Zeitschrift: Verhandlungen der Schweizerischen Naturforschenden Gesellschaft = Actes de la Société Helvétique des Sciences Naturelles = Atti della Società Elvetica di Scienze Naturali

Herausgeber: Schweizerische Naturforschende Gesellschaft

Band: 23 (1838)

Protokoll: Medizinische Section

Autor: Rottmann / Raillard

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 12.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

IV.

Medizinische Sektion.

Protokoll der Sitzung am 13 September.

Präsident: Herr Dr. Kottmann, Med. Inspektor von Solothurn.

Sekretär: Herr Dr. Raillard von Basel.

Herr Dr. *Kottmann* verliest einen *Nachtrag zu seiner Schrift über die Bad- und Trinkkur in Baden im Aargau*, veranlafst besonders durch eine Schrift von Hofrath Prof. *Harless* über das *Habsburgerbad*, 1827.

Die deutschen Aerzte wollen im Allgemeinen wenig von dem Bad-Auschlag und der sogenannten grofsen Badkur wissen, die in einigen Schweizer-Thermen gebräuchlich sind. Vortragender verweist auf seine Schrift, dafs da, wo es sich darum handelt, Bäder zu gebrauchen, die starken sollen, nach schwächenden Einflüssen, nach langwierigen Krankheiten, da wo zur Beruhigung etc. nach Krankheiten die Thermen indicirt sind, im Allgemeinen auch kurze Bäder indicirt sind. Wo es sich aber darum handelt, den Kranken von Krankheitsstoffen zu befreien, wo ein kräftiges Durchdringen des Körpers durch das Bad bezweckt wird, da sind gar oft regelmäfsig verlängerte Bäder, nach Anweisung seiner Schrift, nothwendig; bei solchen folgt der Bad-Ausschlag ganz natürlich, als

Zeichen der Sättigung, als Crise, und ist in vielen Fällen als solche bewährt, erfordert genaue Beachtung, und das sogenannte Abbaden.

Harless gibt selbst die Möglichkeit solcher Kuren zu; Kottmann warnt sehr angelegentlich vor Mifsbrauch. Kottmann beleuchtet durch Analogie die Wirkung vieler Arzneistoffe, z. B. Jod, Mercur, Sulphur etc., wo eine solche Durchdringung und Sättigung des Körpers zur Heilung in manchen Krankheiten nöthig ist und verwahrt sich gegen krasse Humoral-Pathologie, aber eben so sehr gegen die Ansicht, welche Aufnahme der Arzneistoffe in den Körper ganz läugnet.

Erzwungenen Badausschlag, Wiederholung desselben in kurzer Zeit, verwirft er ziemlich unbedingt. Anzeige und Gegenanzeige glaubt er hinlänglich bestimmt angegeben zu haben. Versuche, die Kottmann an sich selbst anstellte, über den Einflufs der Thermen zu Baden auf den Puls geben folgendes Resultat:

26°	Wärme geben	6—8	Pulsschläge	Verminderung in der	Minute,
27°	—	— 4—6	—	—	
28°	—	— 2	—	—	

und zwar erfolgte diese Verminderung bald im Anfang des Bades. Es beweist also dieses, dafs die Thermen überhaupt mehr durch ihre Temperatur erhitzend oder kühlend wirken, dafs ihr chemischer Gehalt dabei viel weniger in Betracht kommt, dafs aber auch defswegen dieselben eine viel ausgedehntere Anwendung gestatten, bei gehöriger Individualisirung, als er selbst früher glaubte.

Alle Anwesenden stimmten über die zwei letzten Punkte mit Kottmann vollkommen überein.

Herr Dr. Kaiser, Badarzt in Pfäfers, findet seit 20 Jahren, dafs selten das Ausschlagbaden indicirt sey; die Regel sind kurze Bäder.

In Baden im Aargau sind die Ansichten der Aerzte verschieden.

In Schinznach sind die Aerzte der Ansicht, dafs der Badausschlag fast eine nothwendige und unmittelbare Wirkung einer ordentlichen Badekur sey, da Zerstörung der Epidermis und Bildung einer neuen die Wirkung einer zweckmäfsigen Kur bedinge.

