

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: 11.01.2026

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*, veranlaßt 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 grossen Badkur wissen, die in einigen Schweizer-Thermen gebräuchlich sind. Vortragender verweist auf seine Schrift, dass 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 bezeugt wird, da sind gar oft regelmässig verlängerte Bäder, nach Anweisung seiner Schrift, nothwendig; bei solchen folgt der Bad-Auschlag 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 Missbrauch. 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 ver wahrt 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 Einfluss 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, dass die Thermen überhaupt mehr durch ihre Temperatur erhitzend oder kühlend wirken, dass ihr chemischer Gehalt dabei viel weniger in Betracht kommt, dass aber auch deswegen 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, dass 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, dass der Badausschlag fast eine nothwendige und unmittelbare Wirkung einer ordentlichen Badekur sey, da Zerstörung der Epidermis und Bildung einer neuen die Wirkung einer zweckmässigen Kur bedinge.

Gewöhnliche Bäder, Flus- und Seebäder, bewirken bei vielen Personen Hauthausschläge, 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 grossen Badkuren mit dem Badausschlag sey gewiss sehr einzuschränken, was in den Schweizerbädern auch geschieht; aber unbedingt zu verwerfen seyen sie nicht. Hauthausschläge sind in vielen Fällen die nothwendige Folge einer wirksamen Badekur, eine wirklich kritische Erscheinung, wie dies 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 zweckmässig die Abfassung einer allgemeinen schweizerischen Medizinalgeschichte wäre. Er

selbst verfaßt 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.^o 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 Sachkenntniss 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 **2,724,750** Fr.

Schriftliche Eingabe von Herrn Dr. de Castellan.***Mémoire sur le mouvement de l'hôpital de Portalis A.º 1837.*****Bestand den 1 Januar 1837:****25 Kranke, 16 Männer, 7 Weiber.****Zugang im Lauf des Jahres:****363 Kranke, 260 Männer, 103 Weiber.****Total:****386 Kranke, 276 Männer, 110 Weiber.**

ausgetreten **538**, geheilt **288**, erleichtert **56**, 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 Rufssabkochung**.

Zwei tödtliche **Pleuropeumonien** waren mit **Hypertrphia corolis** verbunden; dies 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 durchgestoßen, 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**, **Crucilhier**, **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 grossen 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 definierenden Grenzen wiederholen, die Erkenntniss 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 Gefässentwicklung; hernach brandschorfartige Entartung einer runden, circumscripten Stelle der Oberfläche; Loslösung und Abstofung 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 früheren Geschwürsrandes,

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

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

Diese Geschwüre gehen nur bis auf die Muskelhaut. Der gefährlichste Zeitpunkt ihrer Entwicklung ist der der Abstossung der Pfröpfe. Geht diese regelmässig vor sich, so entsteht keine Blutung; bleibt aber auf einer Seite der Pfröpf noch mit dem Rande, wegen ungleichzeitiger Ausbildung, in Gefäßverbindung, 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 Blutgefässer ergießen reichlich ihren Inhalt in den Darmkanal. In diesem Falle findet man den Rand und Grund des Geschwüres mit zersetzen, schwarzem, flockigem Blute besetzt. Der Abgang der Pfröpfe lässt 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 Prozess 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 Dünndarm, doch häufiger in ersterem; 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 weissgelbliche 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 vergrößert; in andern Fällen hebt eine große Menge dicht zusammenstehender Tuberkeln die Schleimhaut in größtem Umfange auf, und bedingt durch Abschließung von der Tunica nervea ihr Absterben. In beiden Fällen aber vergrößert sich das Geschwür durch Zusammenfließen mehrerer kleinerer, durch neuen Absatz und Erweichung von Tuberkeln am Rande. Es entsteht daraus ein Geschwür von durchaus unregelmäßiger Form, hohem, verdicktem, hartem, oft übergeworfenem Rand, ungleichem, zerrissenem Grund, manchmal von großem 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 Prozess 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. Ausschließlich in den Drüschen des Dickdarms.

