

genommen. Beziiglich der Grössenverhältnisse fand sich eine grosse Uebereinstimmung; Differenzen ergaben sich nur in so fern, als der Soor bei Typhus im Allgemeinen etwas mehr grössere Sporen enthielt als die beiden anderen; der Soor des Huhns unterschied sich von den zweien vielleicht dadurch in etwas, dass seine Fäden eine viel zierlichere Verästelung besassen und dass überhaupt verhältnissmässig mehr dünner Fäden vorhanden waren.

Diese Beobachtungen dürften der Annahme Stützpunkte geben, dass die beim Menschen vorkommenden Parasiten auch weiter verbreitet bei Thieren, an gleichen Orten, unter gleichen krankhaften oder für ihr Fortkommen günstigen Verhältnissen sich finden.

XXXI.

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

Von Professor Dr. Lebert.

(Schluss von S. 376.)

V. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.

Von diesen kamen in beiden Jahren, die syphilitischen Krankheiten abgerechnet, 111 Fälle vor, 61 bei Männern, 50 bei Frauen. Von denselben erwähnen wir vor allen Dingen 20 Fälle von Morbus Brightii, 14 bei Männern und 6 bei Frauen. Von diesen wurden 9 geheilt, 3 gebessert, 2 ungeheilt entlassen, 6 sind gestorben. Ein Drittel aller Fälle war acut; in diesen, sowie in anderen Fällen, in welchen der Kräftezustand ein genügender ist, leiten wir die Kur durch Drastica und Diaphoretica, namentlich Dampfbädern, während wir bei der mehr chronischen Form, wenn bereits schwächende Methoden ausserhalb des Spitals versucht und

die Kranken sonst heruntergekommen sind, den consequenten Gebrauch des Eisens, kräftiger, analeptischer Kost und zuweilen China-präparate mit Erfolg in Anwendung bringen; übrigens variiert die Behandlung sehr, je nach den Symptomen und Complicationen. Dass übrigens gewisse Fälle aller Behandlung widerstehen, zeigen die 6, welche tödtlich verließen.

Unter diesen war einer, bei einer 29jährigen Frau, dadurch interessant, dass sich die Krankheit während der Schwangerschaft entwickelt hatte, nach der Entbindung immer weiteren Fortschritt mache und neben den übrigen Zeichen dieser Krankheit die eines doppelten Hydrothorax, und in den letzten Tagen eine fast vollkommene Aphonie sich zeigten. Im Leben hatte eine leichte Amaurose bestanden, bei der Leichenöffnung fanden wir die Macula lutea der Retina dunkler als im Normalzustande und ihre Zellen körnig infiltrirt. Das Herz zeigte zum Theil fettige Degeneration. Der untere Theil der Epiglottis, die Stimmbänder und die umgebende Schleimhaut waren theils mit Pseudomembranen bedeckt, theils fand sich ein diphtheritisches Exsudat im Schleimhautgewebe selbst eingelagert. Auch am untern Theil des Oesophagus befanden sich Pseudomembranen. Die Schilddrüse schloss in ihrem rechten Lappen einen grossen, jauchigen Abscess ein, in welchem sich ein wallnussgrosser Sequester von Schilddrüsengewebe befand; auch nach aussen war das entsprechende Zellgewebe eitrig infiltrirt und communicirte mit einem Abcess oberhalb der Clavicula. In der Leber zeigten sich kleine, entfärbte, graugelbe, feinkörnige Heerde mit wenig Fett, welche den von Dittrich als syphilitische Leberentzündung beschriebenen durchaus glichen. Die Kranke hatte übrigens durch Syphilis unter anderm ihre Nase eingebüsst. Die Nieren boten die bekannten Veränderungen beginnender Verschrumpfung der Corticalsubstanz, Fettdegeneration, Exsudateylinder etc. dar.

