X.

Mittheilungen aus der chirurgischen Abtheilung des Vereins- krankenhauses zu Magdeburg.

Von

Dr. Paul Sendler,
dirig. Arzt der Abtheilung.

1. Beitrag zur Chirurgie der Gallenwege.

Eins derjenigen Kapitel unserer Kunst, welches heute ein allgemeineres Interesse beansprucht, ist die Chirurgie der Gallenwege. Dementsprechend ist die Literatur über diesen Gegenstand in den letzten Jahren ziemlich angewachsen, und wir verfügen heute bereits über eine ganze Reihe von Operationsmethoden: die Cholecystotomie in ihren verschiedenen Modificationen, die Anlegung der Gallenblasen-Bauchfistel, die Cholecystektomie und die Winiwarter'sche Operation.

Während bis vor kurzer Zeit die Resultate der Operationen an der Gallenblase sehr wenig ermuthigende waren, sind sie heute Dank den verbesserten Methoden und der genaueren Antiseptik theilweise sehr erfreuliche geworden. Damit ist aber bei Einzelnen die Werthschätzung des armen Organs derartig gesunken, dass sie dasselbe nicht nur für überflüssig und werthlos, sondern unter Umständen sogar als schädlich für den Gesamtorganismus erklären.

Ein solcher Standpunkt birgt die Gefahr, dass gelegentlich ohne genaue Indicationsstellung am unrechten Orte und zu unrechter Zeit operirt wird. Das fällt freilich der Methode nicht zur Last, und ich denke nicht daran, etwa die Erfolge der Cholecystektomie, sowie deren Berechtigung für bestimmte Formen des Steinleidens, die ja anderweitig bereits präcisirt sind, anzuzweifeln. Aber die Geschichte der Chirurgie zeigt uns, was auf dieser Welt möglich ist, und ich erinnere nur daran, welche Operationsfrüchte in den letzten Jahren beispielsweise die Nervendehnung und die Lungenchirurgie gezeitigt haben.

Wenn aber irgendwo, so ist ganz gewiss auf dem Gebiete der Gallenblasenchirurgie die streng individuelle Würdigung des Einzelfalles nothwendig. Es ist bis jetzt nicht erwiesen und heute wohl überhaupt noch nicht zu erweisen, ob wirklich der Verlust der Gallenblase für unseren Organismus so ganz gleichgültig ist, wie von mancher Seite angenommen wird. Denn einstweilen ist unsere Verdauung noch so eingerichtet, dass wir zu gewissen Zeiten eines grösseren Quantum's Galle bedürfen, zu dessen Bereithaltung ein Reservoir nöthig erscheint; und der Umstand, dass einige höhere Thiere, die übrigens meines Wissens sämmtlich reine Pflanzenfresser sind, von der Natur mit einer Gallenblase nicht bedacht wurden, beweist zunächst nicht mehr und nicht weniger, wie manches Thierexperiment, dessen Resultate sich auch nicht ohne Weiteres auf den Menschen übertragen lassen. Thatsächlich steht fest, dass von allen Arten der Ernährung die gemischte Kost, wie wir sie zu geniessen pflegen, die stärkste Gallenabsonderung bewirkt und zu ihrer Verdauung verlangt.

Allerdings scheint es ja nach neueren Mittheilungen Langenbuch's¹⁾, dass der Verlust der Gallenblase vom Menschen längere Zeit ohne Nachtheil vertragen werden kann, indess ist die Beobachtungszeit für eine endgültige Entscheidung der Frage doch noch zu kurz.

Von grossem Werth würde es sein, gelegentlich durch die Section zu erfahren, wie sich die einschlägigen Verhältnisse im menschlichen Körper gestaltet haben; besonders ob eine vicariirende Erweiterung der grossen Gallengänge an Stelle der fehlenden Gallenblase eintritt, wie wohl anzunehmen ist. Geschieht das aber, so ist nicht einzusehen, weshalb unter ungünstigen Bedingungen nicht wiederum Gallenstauung und Steinbildung erfolgen könnte.