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

Ihre Tiefe ist meistens verschieden; selten aber durchbohren sie die in diesem Theil fast sehnige Zellgewebs-
haut ganz. Ihr Rand ist scharf abgeschnitten, etwas unterhöhl^t, ihr Grund ungleich und mit hellweissglänzen-
den Zellgewebsfasern bedeckt; die Narben sternförmig zusammengezogen.

Verlauf. Meist langsam.

Selten findet man diese Form in der eben beschriebe-
nen Reinheit, meist gehen sie mit der unter 4) zu bezeichnen-
den Combinationen ein, die die Charactere beider verwischen.

4) *Dysenterische Geschwüre.* (Entzündung mit vor-
waltender Neigung zu Exsudatbildung.)

Sitz. Ausschliesslich 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, unregelmässig 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, dass dieselben isolirt wie einzelne Bläschen zwischen erstern hervorragen. Sie selbst sind meist etwas vergrössert und strotzend, mit bläulich weissem Inhalt angefüllt. Die Narben dieser Geschwüre kennt Ref. nicht.

Am meisten zeigt die letztaufgeführte Form Aehnlich-
keit mit einem pustulösen Exanthem, welche Meinung aber leicht durch genauere Untersuchung dieser Stellen wider-
legt wird. Aeußerst leicht können die Geschwüre übersehen werden, indem sie oft von dem Exsudat so ganz bedeckt sind, dass 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, dass 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 früheren 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. R. 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 grösste Theil der Oberlippe wulstig aufgetrieben erschienen. Nach außen 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 außen namentlich mit haselnussgroßen 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 missfarbig blauroth, sonst aber gesund. Ein stark entwickeltes Venennetz bezeichnete den Höhepunkt der faustgroßen Geschwulst. Seitlich an dem rechten Nasenflügel, zwischen ihm und der Geschwulst, war eine geschwürige Stelle, von der Grösse 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 Schliessen zu bringen, hatte sich aber auch nicht vergrössert. Sie hatte einen missfarbigen 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 ließ, 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 weiss 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, Hinderniss 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 äussern Winkel des rechten Auges anfing und schief nach unten bis in den Mundwinkel geführt wurde, trennte die äusseren Bedeckungen. Seitlich von diesem Längenschnitte wurden durch weitere Eingriffe gegen die Nase und nach der äusseren Seite des Gesichtes hin zwei Lappen gebildet, und hiemit die Geschwulst in ihrem ganzen Umfange bloßgelegt. Zuerst wurde dieselbe so weit als möglich durch einen Kreisschnitt entfernt. Dies geschah um so leichter, da die Geschwulst in der Nähe des Knochens wie eingeschnürt war. Beim Durchgange des Messers stieß ich auf eine Menge Knochentheile. Hierauf schritt ich zur Abtragung eines grossen 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, dass 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 Gefäßboden 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 Aeußerungen 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, dass der grösste 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, verfloß die erste Zeit nach dieser schmerzhaften Operation. Ruhig und gleichmäßig schien die Wunde ihrer Heilung entgegenzugehen; nur eine Stelle ungefähr in ihrer Mitte schloß sich nicht. Der bessern Pflege wegen wurde nun der Kranke in das hiesige Spital aufgenommen, und befand sich somit unter meiner näheren 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 außen 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 außen 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 muß das Wiedererscheinen des Uebels wohl hauptsächlich dem Umstände zugeschrieben werden, daß bei der Operation der untere Rand und ein Theil des Bodens der rechten Augenhöhle geschont worden waren.

Der Kranke ließ 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 außen bis zu

dem Mundwinkel herunterlief, trennte die Hautbedeckungen. Mit dem Längenschnitte wurde ein Querschnitt, der unterhalb des rechten Auges nach außen 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 saß, ergab es sich bald, dass dieselbe die äussere 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 musste. 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 musste; e) die untere Nasenmuschel, die Lamina perpendicularis des Siebbeins und ein guter Theil der

vorderen Zellen desselben, so wie der größte 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 Beihilfe 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 Blutgefäß 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 abzuschließen, 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 ferner Verlauf wird Herr Prof. Jung später veröffentlichen.

respondenten davon in Kenntniss zu setzen, und nächstes Jahr die geschlossene Uebereinkunft zur Sanktion vorzulegen, oder Anträge zu stellen, damit alsdann die Sache definitiv berichtigt 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.