Zwei Kranke wurden urämisch in ultimo stadio, angeblich als an Typhus leidend, ins Spital geschickt. Der eine derselben war mir besonders interessant, weil er einen jungen, sehr hoffnungsvollen Wadtländer Studenten betraf, welcher, abgerechnet eine leichte Hemeralopie, sich immer wohl befunden hatte, als er plötzlich von comatösen Erscheinungen mit bedeutender Dyspnoe und lautem keuchendem Athmen besessen wurde. Eine Urämie nach latentem Morbus Brightii vermutend, untersuchte ich den Harn und fand ihn in der That sehr reich an Eiweiss. Schnell trat der Tod unter scheinbar croupösen Erscheinungen ein, die Leichenöffnung zeigte jedoch nur einen starken Congestivzustand der Larynxschleimhaut. Die Nieren waren lederartig verschrumpft, kleiner als ich sie je beim Erwachsenen gesehen habe, in reichliches Fett

gehüllt, und ich begreife nicht, wie bei so tief veränderten Organen die Krankheit so lange hat latent bestehen können. Interessant ist noch bei dem Vergleich dieser beiden Fälle, dass in dem einen Croup ohne deutliche croupöse Symptome, in dem anderen croupöse Erscheinungen ohne Croup bestanden haben. Diese Fälle werden übrigens gelegentlich ausführlicher beschrieben werden. Bei dem vorher erwähnten Falle der am Morbus Brightii Verstorbenen hat Hr. Prof. Städeler in dem hydropischen Exsudat Harnstoff in verhältnismässig grosser Menge und kleine Quantitäten Harnsäure und Xanthin gefunden. Die Flüssigkeit war schwach alkalisch, fast neutral. Beim Ansäubern und namentlich beim Erhitzen entwickelte sich ein fast unerträglich ekelhafter Geruch; an Isolirung dieses riechenden Körpers konnte nicht gedacht werden, das vorhandene Albumin wich vom gewöhnlichen insofern ab, als es sich in der siedenden Flüssigkeit reichlich löste und beim Erkalten in dicken Flocken wieder abschied.

Von Nierenkrankheiten war noch ein Fall durch seinen latenten Verlauf interessant; es war dieses ein fast faustgrosses Nieren-carcinom, welches wir zufällig bei der Leichenöffnung einer an doppelter Pleuritis und Pericarditis verstorbenen Frau fanden. Dieser Fall bot aber noch ein anderes klinisches Interesse dar, er kam um die Zeit vor, wo Aran in Paris seine bekannte Jodinjection nach Punction des Pericardium gemacht hatte. Ich hatte bei dieser Kranken im Leben darauf aufmerksam gemacht, dass man nicht immer mit Bestimmtheit unterscheiden könne, ob im Pericardium ein flüssiger Erguss sei, oder ob das hypertrophische Herz mit einer dicken Exsudatschwarte bei Obliteration der Höhle des Pericardium sich bedeckt habe. Bevor die Leichenöffnung gemacht wurde, kam ich auf diesen Punkt zurück und machte an mehreren Stellen mit einem explorativen Troicart Einstiche in die Herzgegend, wodurch keine Flüssigkeit entleert wurde; in der That handelte es sich hier um eine adhäsive Pericarditis mit einer dicken Exsudatschwarte. Man sei also mit der Punction des Pericardium noch sehr vorsichtig.

Nicht ohne Interesse war ein Fall von Perinephritis, in welchem deutliche Anschwellung in der rechten Nierengegend mit

ausserordentlicher Schmerhaftigkeit und nachfolgender Parese der unteren Extremitäten bestand; dem Sitze nach schien der Entzündungsheerd im Zellgewebe hinter den Nieren zu bestehen. Nach mehrfacher Anwendung von Blutigeln, Einreibungen mit grauer Salbe und späterer Application eines Vesicans kam Zertheilung und vollständige Heilung zu Stande, während früher ähnliche von mir beobachtete Fälle mit Eiterung geendet hatten.

Bei einem Diabetiker, welcher an Lungentuberkulose starb, schienen die Nieren vollkommen gesund. Die letzte, den Tod verursachende Krankheit war übrigens ein Hydrocephalus acutus ohne Meningitis und Meningoaltuberkulose, wie ich ihn öfter bei schnell verlaufender Phthise und früher auch einmal am Ende des Diabetes beobachtet habe.