Gewöhnliche Bäder, Flufs- und Seebäder, bewirken bei vielen Personen Hautausschläge, und zwar an den Körperstellen, wo die gewöhnlichen Badausschläge sich zeigen.

Zurückbleibender Badausschlag hat oft wenig zu bedeuten.

Allgemein wurde anerkannt, der häufige Gebrauch der grofsen Badkuren mit dem Badausschlag sey gewifs sehr einzuschränken, was in den Schweizerbädern auch geschieht; aber unbedingt zu verwerfen seyen sie nicht. Hautausschläge sind in vielen Fällen die nothwendige Folge einer wirksamen Badkur, eine wirklich kritische Erscheinung, wie diefs auch in deutschen Bädern anerkannt ist, z. B. in Kreuznach, besonders bei chronischen Hautkrankheiten, Dyscrasien etc.

Fernere Beobachtungen und Bekanntmachung derselben, werden den Herren Badärzten und den medizinischen Kantonalgesellschaften dringend empfohlen; die medizinische Sektion möchte diesen Gegenstand gleichsam zu einem stehenden Artikel der Verhandlungen erheben.

Herr Dr. Meyer-Ahrens von Zürich macht darauf aufmerksam, wie zweckmäfsig die Abfassung einer allgemeinen schweizerischen Medizinalgeschichte wäre. Er

selbst verfafst eine vom Kanton Zürich, und fordert dringend zur Mitwirkung auf.

Von Herrn Dr. Kottmann ist eine Medizinalgeschichte des Kantons Solothurn vorhanden.

In den neuern Kantonen wird es kaum möglich seyn, etwas über Medizinalgeschichte zu erfahren. Ueberhaupt sind es die Medizinal-Behörden, welche um Mittheilungen und Mitwirkung ersucht werden müssen.

Es wird beschlossen, das Zürcherische Comite zu ersuchen, diesen Gegenstand in weitere Erwägung zu ziehen und dessen Ausführung zu bearbeiten.

Dafs Herr Professor Dr. Rahn-Escher von Zürich, welcher voriges Jahr in Neuchatel zum Präsidenten der medizinischen Commission ernannt wurde, nicht gegenwärtig ist, wird allgemein bedauert. Die medizinische Sektion wurde dadurch gleichsam gelähmt, weil sie ihre angewiesene Stellung nun nicht einnehmen konnte. Der Auszug aus den eingegangenen Berichten der Kantonalgesellschaften über die Krankheitskonstitution A.° 1837 in einigen Kantonen, mit ausgezeichneter Sorgfalt durch Herrn Prof. Locher-Balber ausgeführt, wird mit anerkennendem Dank durchgesehen und von den Anwesenden zu manchen Bemerkungen benutzt; ihren eigentlichen Werth erhalten solche Bearbeitungen aber erst, wenn sie mehrere Jahre mit solcher Treue und Sachkenntnifs bearbeitet, und durch den Druck bekannt gemacht sind.

Sitzung am 14 September.

Präsident: Herr Dr. Mayor von Lausanne.

Sekretär: Herr Dr. Raillard.

Schriftliche Eingabe von Herrn Dr. Ducrest.

Eine eingegangene Schrift wird übergeben: «*Motifs propres à faire le plus souvent préférer les rubefians et surtout les sinapismes aux sangsues, par F. S. Ducrest, Med. Dr., de Fribourg.*»

Die Motive zerfallen in therapeutische und ökonomische, welche dem Verfasser die Blutigel verleidet haben, er zieht die Sinapismen vor, und hat fast immer eben so günstigen Erfolg, weniger Nachtheil und Unbequemlichkeit. Es folgt eine Angabe der Zunahme des Blutigelbedarfs in Frankreich: 1817, 5,909 Stück zu 177 Fr.; 1832, 57,498,000 zu 2,724,730 Fr.

Schriftliche Eingabe von Herrn Dr. de Castellan.

Mémoire sur le mouvement de l'hôpital de Portalis A.° 1837.

Bestand den 1 Januar 1837:
23 Kranke, 16 Männer, 7 Weiber.

Zugang im Lauf des Jahres:
363 Kranke, 260 Männer, 103 Weiber.