Nun ist bislang von keiner Seite bezweifelt worden, dass die Cholecystektomie sich nur eignet für Gallenblasenleiden, bei denen der Ductus choledochus als wegsam angenommen werden muss. Zuweilen werden wir aber in die Lage kommen, auch bei Steinleiden trotz eines Choledochalverschlusses und trotz eines hochgradigen Icterus operiren zu müssen, und wir werden uns in solchen Fällen mit der Cholecystotomie und der Anlegung einer Fistel begnügen. Ich erachte es nicht für meine Aufgabe, diese bereits anderweitig festgestellten und erst letzthin auf dem diesjährigen Chirurgencongress besprochenen Indicationen an dieser Stelle zu wiederholen,

1) Verhandlungen der Berliner medic. Gesellschaft. Berliner klin. Wochenschrift 1887. Nr. 7.

sondern beschränke mich auf die Mittheilung eines Falles, in welchem ich propter indicationem vitalem zu einem operativen Eingriff gezwungen wurde.

Der Patient, ein 50jähriger Schubmachermeister von schlankem, mässig kräftigem Körperbau, giebt an, ausser vor mehreren Jahren an Intermittens nicht krank gewesen zu sein, nur seit ungefähr 2 Jahren zuweilen an Druck in der rechten Seite und zeitweiliger, kurzdauernder, nur einige Male von Erbrechen begleiteter Appetitlosigkeit gelitten zu haben, die meist mit Stuhlverhaltung verbunden gewesen sei. Wegen eines solchen Anfalls gelangte er zum ersten Male im December 1883 in meine Behandlung; er war wiederum, und zwar unter Schmerzen in der rechten Seite und Erbrechen erkrankt, war appetitlos und fieberte etwas; in den nächsten Tagen stellte sich leichter Icterus ein, der mit dem Eintritt des nicht entfärbten, auch keine verdächtigen Bestandtheile enthaltenden Stuhles verschwand. — Im April 1884 litt der Kranke einige Wochen an Magen- und Darmkatarrh, ohne dabei aber seine Thätigkeit längere Zeit auszusetzen; im August desselben Jahres erfolgte ein deutlicher Anfall von Gallensteinkolik, in dessen Verlauf aber wiederum Steine in den Abgängen nicht aufgefunden wurden. Anfangs October stellte sich der Patient bereits wieder vor mit wesentlich verändertem Befund. Es hatte sich unterhalb des rechten Rippenbogens eine Anschwellung gebildet, die sich nach und nach vergrösserte und Ende des Monats Fluctuation zeigte. Der Kranke giebt der Vermuthung Ausdruck, dass diese neue Erkrankung durch das Anstemmen des Handwerkszeugs gegen die rechte Bauchgegend entstanden sei.

Am 27. October 1884 wird der ziemlich faustgrosse Abscess breit gespalten und ausgeschabt. Dabei entleert sich rahmiger Eiter von gewöhnlicher Färbung in reichlicher Menge, aber eine Fistel nach der Tiefe oder ein Gallenstein ist nicht zu finden. Unter einem Sublimat-Mooskissenverband legen sich die Wände des Abscesses primär an, so dass am 4. November 1884 beim ersten Verbandwechsel nur noch ein schmaler granulirender Streifen restirte, der schnell vernarbte. — Doch die Hoffnung auf dauernde Heilung erfüllte sich nicht, denn im Januar 1885 bereits bildete sich ungefähr in der Mitte der Operationsnarbe eine dünne Fistel, aus der sich zuweilen spärliche Galle entleerte. Ein Stein war aber auch diesmal nicht zu fühlen. Da der Kranke in seiner Erwerbsfähigkeit wenig oder gar nicht behindert wurde, so konnte er sich zu einer ihm vorgeschlagenen Operation noch nicht entschliessen, und ich verlor ihn zunächst aus den Augen.