Einen ausserordentlich umfangreichen Nierenabscess, durch welchen die ganze Niere in einen kindskopfgrossen Eiterheerd umgewandelt war, habe ich bei einem 36jährigen Eisenbahnarbeiter beobachtet, bei welchem die Krankheit ganz den Verlauf eines Leberabscesses simulirte, und sogar in der Lebergegend bei der Palpation sich Fluctuation zeigte, was dadurch entstanden war, dass die enorm ausgedehnte rechte Niere mit dem unteren Theil der Leber verwachsen war. Wahrscheinlich war die Krankheit vom Nierenbecken ausgegangen, von Steinen war aber keine Spur vorhanden. — Von 4 Fällen von Pyelitis wurden 3 geheilt, besonders durch den Gebrauch des Natron bicarbonicum in der Dosis von 2 Drachmen täglich. Auch von Catarrhus vesicae kamen ziemlich zahlreiche Fälle vor, von denen ein Theil durch Decöctum herbae uvae ursi und durch Pillen von Terpentin und Campher geheilt wurden. Bei einem 69jährigen Mann kam ein tödtlich verlaufender Fall von wirklichem Carcinoma prostatae vor, eine gewiss sehr seltene Krankheit, wenigstens als primitive Krebslocalisation. Es würde mich indessen zu weit führen, denselben hier zu beschreiben. Von Hydrocele habe ich 2 durch Jodinjection operirt, der eine wurde vollkommen geheilt, bei dem anderen war die Hülse nur temporär, da es sich um eine Tuberculosis beider Hoden handelte, von welcher die Hydrocele nur symptomatische Erscheinung war. Von Perimetritis kamen im Ganzen 7 Fälle vor, von denen 6 ge-

heilt wurden und 1 tödtlich endete. Da die Fälle von Perimetritis mit Obduction noch immer zu den grossen Seltenheiten gehören und sich sehr wichtige doctrinale Fragen an dieselbe knüpfen, namentlich noch darüber disputirt wird, ob die Krankheit im retroperitonealen Zellgewebe ihren Sitz hat, oder mehr nur eine partielle Metritis ist, theile ich den Fall in Kürze mit.

Eine 28jährige, früher immer gesunde, nicht verheirathete Dienstmagd, wurde am 25. Mai von heftigen Schmerzen im unteren Theil des Abdomen mit Kopfweh, Brechreiz und viermaligem Erbrechen befallen, nachdem am Abend vorher sich schon Mattigkeit und Appetitmangel gezeigt hatten. Der Status praesens vom 26. Mai zeigte uns eine kräftige, wohlgenährte Person mit beschleunigtem (124) Pulse. Das Abdomen ist etwas meteoristisch aufgetrieben, überall, namentlich aber im linken Hypogastrium bis gegen die Symphyse, sehr schmerhaft, hier auch hart und resistent mit etwas gedämpftem Percussionston. Bei der Untersuchung per vaginam findet man den Muttermund geschlossen und stösst in dem Winkel zwischen dem Collum uteri und der linken Scheidenwand, auf eine teigige, unregelmässige, diffuse Geschwulst, welche auf Druck schmerhaft ist; dieselbe Geschwulst findet man bei der Untersuchung durch das Rectum. Die Brustorgane sind normal. Der Harn wird leicht gelassen; nur mässiges Fieber. Noch immer leichte Diarrhoe. Nach einer Application von Blutigeln auf das Hypogastrium, nach Quecksilberreibungen und einer Mixtura opita hören die Schmerzen auf, das Fieber schwindet und die Kranke scheint einer schnellen Convalescenz entgegenzugehen, als sie plötzlich in der Nacht auf den 1. Juni mit heftigen Leibscherzen erwacht, welche sich schnell zu stärker Intensität steigern und von grünlichem Erbrechen begleitet sind. Die Kranke hat Kopfschmerz, Schwindel, ist mit kaltem Schweiß bedeckt, äusserst schwach, schon gegen Morgen ist der Puls nicht mehr fühlbar, 150 in der Minute; es tritt schneller Collapsus ein und die Kranke stirbt am Abend. Bei der Leichenöffnung finden wir bereits Adhärenzen zwischen dem Parietal- und Visceral-peritoneum, Eiter und Pseudomembranen in verschiedenen Theilen des Peritoneum und besonders eine sehr intense entzündliche Röthe nebst dicken Pseudomembranen im Douglas'schen Raum. Unterhalb desselben, an der äusseren Grenze des Peritoneum, hinter dem Collum uteri, findet sich eine Masse entzündlichen Zellgewebes von mehr als 1 Cm. Dicke, grauröthlich, von Serum infiltrirt: stellenweise ist auch das retroperitoneale Zellgewebe eitrig infiltrirt. Die Schleinhaut des Uterus ist von einer jauchigen, röthlichen Flüssigkeit bedeckt. Viele Darmschlingen sind bereits miteinander verklebt, und hier und da finden sich zwischen denselben Abscesse. Die Peritonitis dehnt sich bis zur Lebergegend und zum Diaphragma aus, sonst nirgends etwas Abnormes, eine leichte Hypertrophie der Glandula pituitaria abgerechnet.