Total:
386 Kranke, 276 Männer, 110 Weiber.

ausgetreten 338, geheilt 288, erleichtert 36, unheilbar 14, gestorben 21, 27 in Behandlung geblieben den 31 Dec.

Commotio cerebri 6 Fälle; Behandlung: kalte Fomentationen, und Tart. stibiatus in kleinen Gaben, besonders in Klystieren, bei folgender entzündlicher Reaktion mit Blutentziehung.

Dartreuse Geschwüre wurden mit Erfolg behandelt, mit Waschungen von Rufsabkochung.

Zwei tödtliche Pleuropeumonien waren mit Hypertrophia corolis verbunden; diefs waren die einzigen Todesfälle unter 30 Brustkranken, welche immer mit Blutentziehung doch nicht zu stürmisch, und Tartarus stibiatus behandelt wurden.

Vierzehn bedeutendere Operationen wurden verrichtet.

Wegen Varices und varicosen Geschwüren wurde mit gutem Erfolg Unterbindung der Venen vorgenommen. Die Nadel wurde unter der Vene durchgestofsen, und diese zwischen Haut und Nadel comprimirt, wie bei der Suture entortillée. Wegen einem Tumeur erectile, an der rechten Hand, wurde die Arteria radialis unterbunden, aber ohne günstigen Erfolg.

Herr Dr. *Streckeisen* von Basel hält einen Vortrag über die anatomische Nachweisung mancher Krankheitsformen im Darmkanal.

Die Entdeckung dieser wird vom Ref. der neuesten Zeit zugeschrieben, und bezieht sich vorzüglich auf Veränderungen, die auf der Darmschleimhaut beobachtet worden sind. Genauere Nachrichten davon geben uns Andral, Cruveilhier, Albers, Louis und Schönlein. Die beiden letztern, durch Genauigkeit in ihren Beobachtungen ausgezeichnet, liefern besonders reichlichen Stoff; hingegen wird die von Schönlein aufgestellte Vergleichung mit den Exanthemen getadelt, und die beobachteten Veränderungen in die Klasse der *Geschwüre* gesetzt.

Nach Nachweisung der grofsen Dignität des Darmkanals in Krankheiten, werden die eigenthümlichen Bildungsformen dieses Organs erläutert, und den krankhaften Veränderungen ihr ursprünglicher Sitz in den Drüsen oder

Schleimsaftbälgen zugewiesen; das, was sie mit der einfachen Entzündung derselben, (Röthe, Anschwellung der Umgebung, Infiltration und Verdickung der Häute, wodurch die Bläschen versteckt werden, Härte und Unterdrückung der Absonderung) gemein haben, kurz nachgewiesen; in den Eigenthümlichkeiten aber des Sitzes, der Form und des Verlaufes, die sich in bestimmt zu definirenden Grenzen wiederholen, die Erkenntnifs des ätiologischen Momentes gezeigt; wobei sich die Erklärung einzelner Symptome leicht aus der Würdigung der zurückbleibenden Entartungen ergibt.

Nach Ref. kann man folgende Geschwürsformen genau unterscheiden:

1) *Typhöse Geschwüre.* (Entzündung mit vorherrschender Neigung zum Uebergang in Brand.)

Sitz. Peyer'sche und Brunner'sche Drüsen, vorzüglich des Dünndarms, seltener des Dickdarms; im Dünndarm meist im untern Theile, und da ausgebildeter.

Form und Entwicklung. Anschwellung und Infiltration des Zellgewebes und der Schleimhaut um und zwischen den Schleimsaftbälgen, mit starker Gefäfsentwicklung; hernach brandschorfartige Entartung einer runden, circumscripten Stelle der Oberfläche; Loslösung und Abstofsung des so gebildeten Pfropfs bis auf die Muskelhaut, woher die runde, oder aus der runden zusammengesetzte, Form dieses Geschwürs entsteht. Bei günstigem Ausgange sodann Einsinken und bläuliche Färbung des früher stark erhabenen, scharf abgeschnittenen, oft übergeworfenen Randes, gleichmäfsiges Hervorwachsen einer feinen Schichte coagulabler Lymphe von den Rändern aus über die nackte Muskelhaut, ebene (selten zusammengezogene) Narbenbildung, lange zurückbleibende schwärzlich blaue Färbung des frühern Geschwürsrandes,

endlich Bildung von schleimhautähnlichen Falten auf der Oberfläche des ehemaligen Geschwürsgrundes.