Am 16. März 1886 früh wurde ich wieder zu ihm gerufen. Er war seit einigen Tagen unter Schüttelfrost, intensiven Schmerzen in der Lebergegend und heftigem Erbrechen erkrankt; der selten erfolgte Stuhl sei weisslichgelb. Ich traf den Patienten in einem trostlosen Zustande. Er war collabirt, hatte heftige kolikartige Schmerzen an typischer Stelle, aber auch im übrigen Leibe, häufige Schüttelfröste, brennenden Durst, hohes Fieber. Die am ganzen Körper tief bronzegelb verfärbte Haut war mit kaltem Schweiss bedeckt. Es bestand colossale Mattigkeit, Stuhlverhaltung, tief dunkelbrauner Urin, keine Xanthopsie. Dabei entleerten

sich aus der aufgebrochenen Fistel enorme Quantitäten Galle in fast continuirlichem Abfluss. Der Patient schien in unmittelbarer Lebensgefahr.

Nach seiner Aufnahme in die chirurgische Abtheilung des Vereinskrankehauses wurde noch an demselben Tage zur Operation geschritten. Da eine ausgedehnte Verwachsung der vorderen Wand der Gallenblase mit der Bauchwand nach dem bisherigen Verlaufe mit Sicherheit anzunehmen war, so wurde in guter Narkose, selbstverständlich unter streng antiseptischen Cautelen, die Fistel ihrer ganzen Länge nach gespalten und die Gallenblase so breit eröffnet, dass sie mit dem Finger abtastbar war. Dieselbe war von grossen und kleinen Steinen in bedeutender Anzahl erfüllt, die sich zum Theil nur schwierig aus grosser Tiefe extrahiren liessen. Nachdem durch den untersuchenden Finger wie durch die Sonde Steine nicht mehr nachgewiesen werden konnten, wird ein Drain bis zum Grunde der Wunde gelegt, dieselbe im Uebrigen mit Jodoformgaze ausgestopft und mit einem grossen Mooskissenverbande bedeckt.

Der nächste Erfolg des Eingriffs war ein sofortiger Fieberabfall auf 37,9; vom nächsten Tage an war und blieb die Temperatur normal. Einige Stunden nach der Operation stellte sich ein einmaliges stark galliges Erbrechen ein, dass sich am Tage danach noch einige Male wiederholte. Auch im Uebrigen war das nächste Resultat ein sehr befriedigendes. Die Schmerzen waren mit einem Schlage verschwunden, Schlaf noch etwas unruhig, Allgemeinbefinden, abgesehen von grosser Mattigkeit, tadellos. Am 2. Tage erfolgt spontaner braungefärbter Stuhl; der Icterus beginnt abzublassen, der Urin heller zu werden. Unter stetiger Zunahme der Kräfte ist der Icterus am 10. Tage nur noch eben wahrnehmbar, um bald darauf ganz zu verschwinden. Der Urin blieb noch eine Zeit lang sehr braun, nahm aber dann auch die normale Farbe an; Stuhl fortgesetzt in genügender Menge und von normaler Farbe und Consistenz. Der fernere Verlauf wurde nur 2 mal gestört, am 6. April und 14. Mai, durch kurz vorübergehende epileptiforme Anfälle, von denen der erste mit leichter Temperatursteigerung verbunden war, liess aber bezüglich des Allgemeinbefindens nichts zu wünschen übrig.