Die übrigen zahlreichen Fälle von Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane, wie Puerperalperitonitis, Endometritis, Uterus-

fibroide, Carcinome u. s. w. übergehe ich und erwähne hier nur noch zweier Thatsachen, von denen die eine anatomisch, die andere klinisch interessant ist.

Die erste betrifft eine Frau, welche anscheinend drei grössere, bewegliche Tumoren im Hypogastrium zeigte, wobei zuerst an Fibroide gedacht wurde, indessen das schnelle Sinken der Kräfte, die Abmagerung, das erdfahle Aussehen der Kranken bei fehlenden Blutungen und Säfteverlusten doch die Annahme eines carcinomatösen Prozesses rechtfertigten. Nachdem die Kranke einige Zeit im Spital verweilt hatte, fanden wir die Leber vergrössert und an ihrem Rande leicht höckig; immer deutlicher traten nun die Zeichen der Krebscachexie hervor. Die Kranke starb und bei der Obduction fanden wir denn auch beide Ovarien in grössere, markschwammartige Geschwülste umgewandelt, die Leber voll carcinomatöser Massen. An dem einen breiten Mutterbande aber sass ein apfelgrosses Fibroid auf, welches bei der mikroskopischen Untersuchung das überraschende Resultat bot, dass es zum grossen Theil aus organischen Muskelfasern, wie die Uterusfibroide, bestand mit einer verhältnissmässig geringen Menge von Bindegewebelementen. Der zweite Fall betraf eine 73jährige Frau, welche übrigens noch kräftig und sehr wohl erhalten war und seit etwa 5 Monaten eine Geschwulst an der Vulva sich hatte entwickeln sehen, welche schnell gewachsen, in den letzten 2 Monaten oberflächlich ulcerirt war und ihr zeitweise heftige, stechende Schmerzen verursacht hatte. Als die Kranke Mitte December in meine Abtheilung kam, fand ich auf der linken Seite der Vulva eine thaler grosse, runde, oberflächlich zwar unebene aber mehr platte Geschwulst, welche besonders nach der Tiefe hin ungleich und höckig war. Sie zog sich mehr nach dem Innern der ausserordentlich engen Vulva hinein und an ihrer Oberfläche bestand ein unregelmässiges, etwa $1\frac{1}{2}$ Cm. breites Geschwür, welches eine dünne, jauchige Flüssigkeit absonderte. Die Geschwulst hatte in der letzten Zeit nicht blos an Umfang zugenommen, sondern war auch immer schmerzhafter und immer lästiger für die Kranke geworden. Bei der genauen Untersuchung ergab sich, dass die Vagina und das Collum uteri gesund waren, dass die Geschwulst nach allen Richtungen hin umschrieben werden konnte, dass keine der Leistdrüsen sich geschwollen zeigte und dass Kräftekzustand wie Allgemeinbefinden günstig waren. Demgemäß entschloss ich mich, trotzdem dass ich das Uebel von Anfang an für carcinomatös hielt, zur Operation, da ich noch immer die Ueberzeugung habe, dass selbst bei bestimmten carcinomatösen Prozessen die Extirpation die beste Palliativhülfe schafft, wenn alles Krankhafte hinweggenommen werden kann, und dass dieses um so mehr nothwendig ist, je schneller und je schmerzhafter die Krankheit sich entwickelt. Die Operation wurde nun so ausgeführt; dass die ganze Geschwulst durch zwei halbmondförmige Schnitte umschrieben wurde, von denen der innere und schwierigere so weit nach innen geführt wurde, als es die verengerte Vagina erlaubte; der äussere Schnitt bot natürlich keine Schwierigkeiten dar. Nun wurden diese beiden Schnitte in der Tiefe durch Hinwegnahme alles Krankhaften vereinigt; es zeigte sich auch in der That, dass nichts Pseudoplastisches zurückgeblieben war.