Verlauf. Oft sehr rasch, nur die Zurückbildung und Heilung äufserst langsam.

Diese Geschwüre gehen nur bis auf die Muskelhaut. Der gefährlichste Zeitpunkt ihrer Entwicklung ist der der Abstofsung der Pfröpfe. Geht diese regelmäfsig vor sich, so entsteht keine Blutung; bleibt aber auf einer Seite der Pfropf noch mit dem Rande, wegen ungleichzeitiger Ausbildung, in Gefäfsverbindung, während er auf der andern gelöst ist, so wird meistens (vielleicht beim Durchtreten von Nahrungsstoffen oder bei Bewegungen des Darmkanals) diese Stelle losgerissen und die Blutgefässe ergiefsen reichlich ihren Inhalt in den Darmkanal. In diesem Falle findet man den Rand und Grund des Geschwüres mit zersetztem, schwarzem, flockigem Blute besetzt. Der Abgang der Pfröpfe läfst sich in den Ausleerungen der Kranken meist nachweisen. Oft erfolgen mehrere Anfälle hinter einander, die sich ihrer Entwicklungsstufe nach deutlich unterscheiden lassen, und meistens stimmt die Diagnose aus der Leiche mit der Krankheitsgeschichte überein.

2) *Tuberkulöse Geschwüre.* Eigentliche Phthise des Darmkanals; derselbe Prozefs wie bei den Lungentuberkeln, geht hier auf der Fläche des Darmkanals vor sich.

Sitz. Peyer'sche und Brunner'sche Drüsen, erstere meist nur theilweise, häufig im Dünn- und Dickdarm, doch häufiger in ersterm; ebenfalls am meisten entwickelt gegen die valvula coli hin.

Form und Entwicklung. Kleine Tuberkeln finden sich in der Zellhaut des Darmkanals abgesetzt, bald einzeln, bald in Gruppen, bilden sie eine weifsgelbliche Erhöhung in der sie überziehenden Schleimhaut und veranlassen eine meist geringe Anschwellung in ihrer Umgebung. Sie

erweichen sodann im Innern, die Schleimhaut platzt, und so bildet sich eine kleine, länglich runde Oeffnung, die sich durch Weiterschreiten der Erweichung vergröfsert; in andern Fällen hebt eine grofse Menge dicht zusammenstehender Tuberkeln die Schleimhaut in gröfserm Umfange auf, und bedingt durch Abschliefsung von der Tunica nervea ihr Absterben. In beiden Fällen aber vergröfsert sich das Geschwür durch Zusammenfliefsen mehrerer kleinerer, durch neuen Absatz und Erweichung von Tuberkeln am Rande. Es entsteht daraus ein Geschwür von durchaus unregelmäfsiger Form, hohem, verdicktem, hartem, oft übergeworfenem Rand, ungleichem, zerrissenem Grund, manchmal von grofsem Umfange. Bei hoher Entwicklung zieht es Muskel- und Peritonealhaut in den Kreis der Entartung, die dann verdickt, hart, erstere mit Entzündungsgewebe durchsetzt, letztere damit überzogen, erscheinen.

Die Narbe dieses Geschwürs ist zackig, sternförmig zusammengezogen und vermindert das Lumen des Darmkanals. Nur zwei solcher Präparate stehen Ref. zu Gebote, die ihm über den Prozefs der Zurückbildung keine nähere Angaben erlauben.

Verlauf. Immer langsam.

Ref. hat bisher diese Geschwüre nur bei solchen Individuen beobachtet, die in Folge von weitgeschrittener Tuberkulose der Lungen zu Grunde gegangen waren, möchte aber gerne in diesem Prozesse die Ursache der Diarrhöen kurz vor dem Lebensende der Phthisiker erblicken.

3) *Diarrhoisches Geschwür.*

Sitz. Ausschliefslich in den Drüschen des Dickdarms.

Form. Meist kreisrund, selten die Gröfse einer Erbse überschreitend. Anfangs treten sie an den den Längenmuskeln des Dickdarms entsprechenden Stellen auf; bei gröfserer Zahl findet man sie aber auch in den Querfalten.