Soweit wäre der Erfolg sehr zufriedenstellend gewesen, wenn nicht ein, wenngleich mässiger Ausfluss von Galle aus der Wunde fortgedauert hätte, der einen fast täglichen Verbandwechsel nöthig machte. Am 2. April, am 19. Tage nach der Operation, mussten hierbei wiederum mehrere kleine, weiche, doch deutlich facettirte Steine entfernt werden. Dies wiederholte sich am 1., 4., 7. und 12. Mai. Die Beobachtung dabei war jedesmal dieselbe. Zuerst floss, wie fast bei jedem Verbandwechsel, eine Quantität bernsteingelber klarer Galle ab, dann wurde dieselbe dunkler gefärbt, dickflüssiger, mit körnigen Concrementen gemischt, zuletzt wurden kleine weiche, mit deutlichen Facetten versehene Steinchen entfernt. Dies geschah, wie erwähnt, zuletzt am 12. Mai.¹⁾ Von da ab begann die Wunde sich zu schliessen und war am 19. Mai fest vernarbt. Der Kranke blieb zu seiner Erholung und zur Beobachtung noch bis zum 8. Juni im Krankenhaus und wurde dann anscheinend geheilt, jedenfalls bei völligem Wohlbefinden, entlassen.

1) Im Ganzen sind über 230 Steine entfernt worden.

Leider hat die Freude nicht lange gedauert, denn sehr bald nach der Entlassung aus der Anstalt und Wiederaufnahme der gewerblichen Thätigkeit brach die Fistel wieder auf; der Patient wurde von Neuem stark ikterisch, ohne dass er indessen ärztliche Hülfe gesucht hätte. Am 30. Juli erkrankte er unter heftigem Schüttelfrost, der eine Pneumonie des rechten Oberlappens einleitete, welcher der Kranke am 6. August erlag.

Die am 7. August 1886 vorgenommene Obduction ergab im Wesentlichen folgenden Befund:

Brusthöhle. Herz, abgesehen von stark ikterischer Verfärbung, gesund. Linke Lunge ikterisch verfärbt, sonst normal. Das Gewebe der rechten Lunge ist dunkelroth, blutreich, morsch, wenig lufthaltig. Der Pleuraüberzug ist verdickt und mit zahlreichen Ekchymosen besetzt. An der Pleura costalis findet sich nichts Bemerkenswerthes.

Bauchhöhle. Milz etwas vergrössert, sonst gesund. Beide Nieren sind etwas vergrössert, ihre Kapsel ist leicht abziehbar, die Oberfläche vollkommen glatt, das Gewebe wenig bluthaltig, ikterisch verfärbt, sonst ganz gesund.

Das Peritoneum ist überall glatt, blass, durchsichtig. Die vordere Fläche der Leber und die Gegend der Gallenblase ist an die Rippenknorpel und die vordere Bauchwand durch eine breite feste Verwachsung angelöthet, sonstige Adhäsionen fehlen.

Der Magen zeigt ausser leicht geschwellter, gelblich verfärbter Schleimhaut nichts Bemerkenswerthes. Aus der Oeffnung des Ductus choledochus im Duodenum tritt Galle hervor; die Oeffnung selbst ist für die Sonde leicht durchgängig; gleich hinter ihr ist der Ductus choledochus enorm erweitert, in seinen Ausbuchtungen finden sich zwei haselnussgrosse Steine fest eingekeilt. Die einen flachen Spalt darstellende Gallenblase ist vollkommen leer. Ihre Wandungen sind stark verdickt, ihr Lumen sehr verkleinert, beträgt im Längsdurchmesser höchstens 3,5 Cm. Der Ductus cysticus durchgängig und ziemlich starrwandig.

Die Leber ist kaum vergrössert, ihr morschtes Gewebe zeigt eine braungelbe Färbung mit einem Stich ins Rothe. Sämmtliche Lebergänge bis in die feinsten Verzweigungen sind stark erweitert, mit theils flüssiger, theils eingedickter Galle, mit Concrementen und mit einer Menge ausgebildeter facettirter erbsen- bis kirschkerngrosser Steine erfüllt. Sonst bot die Obduction nichts Auffälliges dar.

Die mikroskopische Untersuchung des Leberparenchyms erwies fettige Degeneration, die chemische Zusammensetzung der Steine stimmte mit der gewöhnlich beobachteten überein.