Die anatomische Untersuchung ergab in der 1 bis $1\frac{1}{2}$ Cm. dicken und 5 Cm. langen und breiten Geschwulst ein Gemisch von Epitheliom und Scirrus; im obern Drittel bestand die Masse aus einem weissen, mehr bröcklichen Gewebe, in welchem die mikroskopische Untersuchung nichts als epidermoidale Zellen und grosse, runde, concentrische Epidermoidalkugeln zeigte, weder Drüsen noch Papillen waren deutlich in diesem Gewebe wahrzunehmen. Das ganze übrige Gewebe der Geschwulst war graugelb, glänzend und entleerte auf der Schnittfläche einen trüben, milchigen Saft. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigte sich dasselbe aus einem fibrösen Strome zusammengesetzt, in dessen Zwischenräumen viele Zellen in einem weichen, feinkörnigen, halbdurchsichtigen, amorphen Plasma eingelagert waren. Die Zellen selbst hatten bis $\frac{1}{50}$ Mm. Breite, waren rund oder unregelmässig und enthielten 1—2 Kerne von $\frac{1}{80}$ — $\frac{1}{160}$ Mm. mit 1 oder 2 grossen, glänzenden Kernkörperchen.

Nach der Operation wurden blos kalte Umschläge auf die Wunde gemacht, und vom 2. Tage an eine Lösung von Arg. nitr., 2 Gr. auf 1 Unze Wasser, mit Chorpie applicirt. Es ist dieses unser gewöhnliches Verbandmittel; da indessen die Wunde an mehreren Stellen schmerhaft war, wurde ein einfacher Ceratverband angewandt. Die Wunde reinigte sich dann allmälig und war Ende Januar vollkommen vernarbt, und gegen Mitte Februar wurde Patientin in einem sehr befriedigten Zustande entlassen. Natürlich kann nur eine fortgesetzte Beobachtung entscheiden, wie es sich mit den Recidiven verhalten wird, aber gerade bei dem vorgerückten Alter der Patientin ist es sehr wohl möglich, dass sie ihre Laufbahn jetzt vollendet, bevor die Krankheit von Neuem zum Ausbruch kommt.

VI. Krankheiten der Haut.

Wiewohl hier eine besondere Abtheilung für chronische Hautkrankheiten existirt, so haben wir doch, da die acuten meist auf unsere Abtheilung kommen, im Ganzen 48, gleichmässig auf beide Geschlechter verheilt, behandelt. Der einzige Gegenstand, welcher hier einiges Interesse bietet, ist das Erysipelas faciei, eine Krankheit, für welche es wohl an der Zeit wäre, wieder eine grössere, auf zahlreiche Beobachtungen gestützte, monographische Arbeit zu machen. Schon früher, aber besonders in den beiden letzten Jahren, war ich durch die Thatsache frappirt, wie verhältnissmässig häufig das acute, idiopathische Gesichtserysipelas Recidive macht; ich habe es bei mehreren Kranken 2—3mal nacheinander mit 8 bis 14tägigen Zwischenräumen auftreten sehen; noch Andere berichteten, dass sie in Zeit von 2 bis 3 Jahren 10 bis 15mal diese Krankheit durchgemacht hätten. Ich glaube, dass die Therapie vielleicht hier etwas Schuld war. Viele der Kranken waren durch