Ihre Tiefe ist meistens verschieden; selten aber durchbohren sie die in diesem Theil fast sehnige Zellgewebshaut ganz. Ihr Rand ist scharf abgeschnitten, etwas unterhöhlt, ihr Grund ungleich und mit hellweifsglänzenden Zellgewebsfasern bedeckt; die Narben sternförmig zusammengezogen.

Verlauf. Meist langsam.

Selten findet man diese Form in der eben beschriebenen Reinheit, meist gehen sie mit der unter 4) zu bezeichnenden Combinationen ein, die die Charactere beider verwischen.

4) *Dysenterische Geschwüre.* (Entzündung mit vorwaltender Neigung zu Exsudatbildung.)

Sitz. Ausschliefslich im Dickdarm, am meisten gegen den untersten Theil desselben hin entwickelt.

Form und Entwicklung. Ein schuppenförmiges Exsudat von gelblicher, oft grünbrauner Farbe bedeckt die Schleimhautfläche ganz oder theilweise; in der von feinen Gefäfsverzweigungen hochroth erscheinenden Schleimhaut zeigen sich längliche, unregelmäfsig ausgezackte, tiefe Geschwüre, zwischen denen einzelne Schleimhautstellen noch unversehrt inselförmig hervortreten. Diese Geschwüre fangen gewöhnlich nicht in den Drüsen an, sondern gehen so um sie herum, dafs dieselben isolirt wie einzelne Bläschen zwischen erstern hervorragen. Sie selbst sind meist etwas vergröfsert und strotzend, mit bläulich weifsem Inhalt angefüllt. Die Narben dieser Geschwüre kennt Ref. nicht.

Am meisten zeigt die letztaufgeführte Form Aehnlichkeit mit einem pustulösen Exanthem, welche Meinung aber leicht durch genauere Untersuchung dieser Stellen widerlegt wird. Aeufserst leicht können die Geschwüre übersehen werden, indem sie oft von dem Exsudat so ganz bedeckt sind, dafs sie nur bei Ablösung dieses zum Vorschein kommen.

Die geeigneten Präparate, so wie naturgetreue Zeichnungen von des Verfassers Hand, erläutern diesen Vortrag.

Ref. wünscht durch diese Mittheilung, die durchaus nicht auf Vollständigkeit oder unbedingte Wahrheit Anspruch macht, die Aerzte zu veranlassen, auf dem Wege der pathologisch-anatomischen Beobachtungen den Residuen und sichtlich erkennbaren Merkmalen der Krankheiten nachzuforschen, in der Ueberzeugung, dafs dadurch wichtige diagnostische und therapeutische Wahrheiten aufgefunden werden können.

Am Schlusse zeigt Herr Dr. Streckeisen eine Form von Cancer recti, die eine in bald dichtern, undurchsichtigen, bald feinfädigen, durchsichtigen Zellen enthaltene gelatinöse Beschaffenheit zeigt. Alle Häute, mit Ausnahme des Peritonæi, sind ohne Unterschied und ohne Merkmale ihrer frühern Beschaffenheit in diese Substanz verwandelt. Nach unten und oben wird diese Entartung von einer andern papillenartigen Krebsform, die sich allmählig in die gesunde Schleimhaut verliert, begränzt. Dieselbe in durchsichtigen Zellen eingeschlossene gelatinöse Masse fand sich als einzelne von gesunden Lungengewebe umgebene Bälge in den Lungen des Kranken.

Beide Präparate werden im anatomischen Kabinete zu Basel aufbewahrt.

Herr Professor Dr. K. G. Jung, von Basel, theilt einen Fall von Abtragung des Oberkiefers mit.