Zunächst werde ich darin wohl kaum einen Widerspruch erfahren, dass unter den beschriebenen Umständen nur durch eine Operation Hülfe geschaffen werden konnte, und dass ein anderer operativer Eingriff, als der vorgenommene, nicht angezeigt war. Ob in früherer Zeit der Kranke durch die Cholecystektomie hätte gerettet werden können, ist eine Frage, die hier schon aus dem Grunde nicht

zu ventiliren ist, weil die Operation damals noch zu wenig bekannt war.

Bemerkenswerth erscheint mir Folgendes: Aus dem galligen Erbrechen sofort nach der Operation, aus dem Auftreten dunkelbraun gefärbten Stuhles 2 Tage nach derselben, aus dem allmählichen Ablassen des Icterus, der Aufhellung des Urins, sowie dem plötzlichen Aufhören sämmtlicher cholämischer Erscheinungen musste geschlossen werden, dass dem ungehinderten Abfluss der Galle in den Darm kein Hinderniss mehr im Wege stände. Höchst auffällig und bedenken-erregend war dabei aber, dass trotzdem und trotz breit eröffneter und vollkommen entleerter Gallenblase die Absonderung offenbar erst frisch gebildeter deutlicher Steine von theilweise gar nicht unbedeutender Grösse ihren Fortgang nahm. Woher kamen dieselben, wo war ihre Bildungsstätte? Das war und blieb zu Lebzeiten des Patienten eine offene Frage, und erst die Section hat uns die Antwort darauf gebracht. Denn sie lässt keinen Zweifel dartüber, dass trotz des ungehinderten, theilweise sogar profusen Abflusses der Galle nach aussen und des zeitweise jedenfalls ungehinderten Abflusses derselben auch in den Darm die Gallenstauung in der Leber und die consecutive Erweiterung auch der feinsten Gallengänge eine so hochgradige geworden war, dass in der Leber selbst die Gelegenheit zur Bildung massenhafter Steine geschaffen wurde. Das liess sich noch an der Leiche in den einzelnen Stadien erkennen, da klare Galle, Eindickung derselben, körnige Concremente, kleine weiche steinige Bildungen bis zu ausgebildeten facettirten Steinen in den Gallengängen bei der Obduction gefunden wurden, genau wie das Alles beim Verbandwechsel am Lebenden des Oefteren beobachtet war.

Nun sind ja Concretionen in den feineren Gallengängen bei Carcinom der Leber zuweilen gesehen worden; wenn wir aber lesen, dass Thiriar¹⁾ bei Durchsicht von mehr als 6000 Obductionsprotokollen nur einen einzigen Fall von mechanischem Choledochalverschluss gefunden hat, bei welchem Steine in der Leber selbst constatirt sind, so erscheint der obige Befund schon an sich sehr bemerkenswerth. Aber er muss unser Interesse noch in anderer Richtung wecken.

Bisher ist ziemlich allgemein angenommen worden, dass die Bildung der Gallensteine ausschliesslich in der Gallenblase vor sich geht. Auf dieser Annahme fusst auch die Lehre von der Cholecystektomie.

1) De l'intervention chirurgicale dans certains cas de lithiase biliaire. *Revue de chirurg.* 1886. Nr. 13, Refer. im *Centralblatt für Chirurgie.* 1886. S. 599.

So misslich es nun ist, nach einer einzelnen Beobachtung ein Urtheil zu fällen, so darf ein Befund, wie der mitgetheilte, doch nicht vernachlässigt werden. Denn er beweist, dass bei Ausschaltung des Reservoirs der Gallenblase und bei gleichzeitiger, wenigstens temporärer Durchgängigkeit des Ductus choledochus eine fortgesetzte Steinbildung in der Leber stattfinden kann.