Brechmittel behandelt worden, eine Methode, welche ich durchaus nicht billige, und von der ich nie einen Nutzen gesehen habe. Von mir selbst wurde früher die Krankheit exspectativ behandelt. Seitdem ich jedoch mich sowohl durch pathologisch-anatomische Untersuchungen von der heftig entzündlichen Natur der Krankheit überzeugt, als auch durch klinische Beobachtungen die Häufigkeit der Recidive constatirt habe, bin ich wieder zu einer mehr energetischen Behandlung zurückgekehrt und habe seit dem letzten Jahre keine Recidive mehr gesehen. Aeusserlich Blutentziehungen am Kopfe, innerlich der Gebrauch des Tart. stibiat. in refr. Dosi, nach der alten Dessault'schen Methode, neben örtlichen Fetteinreibungen, strenger Diät, kühlenden Getränken und vom Beginn der Convalescenz an mehrfach wiederholte Abführungen, bilden die Basis der Behandlung. Im letzten Jahre habe ich außerdem bei der idiopathischen Gesichtsrose eine Tendenz zur Eiterung beobachtet, wie sie mir in meiner bisherigen practischen Laufbahn noch nicht vorgekommen war. In dem bereits früher erwähnten Falle von Erysipelas faciei mit Meningitis haben wir eines Abscesses unter der Haut in der Gegend der Glabella erwähnt, zugleich bestand Eiterung in den Stirnhöhlen.

Ein Anfangs Mai behandelter 30jähriger Fuhrknecht, sonst gesund und kräftig, hatte in der Convalescenz mehrere Abscesse im rechten oberen Augenlid. — Ein 22jähriger Mann kam Ende Februar mit anscheinender Pyämie und einem enormen Abscess der Orbita, sowie mit oberflächlichen Abscessen in verschiedenen Körpertheilen ins Spital; alle diese Erscheinungen waren nach und nach in Folge einer idiopathischen Gesichtsrose, welche er in der ersten Hälfte des Januar gehabt hatte, eingetreten. Alle Abscesse, auch der der Orbita wurden eröffnet, aber der Kranke ging dennoch später pyämis zu Grunde, trotzdem dass sich in inneren Organen keine Abscesse zeigten. — Ein 6jähriger Knabe kam, nach 3wöchentlicher Dauer einer Gesichtsrose, ins Spital, war bereits sehr herunter gekommen und starb nach kurzer Zeit unter den Zeichen einer sehr intensen Broncho-Pneumonie. Bei der Obduction finden wir außer den anatomischen Veränderungen dieser Krankheit das Zellgewebe zwischen Periost und Glabella, sowie oberhalb der oberen Augenlider eitrig infiltrirt, jedoch ohne dass ein Abscess bestanden hätte; das Zellgewebe um die Parotis herum ist geröthet, serös, aber nirgends eitrig infiltrirt.

Alle diese Fälle kamen in den Monaten März, April und Mai zur Beobachtung; bei keinem konnte das Erysipelas irgendwie auf Traumatismus zurückgeführt werden und ich kann auch nicht be-

greifen, was in jenen Monaten diese Bösartigkeit und pyogene Tendenz des Erysipelas bewirkt hat. Ich möchte übrigens auf diese blos diffuse Eiterinfiltration des subcutanen Zellgewebes nicht einen grossen Werth legen und scheinen mir Zustände dieser Art aus Gründen, die ich anderweitig entwickeln werde, einer vollkommenen Heilung, ohne Abscessbildung fähig. Ueberhaupt mag so manches Mal bei der mit Resolution endigenden Entzündung sich etwas Eiterinfiltrat bilden und verschwinden, ohne dass man es vermuthet, und scheint mir überhaupt die Grenze zwischen Resolution, seröser und eitriger Exsudatbildung noch viel zu ontologisch bestimmt.