«Maire, aus einer benachbarten französischen Stadt, suchte im Frühjahr 1838 bei mir wegen einer Geschwulst Hülfe, die vom Oberkiefer der rechten Seite, von der Fossa maxillaris ausgehend, sich gegen den Rücken der Nase und unter dieser weg gegen die Oberlippe, nach oben aber gegen das Auge der rechten Seite auf die Art ausdehnte,

dafs das Auge selbst fast geschlossen, die rechte Seite der Nase geschwollen und aufgetrieben, die Nasenspitze nach links hinüber gedrängt und bei weitem der gröfste Theil der Oberlippe wulstig aufgetrieben erschienen. Nach aufsen reichte die Geschwulst bis gegen das Jochbein. Bei geöffnetem Munde erblickte man den Alveolar-Fortsatz des Oberkiefers der rechten Seite, und den Theil des Oberkiefers der linken Seite, in welchem die Schneidezähne safsen, höckerig, nach aufsen namentlich mit haselnufsgrofsen Geschwülsten besetzt. Die Zähne waren aus einander getrieben, mehr oder weniger locker. Jedoch standen der linke Eckzahn und der vierte Backzahn des rechten Oberkiefers fest, und nahe an ihnen begrenzte sich die Geschwulst scharf.

Die Haut, welche nach vorn und oben die Geschwulst deckte, war mifsfarbig blauroth, sonst aber gesund. Ein stark entwickeltes Venennetz bezeichnete den Höhepunkt der faustgrofsen Geschwulst. Seitlich an dem rechten Nasenflügel, zwischen ihm und der Geschwulst, war eine geschwürige Stelle, von der Gröfse eines Groschenstückes, welche der Patient den ungeschickten Versuchen, die Geschwulst aufzuziehen und zu entleeren, zu verdanken hatte. Diese Stelle bestand seit länger als einem halben Jahre, und war durch früher von Anderen angewendete Heilsalben nicht zum Schliefsen zu bringen, hatte sich aber auch nicht vergröfsert. Sie hatte einen mifsfarbigen Grund und war meist mit braunen, leicht abnehmbaren Schorfen umgeben.

Unter den Fingern zeigte sich die Geschwulst fest, widerstehend. Nur an ihrem Höhepunkt, wo sich das vorhin bezeichnete Venennetz wahrnehmen liefs, war sie etwas weich anzufühlen. Sie war unempfindlich; nur das Berühren der lockern Zähne verursachte lebhaften Schmerz. Ich erkannte die Geschwulst für Osteosarcom.

Aus der Anamnese konnte für die Aufklärung der ursächlichen Verhältnisse durchaus nichts entnommen werden. Der Kranke war etwa 50 Jahre alt, verheirathet, Vater gesunder Kinder. Ob er je an syphilitischer Ansteckung gelitten habe? — wird von ihm mit Bestimmtheit verneint. Ebenso weifs sich der Kranke keiner mechanisch wirkenden Veranlassung zu entsinnen. Vor etwa zwei Jahren bemerkte er die erste Entstehung der Geschwulst. In der letzten Zeit hatte sie sehr rasch zugenommen. Die ersten Störungen, die der Kranke empfunden hatte, waren: Wackeln der Zähne, öfterer Schnupfen, Hindernifs des freien Durchganges der Luft durch die Nase.

Der Kranke verlangt dringend Hülfe. Auf irgend eine Art wolle er von der ihn schmerzenden und entstellenden Geschwulst befreit seyn. Ich schlug ihm die Operation vor, durch welche die Geschwulst entfernt werden sollte; der Kranke willigte ein, und am letzten Tage des Maimonats wurde zu derselben geschritten.

Ein Längenschnitt, welcher seitlich vom äufsern Winkel des rechten Auges anfing und schief nach unten bis in den Mundwinkel geführt wurde, trennte die äufseren Bedeckungen. Seitlich von diesem Längenschnitte wurden durch weitere Eingriffe gegen die Nase und nach der äufseren Seite des Gesichtes hin zwei Lappen gebildet, und hiemit die Geschwulst in ihrem ganzen Umfange blofsgelegt. Zuerst wurde dieselbe so weit als möglich durch einen Kreisschnitt entfernt. Diefs geschah um so leichter, da die Geschwulst in der Nähe des Knochens wie eingeschnürt war. Beim Durchgange des Messers stiefs ich auf eine Menge Knochentheile. Hierauf schritt ich zur Abtragung eines grofsen Theils der Alveolarfortsätze von dem Eckzahn der linken Seite bis hinüber zum vierten Backzahn des rechten Oberkiefers. Durch diesen Operations-

act wurde die Highmor's-Höhle geöffnet und es zeigte sich, dafs die Geschwulst sich in derselben ausbreite. Mit Leichtigkeit konnte der Rest der Geschwulst aus dieser Höhle herausgezogen werden. Sie war hier zusammenhängender, zäher, nicht so brüchig, hatte eine Art von Gefäfsboden und war deutlich hier mit einem Theil der Schleimmembran überkleidet.

