miteinander verbinde, sind die transcurrente Glühhitze, das tiefe Brennen mit dem Glüheisen und die Moxen. Erstere beide werden gewöhnlich gleichzeitig angewandt. Mit einem weissglühenden beiförmigen Eisen werden vom Nacken bis zum Kreuzbein zu jeder Seite der Wirbelsäule 3—4 parallele, feine, oberflächliche Brandstreifen gezogen und dann zu beiden Seiten viele sie durchkreuzende, quere oder schiefe Streifen; ist dieses geschehen, so wird mit einem zweiten Eisen zwischen den Schultern oder in der Lendengegend oder an beiden Orten, je nach dem Hauptsitz der Lähmung, zu beiden Seiten der Wirbelsäule tief gebrannt, welche Stellen dann mehrere Wochen in Eiterung unterhalten werden, während die transcurrenten Streifen schnell geheilt sind. Alle 4—6 Wochen wird die Operation wiederholt und zwar 6—8mal und darüber. Die Kranken werden jedesmal sorgfältig chloroformirt, wobei ich nicht nur auf die gute Qualität des Chloroforms, sondern auch sehr viel auf den Modus faciendi halte. Der Kranke muss bei nicht zu niedriger Lage, bequem in seinem Bette, mit allseitig durch die Kissen unterstütztem Kopfe liegen und, während er aus den von dem Assistenten ihm vor Mund und Nase gehaltenen Compresse die Chloroformdämpfe athmet, überwache ich selbst Puls und Respiration. So verliert die Operation die Schmerhaftigkeit und das Chloroform alle Gefahr. Dieser kräftige Antagonismus wird dann noch durch innere Anwendung der Nux vomic. oder des Strychnin unterstützt. Bessert sich zwar allgemein der Zustand, oder bleibt er nach einer gewissen Zahl von Cauterisationen stationär, so werden noch eine Reihe von Moxen in der Rückengegend abgebrannt. Ich habe freilich manche Kranke 1 Jahr und darüber in der Klinik behalten, aber dann gehörte auch ihre so erhaltene Heilung zu den

grössten Genüssen meines practischen Lebens. Der schönste, im letzten Jahre vorgekommene Fall betraf einen jungen Mann, welcher als Kostgänger ins Spital trat und dort Ende April in einem Zustande vollkommener Lähmung der oberen und unteren Extremitäten, welcher sich seit einem Monat entwickelte, angelangt war; zugleich bestand Dysurie und hartnäckige Verstopfung. Der Kranke hatte öfter ziehende und reissende Schmerzen in den oberen und unteren Extremitäten. Die so eben auseinandergesetzte Behandlung hatte kaum nach 4 Monaten ein erhebliches Resultat; dann trat allmäßige Besserung ein, zuerst in den oberen Extremitäten, dann in den unteren und gegen Ende des Jahres verliess der Kranke vollkommen geheilt das Spital, nachdem er mir vorher noch seine Krankengeschichte selbst niedergeschrieben hatte. Ich habe ihn seit jener Zeit öfter gesehen und mich überzeugt, dass die Heilung nicht blos nachhaltig ist, sondern dass er auch seine Berufsgeschäfte vollkommen zu versehen im Stande sich befindet.

Ist nun auch in der Privatpraxis der Gebrauch des Ferrum candens und der Moxen durch die Anwendung des Chloroform bedeutend erleichtert, so ist doch nicht zu läugnen, dass sowohl unter den Kranken als unter den Aerzten eine gewisse Pyrophobie besteht; ich bin daher mit Versuchen, eine passende Aetzpaste zu finden, beschäftigt, die so populäre Wiener Aetzpaste schien mir ungenügend; ich habe sie in der mannigfachsten Art angewendet und gefunden, dass der Schorf erst in der 3ten oder 4ten Woche abfällt und die Eiterung eine ungleich geringere ist, als nach den abgebrannten Moxen. Diese Nachtheile finden sich freilich nicht bei dem Kali caust., aber es macht dieses oft viel grössere Schorfe als man wünscht, man muss es längere Zeit auf der Haut liegen lassen, was sehr schmerhaft ist. Ich habe daher eine Aetzpaste von zwei Theilen Kali caust. und einem Theile Aetzkalk zusammensetzen lassen, welche viel intenser wirkt als die Wiener Paste und in der gleichen Art angewendet werden kann, aber freilich fallen auch die Schorfe erst im Anfang oder im Laufe der 3ten Woche ab, nachdem indessen vorher schon früh sich eine eliminatorische Eiterung gebildet hat. Die solidificirte Filhos'sche Aetzpaste hat den grossen Nachtheil, dass sie sich immer mit koh-

lensaurem Kalke incrustirt; für Moxen scheint sie überhaupt nicht geeignet, sondern vielmehr für Cauterisation von Excrescenzen am Collum uteri und anderen Stellen. Für diesen Gebrauch aber habe ich ein viel einfacheres und bequemeres Mittel, nämlich den einfachen Stab von Kali causticum ganz in Wachs eingehüllt, so dass man nur ebensoviel vom Wachs hinwegnimmt, als man zum Aetzen nöthig hat.

(Schluss folgt.)

---

## XIX.

### Ueber Lähmung von Gehirnnerven durch Affectionen an der Basis cerebri.

Von Dr. Ziemssen,

Privatdocenten und Assistenzarzte an der medicinischen Klinik zu Greifswald.

(Schluss von S. 226.)

---

#### Fall III.

Circumscripter Bluterguss an der Hirnbasis. — Unvollständige Lähmung des N. acusticus dexter. — Vollständige Paralyse des N. facialis dexter mit Vernichtung der Muskel-Irritabilität. — Schiefstellung der Uvula nach links. — Auf der rechten Zungenhälfte, mit Ausnahme der Papillae vallat., Aufhebung der Geschmackstätigkeit und Herabsetzung der Sensibilität. — Spontane Rückbildung aller Lähmungserscheinungen.

Johanna Krohn, 24 Jahr alt, verehelichte Dienstmagd hierselbst, eine äusserst robuste kräftige Person, seit ihrer Kindheit im Besitze einer durchaus normalen Gesundheit, erkrankte am 14. April d. J. plötzlich unter folgenden Umständen: Ihr Mann, welcher seit 2 Jahren zum Militärdienst in eine entlegene Provinz eingezogen war, hatte in Erfahrung gebracht, dass seine Frau während seiner Abwesenheit in einem unerlaubten Liebesverhältnisse ein Kind geboren habe, und langte plötzlich und unerwartet hier an, um seine Frau zu strafen. In dem Augenblicke, als der Mann mit drohender Miene vor die Krohn trat, verspürte dieselbe, wie sie später angab, einen heftigen drückenden Schmerz in der Herzgrube, welcher