VII. Krankheiten der Bewegungsorgane.

Von diesen kamen im Ganzen 45 Fälle vor, von denen 34 bei Männern und 11 bei Frauen. Von diesen waren ein Paar Fälle von Periostitis, welche schnell mit diffuser Eiterung endeten, dadurch interessant, dass sie durch Injection von Jodtinctur schnell gebessert und beide, der eine schnell, der andere etwas langsamer, geheilt wurden. Auch von Spondylarthritis der Nackenwirbel kamen wieder mehrfache Fälle vor und zwar wurden ein Paar schnell durch örtliche Blutentziehungen und Quecksilbereinreibungen geheilt. Viel protrahirter, aber doch im Ausgange günstig, war der Fall eines Kranken, welcher bereits seit mehreren Monaten an einer Affection der Halswirbel litt. Bei genauerer Untersuchung ergab sich, dass besonders das 3te Halswirbelgelenk erkrankt war, mit Anschwellung der Weichtheile und der zunächst gelegenen Wirbel. Bei jeder Bewegung des Kopfes hörte man deutlich ein lautes und krachendes Geräusch, welches durch das Aneinanderreiben der wahrscheinlich ihres Knorpelüberzuges beraubten Gelenkflächen der Wirbel hervorgebracht wurde. Der Kranke hatte wenig Schmerzen, wenn er sich ruhig verhielt, diese wurden aber durch jede Bewegung des Kopfes hervorgerufen. Ausserdem war er an Armen und Beinen unvollkommen gelähmt und konnte weder gehen, noch die Hände zum Mund führen. Durch andauernde Behandlung mit Jodkali, durch Abbrennen mehrerer Moxen in der Gegend der affirirten Wirbel und durch Anwendung der Electricität wurde der Kranke nach mehrmonatlicher Behandlung geheilt entlassen.

Von Periostitis, Osteitis und Caries der Wirbelsäule kamen nicht weniger als 18 Fälle vor, von denen 5 geheilt, 7 gebessert, 4 ungeheilt entlassen und 2 gestorben sind. Die Therapie bestand im Allgemeinen in der innerlichen Anwendung von Jodkali abwechselnd mit Thran und in dem Abbrennen mehr oder weniger zahlreicher Moxen; nur bei heftigen entzündlichen Erscheinungen wurden Schröpfköpfe angewandt. Die Behandlung war immer eine verhältnissmässig lange. In einem Falle von Spondylitis der oberen Halswirbel kam die Heilung mit Ankylose derselben und Schiefstellung des Kopfes zu Stande, wobei die Wirbelkörper übrigens noch ziemlich bedeutend geschwollen blieben. In den tödtlich verlaufenden Fällen, sowie auch in solchen, welche auf anderen Abtheilungen vorkamen und nur zur anatomischen Untersuchung mitgetheilt wurden, fand ich Periostitis, Caries, Necrose in verschiedenen Formen, aber nirgends eine Spur von Tuberculose, welche ich bis jetzt in der Wirbelsäule nur 1mal in Zürich constatirt habe, und ist selbst in den schlimmeren Fällen die einfache, nicht tuberkulöse Caries oder die chronische Gelenkentzündung weitaus die überwiegende Erkrankung. — Die verschiedenen chronischen Gelenkkrankheiten boten nichts besonders Erwähnenswerthes dar. Von Osteomalacie kam ein interessanter Fall vor, welcher jedoch ungeheilt entlassen wurde. Durch seine Seltenheit interessant war endlich der folgende Fall.

Zeichen von Periostitis des Schenkelbeins, plötzlicher Tod,
Muskelsarcom.