Ringsum wurden nun alle Umgebungen genau untersucht. Ueberall konnte man gesunden Knochen wahrnehmen. Nur nach oben, gegen den untern Orbitalrand, als ich mich bemühte, einzelne verdächtig scheinende Stellen an dem Knochen zu entfernen, wurde ich durch die heftigsten Aeufserungen von Schmerz, die in Convulsionen überzugehen droheten, gehindert, die Arbeit vollkommen zu vollenden.

Bei dieser Operation war eine einzige Ligatur der Arteria coronaria labii sup. nothwendig.

Die Wunde wurde mit den zurückgeschlagenen Hauttheilen bedeckt, und diese selbst durch blutige Nähte vereinigt.

Die anatomische Untersuchung der Geschwulst zeigte, dafs der gröfste Theil der vordern Wand des Oberkiefers sich in eine speckartige Masse verwandelt hatte, welche eine Menge rauher Knochenstücke enthielt, und in welcher die Zähne locker befestigt waren, wiewohl Nerven und Gefässe normal und selbst in ihren Funktionen nicht gestört durch dieselbe zu gehen schienen. Die Geschwulst war offenbar in der Highmor's-Höhle entstanden, hatte bei weiterer Entwicklung den Knochen aufgetrieben, aus einander gesprengt, und wahrscheinlich erst durch Theilnahme des Knochengewebes an der krankhaften Umbildung einen andern Charakter, den des Osteosarcoms, angenommen.

Ohne irgend eine heftige entzündliche Reaktion, und fast ohne Schmerz, verflofs die erste Zeit nach dieser schmerzhaften Operation. Ruhig und gleichmäfsig schien die Wunde ihrer Heilung entgegenzugehen; nur eine Stelle ungefähr in ihrer Mitte schlofs sich nicht. Der bessern Pflege wegen wurde nun der Kranke in das hiesige Spital aufgenommen, und befand sich somit unter meiner nähern Aufsicht.

Nach und nach erhob sich nun von dem innern Winkel des rechten Auges eine Geschwulst, welche sich nach der Nasenwurzel richtete, sich von da an dem untern Rande des Stirnbeins ausbreitete, und von hier wie von der Nase aus das linke Auge ober- und unterhalb bedrohte. Durch ferneres Wachsthum der Geschwulst wurde das rechte Auge nach und nach aus seiner Stelle nach aufsen gerückt und zugleich aus seiner Orbitalhöhle hervorgetrieben. Im Innern der Mundhöhle traten allmählig an den knöchernen Parthieen mehrere Geschwülste auf, welche mit der Geschwulst am innern Augenwinkel nach und nach zusammenflossen. Nach Verlauf von 13 Wochen hatte die Geschwulst bei breiterem Boden wieder nach aufsen dieselbe Gröfse gewonnen, wie vor der Operation. (Ein Portrait des Kranken aus dieser Zeit, welches Herr Doktor Streckeisen so gefällig war zu verfertigen, wird vorgelegt.)

Offenbar mufs das Wiedererscheinen des Uebels wohl hauptsächlich dem Umstande zugeschrieben werden, dafs bei der Operation der untere Rand und ein Theil des Bodens der rechten Augenhöhle geschont worden waren.

Der Kranke liefs sich eine zweite Operation gefallen. Zu dieser wurde den 31 August geschritten. Ein Längenschnitt, welcher auf der Stirne, gleich unter dem behaarten Theile derselben anfing, zwischen der Nase und dem innern Augenwinkel der rechten Seite nach aufsen bis zu