Wenn auch ein solches Vorkommniß an bestimmte Bedingungen geknüpft ist und zu den grössten Seltenheiten gehören wird, so muss es als möglich doch berücksichtigt werden, und zwar ganz besonders in der Richtung, ob im gegebenen Falle die Cholecystektomie die zur Rettung des Patienten angezeigte Operation ist.

Ob die zum Tode führende Pneumonie als metastatische oder rein accidentelle Erkrankung aufzufassen ist, lasse ich dahingestellt, ebenso ob die Vermuthung unseres Kranken, dass er sich sein Leiden durch das fortgesetzte Anstemmen des Handwerkszeugs bei der Arbeit gegen die Lebergegend zugezogen habe, Beachtung verdient. Denkbar wäre es immerhin, dass ein solcher fortgesetzter Druck Stauung und Entzündung und bei einem dazu disponirten Menschen auch Steinbildung in der Gallenblase hervorrufen könnte.

2. Ein echtes Fibrom der Sehne des *M. palmaris longus* mit consecutiven Störungen im Gebiete des *Nervus medianus*.

Primäre Erkrankungen der Sehnen gehören unstreitig zu den grössten Seltenheiten. So oft wir Affectionen ihrer Scheiden beobachten, die Sehne selbst ist, wenn überhaupt, erst secundär in Mitleidenschaft gezogen. Zumal die hier vorkommenden Neubildungen nehmen ihren Ausgang fast ausschliesslich von der Sehnenscheide. Folgende Beobachtung bietet deshalb vielleicht einiges Interesse.

Der Tischler August Saft, ein 42jähriger kräftiger, bisher immer gesunder Mann, bemerkte Anfangs Januar 1885 zum ersten Male eine Anschwellung an der Beugeseite des rechten Vorderarms dicht oberhalb des Handgelenks, die ihn beim Arbeiten hinderte. Ende Februar stellten sich ziehende Schmerzen in den ersten drei Fingern ein, die Hand ermüdete leichter bei der Arbeit und die Musculatur des Daumenballens wurde schlaffer, so dass vollständige Gebrauchsunfähigkeit der rechten Hand einzutreten drohte.

Bei der ersten Vorstellung am 22. Februar 1885 machte die kleine Geschwulst den Eindruck eines prallen Hygroms, das durch Druck auf den *N. medianus* die geschilderten Erscheinungen hervorgerufen hatte. Jede einzelne Bewegung der Hand und der Finger war völlig frei. Zu einer Operation konnte sich Patient noch nicht entschliessen. Da aber

jede Therapie gegen das Leiden erfolglos blieb, im Gegentheil die Störungen zunahmen und ziehende Schmerzen im ganzen Arm hinzutraten, so hat er schliesslich selbst um operative Beseitigung der Geschwulst.

Es wurde deshalb am 15. April 1885 in guter Narkose der Tumor durch einen 5 Cm. langen Schnitt blossgelegt und freipräparirt. Hierbei zeigt sich, dass die Geschwulst mit der Sehne des *M. palmaris longus* zusammenhängt und von derselben nicht zu trennen ist; sie hat eine annähernd spindelförmige Gestalt mit einer leichten Einschnürung im unteren Drittel, erweist sich beim Einschneiden als vollkommen solid, und macht makroskopisch ganz den Eindruck eines Fibroms, in welches die Sehne verwandelt ist. Diese geht vollständig in den Tumor über und ist nicht etwa bloss von Geschwulstmassen umlagert.

Nach Exstirpation des Tumors entstand in der Sehne ein Defect von 3—4 Cm. Länge, der sich durch die Naht nicht gut decken liess. Da es sich um einen Muskel handelte, der für die Bewegungen der Hand und der Finger nicht von grossem Belang ist, so liess ich den Kranken aus der Narkose erwachen und Bewegungen mit der Hand ausführen. Da sich zeigte, dass diese sämtlich mit genügender Kraft in vollem Umfange möglich waren, so schloss ich nach Ausspülung mit 1 pro mille Sublimatwasser die Hautwunde durch 5 Jodoformseidesuturen und bedeckte dieselbe mit einem Mooskissenverband in flectirter Stellung des Handgelenks.