Eine 29jährige Dienstmagd, früher, Hang zu Schlaflosigkeit abgerechnet, vollkommen gesund, bekam am 20. November 1856 Schmerzen am linken Oberschenkel und Knie, welche allmälig Gehen und Stehen unmöglich machten. Am 27. Novbr. zeigt sie im Spital Folgendes: Sie ist wohlbeleibt, aber bleich. Am Trochanter des linken Oberschenkels findet sich eine härtliche Anschwellung, auf Druck schmerhaft, ohne Röthe; auch das Kniegelenk ist auf Druck und bei Bewegung schmerhaft. Die Rotation des Oberschenkels nach innen und aussen ist schmerlos. Eine leicht vermehrte Herzähmung abgerechnet, scheinen die übrigen Organe gesund. Nach der successiven Anwendung von Blutigeln, Einreibungen mit grauer Salbe, später grossen Blasenpflastern und Anwendung des Jodkali bessern sich alle Erscheinungen, nur bleibt ein leichtes Oedem auf der hinteren Seite des Oberschenkels zurück und trotz der Opiate sind die Nächte schlaflos. Am 7. Dec. war in der Nacht Erbrechen eingetreten, das Jodkali wurde deshalb ausgesetzt und

Pulvis aërophorus gereicht. In der Nacht auf den 8. Dec. bekommt Patientin plötzlich einen Schüttelfrost, auf welchen Fieber und Schweiß folgen, durch Sinapismen und warme Getränke wird sie erleichtert; am folgenden Tage ist die Kranke blass, aufgereggt, mit kleinem, schwachem, kaum fühlbarem Pulse (120); sie ist sehr abgeschlagen. Gegen Mittag bekommt sie mehrmals heftige, dyspnoische Anfälle und ist sehr aufgereggt. Durch Sinapismen und Tropfen von Laud. und Liqu. Ammon. anis. wird sie nur vorübergehend erleichtert. Am Abend kehrt die Dyspnoe sehr heftig wieder; ein Aderlass kann wegen der Kleinheit der Venen nicht genügend gemacht werden; es werden einige Schröpfsköpfe auf die Brust gesetzt und 5 Gtt. Laud. mit 10 Gtt. Liqu. Amm. anis. gereicht, worauf sie bis Mitternacht ruhig schläft, dann aber mit bedeutender Orthopnoe erwacht und plötzlich stirbt.

Leichenöffnung 29 Stunden nach dem Tode. Die Gefäße des kranken (linken) Schenkels zeigen nichts Abnormes; auf der äusseren hinteren Seite des Schenkels ist das Zellgewebe über der Aponeurose gallertartig infiltrirt. Gegen den oberen Ansatzpunkt findet sich im Vastus externus eine hühnereigrosse Geschwulst von weisslicher Farbe und ziemlich fester Consistenz; eine ähnliche kleinere Geschwulst findet sich im Ansatztheile des Gluteus medius. Die beiden Geschwülste waren zum Theil von Knochennetzen durchzogen, ihre Hauptmasse bestand aber aus geschwänzten Zellen und fibroplastischen Elementen. Hüft- und Kniegelenk gesund, in letzterem etwas vermehrte Flüssigkeit. Die Lungen sind rechts zum Theil adhäriend, links sind die Lappen durch Adhärenzen verwachsen. Unter dem Pleuraüberzuge des unteren linken Lappens zeigen sich mehrere kleine Pigmentablagerungen. Die Ränder sind emphysematos. Unter der Pleura des rechten oberen Lappens finden wir mehrere strahlig zusammengezogene Narben, unter welchen weisse, zum Theil verkreidete, zum Theil weiche Tuberkelablagerungen sich finden. Beide Lappen der Thymoidea in colloider Umwandlung begriffen. Das Herz leicht hypertrophisch, 12 Cm. lang, $11\frac{1}{2}$ Cm. breit; die linke Ventrikellwand ist 14 Mm. dick, die rechte 5 Mm. Die Klappen normal. Die Bronchialdrüsen sind geschwollen; eine, von der Grösse einer Wallnuss, ist ganz mit milchiger Flüssigkeit gefüllt. Magenschleimhaut blass, nicht erweicht; Magenwände besonders in der Cardia sehr dünn. Im Dünndarm stellenweise Injection der Gefäße, wahrscheinlich von dem Reize der 6 darin enthaltenen Ascariden. Lebersubstanz von muskatnussartigem Ansehen.