dem Mundwinkel herunterlief, trennte die Hautbedeckungen. Mit dem Längenschnitte wurde ein Querschnitt, der unterhalb des rechten Auges nach aufsen bis gegen den Jochbogen sich erstreckte, in Verbindung gesetzt. Auf beiden Seiten wurden nun die Weichtheile des Gesichtes nach rechts und links abpräparirt. An dem linken Lappen blieb der vordere Theil des durchschnittenen Nasenknorpels hängen, und überhaupt wurde auf dieser Seite bis zum inneren Augenwinkel, und nach dem oberen und unteren Augenhöhlenrande hin der Lappen getrennt. Bei Untersuchung der Stelle, wo die Geschwulst auf dem Stirnbein safs, ergab es sich bald, dafs dieselbe die äufsere Platte des Sinus frontalis der rechten Seite und das Nasenbein zerstört hatte. Die Knochen sahen an diesen Stellen so aus, als hätten sie durch den Druck der Geschwulst gelitten, was in mehrfacher Beziehung auffallen mufste. Was mit Messer und Knochenzange von den krankhaften, oder den in ihrer Nähe gelegenen Theilen weggenommen werden konnte, wurde zunächst beseitigt. Die übrigen Knochentheile wurden durch die Säge abgetragen.

Folgende knöcherne Parthieen wurden entfernt: *a*) Der Oberkiefer der rechten Seite und ein Drittheil des Jochbeins. Nach Ausbrechung des Orbitaltheils des Oberkiefers sank das rechte Auge gegen die Zunge herab, behielt dabei aber seine Sehkraft; *b*) das Nasenbein der rechten Seite; *c*) der Oberkiefer der linken Seite in einer Linie, welche von den beiden letzten Backzähnen, die stehen blieben, ausgehend, schief hinauf durch den Körper des Oberkiefers gieng, seinen Nasenfortsatz und das Nasenbein dieser Seite durchschnitt; *d*) ein Theil des zerstörten Stirnbeins, wobei die Dura mater blofsgelegt werden mufste; *e*) die untere Nasenmuschel, die Lamina perpendicularis des Siebbeins und ein guter Theil der

vorderen Zellen desselben, so wie der gröfste Theil der Pflugschar.

Diese Operation, welche, kurze Unterbrechungen abgerechnet, zwei Stunden gedauert hatte, wurde in Gegenwart der Herren Doktoren Maas, De Wette und Streckeisen, welche die Güte hatten mich mit ihrer Beihülfe zu unterstützen, vollführt. Ohne alle Zufälle wurden diese enormen Eingriffe von Seiten des Kranken vertragen. Besondere Schmerzen erregte die Abtragung des Orbitaltheils des Oberkiefers der rechten Seite. Kein einziges Blutgefäfs wurde unterbunden. Keine bedeutende entzündliche Reaktion folgte der Operation. Nur eine Venæsection wurde am zweiten Tage nach der Operation nothwendig."

Die medizinische Sektion wird zum Besuche in das Spital eingeladen, um den Kranken anzusehen und zu untersuchen. Dieser ist fröhlich und guter Dinge und leidet nur an der Unbequemlichkeit, sich von Brühen, mittelst eines Trichters, nähren zu müssen. Noch ist seine Sprache sehr unverständlich. *)

Da vom Zürcher Comité kein Antrag über Bekanntmachung der Arbeiten eingekommen, so beauftragt die medizinische Sektion das Comité in Zürich, einstweilen zu handeln nach Gutfinden, z. B. mit Herrn von Pommer eine einstweilige Uebereinkunft wegen der Bekanntmachungen abzuschliefsen, die Kantonal-Gesellschaften und Cor-

---

*) Auch heute, den 30 November, befindet sich der Kranke fortwährend gut; das rechte Auge leidet durch die Narbe des Querschnittes, welche sich zu sehr zusammengezogen und das Auge dadurch des Schutzes durch den untern Augendeckel beraubt hat. Den Bericht über fernern Verlauf wird Herr Prof. Jung später veröffentlichen.

respondenten davon in Kenntnifs zu setzen, und nächstes Jahr die geschlossene Uebereinkunft zur Sanktion vorzulegen, oder Anträge zu stellen, damit alsdann die Sache definitiv berichtiget werden kann.

Es soll an die schweizerische naturforschende Gesellschaft das Ansuchen gestellt werden, auch für dieses Jahr einen Kredit von Fr. 100 zu eröffnen.

Der Sekretär erhielt den Auftrag, das Comité in Zürich mit diesen Beschlüssen bekannt zu machen.