Es erfolgte vollkommene *prima intentio*, so dass schon am 18. April beim ersten Verbandwechsel die Nähte entfernt werden konnten, trotzdem sich bereits am Abend des Operationstages bei ungestörtem Allgemeinbefinden und vollständiger Schmerzlosigkeit ein scharlachähnliches Erythem am rechten Oberarm dicht über dem Verbande zeigt, welches seinen Ausgang, wie beim Verbandwechsel klar wird, von der Operationswunde genommen hat. Am 2. Tage ist der rechte Arm leicht geschwollen, das Erythem ist auf den linken Unterarm und das linke Bein übergesprungen, um am 3. Tage auch auf den Bauch überzugehen. Am 4. Tage zeigen sich einige Blasen auf dem rechten Arm, am 5. Tage hat der Ausschlag den ganzen Truncus überzogen, macht aber nun Stillstand und blässt binnen 2 Tagen unter starker Abschuppung ab. Während des ganzen Verlaufs war das Allgemeinbefinden in keiner Weise gestört, kein Fieber und kein Schmerz eingetreten, so dass Patient bereits am 24. April, also 6 Tage nach dem Beginn des Erythems, ausser Bett ist.

Ausdrücklich bemerke ich, dass auch weder Angina noch irgend welche sonstige Störungen vorhanden waren.

Am 23. April wurde der Kranke geheilt entlassen. Sämtliche Bewegungen des Handgelenks und der Finger sind in vollem Umfange activ möglich. Auch ein leichtes nervöses Zucken nach den Fingerspitzen bei Druck auf den oberen Winkel der Operationsnarbe hat sich verloren.

Der Kranke beginnt bald wieder zu arbeiten, macht dabei aber die Beobachtung, dass Hand und Arm leichter ermüden. Nach und nach stellen sich auch wieder unbestimmte Schmerzen im Arme und leichte Abmagerung der vom *N. medianus* versorgten Muskelgruppen an der rechten Hand ein. Am Ende des Jahres zeigen sich an den Seiten des rechten Zeige- und Mittelfingers einzelne bis fünfpfennigstückgrosse dunkel-

blaurothe Flecken, über denen sich die Haut blasig hebt und die durch Abstossung heilen.

Im Januar 1886 beginnt unter ziehenden Schmerzen eine sehr langsam verlaufende feuchte Gangrän an der Spitze des rechten Mittelfingers, durch welche ein Theil der Weichtheile an der Volarseite, der Nagel und der Rand der knöchernen Nagelphalanx verloren gehen. Dieser Vorgang wiederholt sich in derselben Weise am Zeigefinger, der Daumen bleibt verschont. — Die Affection heilt sodann aus unter Bildung einer festen, straffen Narbe und eines sehr dicken rudimentären Nagels, doch dauern ziehende Schmerzen im Verlaufe des N. medianus fort, und es entwickelt sich eine Neuritis ascendens, die den Kranken vollständig arbeitsunfähig macht und erst einer (von Herrn Dr. Nesemann hier selbst geleiteten) längeren galvanischen Behandlung weicht.

Im October 1886 endlich war der Kranke zu leichter, im November zu jeder Arbeit wieder fähig. Sämmtliche Erscheinungen hatten sich zurückgebildet, die Musculatur hatte ihre frühere Stärke wieder erlangt, nur am M. abductor pollicis brevis bestand noch eine leichte Abmagerung.

Bis jetzt ist der Patient geheilt geblieben und geht seiner Beschäftigung wie früher nach. Die mikroskopische Untersuchung des exstirpirten Tumors stellte ausser Zweifel, dass es sich um ein reines Fibrom handelte.

Interessant an dem vorstehenden Falle ist erstens das Auftreten eines echten Tumors in einer Sehne. Jedenfalls eine sehr grosse Seltenheit, wenigstens habe ich in der mir zugänglichen Literatur eine analoge Beobachtung nicht finden können.

Bemerkenswerth ist ferner das ausgedehnte, von der Operationswunde ausgehende, scharlachähnliche Erythem, welches den grössten Theil des Körpers überzieht, an einzelnen Stellen zu ödematöser Schwellung und Blasenbildung führt und unter starker Abschuppung endigt, ohne die Primärheilung nur im Entferntesten zu stören, ohne Fieber herbeizuführen und das Allgemeinbefinden irgendwie zu alteriren. Der Ausschlag ist zweifellos als Sublimaterythem aufzufassen. Der Kranke besass gegen dieses Antisepticum wohl eine besondere Empfindlichkeit, denn jedesmal, wenn statt des Borwassers, welches nach dem Auftreten der Affection beim Verbandwechsel sowohl, wie auch später bei der Behandlung der Fingergangrän benutzt wurde, aus Versehen Sublimatlösung in Anwendung kam, trat eine allerdings begrenzte, aber nicht zu verkennende Röthung der Haut auf.

Ausser diesem habe ich in den letzten 4 Jahren, seit ich das Sublimat fast ausschliesslich zur Antisepsis verwende, nur noch einen Fall von polymorphem Erythem beobachtet, welcher als durch dieses Mittel hervorgerufen angesehen werden muss.

Derselbe betraf einen fünfmonatlichen Knaben mit ausserordentlich zarter Haut, welchem eine käsig zerfallene Lymphdrüse am Halse exstirpirt

war. Die kleine Operation war rasch beendet und nur sehr wenig, 0,5 pro mille Sublimatlösung zur Verwendung gekommen. Beim ersten Verbandwechsel nach 3 Tagen bemerkte ich, dass die Haut in der Umgebung der Wunde leicht geschwollen und geröthet war. Die Farbe glich am ehesten der des Scharlachexanthems; das Kind war aber fieberfrei, das Allgemeinbefinden und die körperlichen Functionen ungestört. Am nächsten Tage hatte sich die Röthung weiter ausgebreitet, dicht neben derselben stand aber ein Exanthem, das frappant dem der Masern ähnlich sah. Am Abend dieses Tages war fast der ganze Körper des Kindes in dieser Weise befallen, nur auf den Nates waren einzelne, groschen- bis markstückgrosse circumscribed Flecken aufgetreten, die bei leiser Reibung sich zu urticariaähnlichen Quaddeln erhoben. Das Erythem stand 4 Tage und verschwand dann schnell ohne Abschuppung, überhaupt ohne irgend welche Spuren auf der Haut zu hinterlassen. Heilungsverlauf, Allgemeinbefinden u. s. w. immer ungestört, nie die geringste Temperatursteigerung.

Kehren wir noch einmal zu dem anfangs beschriebenen Fall zurück, so wird das Interesse in ganz besonderem Maasse durch die nervösen Erscheinungen erregt, welche derselbe darbietet.

Der kleine feste Tumor, der direct über dem Stamme des *N. medianus* am Vorderarm lag, hatte im Laufe seines Wachsthum durch Druck Reizerscheinungen im Gebiete dieses Nerven hervorgerufen. Nach der Exstirpation schwanden dieselben zunächst, so dass der Hoffnung Raum gegeben werden konnte, der Nerv würde keinen ernsteren Schaden genommen haben und sich nach seiner Entlastung schnell wieder erholen. Der weitere Verlauf lehrte jedoch, dass die Läsion eine tiefergehende gewesen war, denn es traten trophoneurotische Störungen in den Endgebieten auf, zu welchen sich später noch eine ascendirende Neuritis von grosser Hartnäckigkeit gesellte, die erst einer längeren Behandlung wich, um schliesslich in vollkommene und, wie es den Anschein hat, dauernde Heilung überzugehen.