

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1901

2 (31.1.1901)

AERZTLICHE MITTHEILUNGEN

Erscheinen 2mal monatlich.

Inserate:
20 Pf. die Petitzelle, mit
Rabatt bei Wiederholungen.

Beilagen:
Preis je nach Umfang.

aus und für Baden.

Begründet von Dr. Rob. Volz.

Jahres-Abonnement:
4 M. 75 Pf., excl. Postge-
bühren. Für Mitglieder der
bad. ärztlich. Ständesvereine:
3 M. incl. Francozustellung.

Einzelne Nummern: 20 Pf.
incl. Francozustellung.

Redaction: Geh. Rath Dr. Arnspurger und Dr. Bongartz in Karlsruhe.

Verlag, Druck und Expedition: Malsch & Vogel in Karlsruhe.

LV. Jahrgang.

Karlsruhe

31. Januar 1901.

Aus Wissenschaft und Praxis.

Ueber Aktinomykose des Verdauungsapparates.

Von Professor Dr. B. v. Beck.

Vorgetragen im Aerztlichen Verein Karlsruhe am 5. December 1900.

(Schluss.)

Die Therapie der Strahlenpilzerkrankung muss eine chirurgische und medicamentöse zu gleicher Zeit sein. Innerlich wirkt am günstigsten auf den Heilverlauf Jodkali ein, wird dieses nicht vertragen, dann Arsen.

Chirurgisch müssen wir herbeiführen breite Communication der Aktinomycesherde mit der Körperoberfläche und der Aussenwelt, dies erzielen wir durch ausgiebige Spaltung und Auskratzung vorhandener Abscesse und aller freilegbaren Fistelgänge.

Aktinomykotische Tumoren sind radical zu entfernen, wenn sie gut zugänglich, noch umschrieben und mit Nachbarorganen nicht allzusehr verwachsen sind, sonst Spaltung und Auskratzung ihrer Fistelgänge. Bei Aktinomykose des Wurmfortsatzes Entfernung desselben, bei circumscripiten solitären Herden am Darm Resection der erkrankten Parthie.

Fälle mit weitgehender Erkrankung und zahlreicher Fistelbildung fühlen oft Erleichterung und vorübergehende Besserung bei Behandlung mit prolongirten warmen Bädern.

Eine Ausheilung der Strahlenpilzerkrankung ist am ehesten zu erreichen bei der Aktinomykose des Kopfes und Halses, ferner bei den Fällen von Bauchaktinomykose, die sich nach aussen gegen die Bauchdecken zu entwickeln und von da aus operativ in Angriff genommen werden können. Die pararectalen, prävertebralen und retroperitonealen Aktinomykosen geben schlechte Prognose.

In den Jahren 1897—1900 sind im hiesigen städtischen Krankenhause neun Fälle von Aktinomykose des Verdauungsapparates zur Behandlung gekommen.

Ein Fall von Strahlenpilz der Zunge betraf eine 68 jährige Frau, die seit vier Wochen auf dem Zungenrücken eine sich mässig rasch vergrössernde Geschwulst auftreten sah; wegen erschwertem Schlucken und Reden, ständigem

Speichelfluss ging sie zum Arzte und wurde wegen Carcinoma linguae in das hiesige Krankenhaus eingewiesen. Bei der Untersuchung sah man eine nuss-grosse knollige Geschwulst im Zungenrund, von derber Beschaffenheit, tief die Zungenmuskulatur infiltrierend, an einzelnen Höckern gelbliche Verfärbung, keine Lymphdrüenschwellung am Kiefer oder Hals. Wegen Verdacht auf aktinomykotischen Zungenabscess Incision, es entleerte sich etwas Eiter, weiche Granulationsmasse mit gelben Körnern, die sich mikroskopisch als Aktinomycesdrusen erwiesen. Excochleation der erkrankten Zungenparthie, innerlich Jodkali. Vollkommene andauernde Heilung.

Vier Fälle von Aktinomykose betrafen den Hals, alle im Anschluss an Zahn- oder Kiefererkrankung entstanden.

Ein 10jähriges Kind zeigte chronischen Verlauf der Erkrankung mit zahlreicher Fistelbildung und unterminirten Hautgeschwüren wie bei Tuberculose, nur war das Gewebe um die Geschwüre und Fisteln derb infiltrirt. Bei Spaltung und Excochleation der Fisteln fanden sich zahlreiche Strahlenpilzdrusen.

Bei drei Männern trat die Halsaktinomykose unter dem Bilde der fortschreitenden Phlegmone auf, in zwei Fällen subacut, in einem Falle acut mit Gasabscessbildung und starkem Fieber, anschliessend an eine Periostitis des Unterkiefers.

Zwei der Männer waren Fuhrknechte, der dritte Herrschaftskutscher, alle drei hatten die Gewohnheit, beim Füttern der Pferde Hafer zu kauen. Nach Spaltung, Excochleation der erkrankten Stellen und Jodkaligebrauch rasche Ausheilung.

In drei Fällen ging die Aktinomykose sicher vom Darme aus, in einem vierten ist der Ausgang vom Darme sehr wahrscheinlich.

Der erste dieser Fälle betraf einen 14jährigen Jungen, der unter dem Bilde einer schweren acuten Perityphlitis erkrankte und mit diffuser Peritonitis in's Krankenhaus kam. Bei der Operation zeigte sich der Proc. vermif. gangränescirt und perforirt. In dem jauchigen Eiter, der die Bauchhöhle anfüllte, Aktinomyceskörner; Resection des Wurmfortsatzes, Drainage der Bauchhöhle; im Wurmfortsatz Geschwüre, starke Wandverdickung, submucöse Aktinomycescolonien. Nach der Operation Rückgang der Peritonitis, allmähliche Erholung, nach Ablauf von fast vier Wochen wieder Auftreten von Fieber und Verfall der Kräfte, Schmerzen, rechts hinten über der Leber beginnende Dämpfung und abgeschwächtes Athmen über dem rechten Lungenunterlappen, Verdacht auf subphrenischen Abscess und Pleuritis. Probepunction ergiebt Eiter. Theracotomie, Entleerung eines beginnenden Empyemes des rechten Pleuraraumes, Incision des vorgewölbten Zwerchfell und Ausräumung eines faustgrossen subphrenischen Jaucheabscesses. Nach acht Tagen Tod an Entkräftung; im linken Oberbauchraum nochmals ein eigrosser Jaucheheerd. Im Darm kein weiterer Aktinomycesheerd zu entdecken, sein primärer und einziger Sitz war der Proc. vermiformis gewesen.

Der zweite Fall kam im Stadium der Tumorbildung der Bauchdecken zur Beobachtung und betraf ein 19jähriges Fräulein, das vor 8 Jahren einen kurzen Anfall acuter Blinddarmentzündung durchgemacht hatte. Später nur Neigung zu Obstipation, nie mehr ernsteres Kranksein.

Im Juni 1900 verspürte Patientin ein spannendes Gefühl in den Bauchdecken und entdeckte beim Hingreifen einen nussgrossen harten Geschwulst-knoten unter der Bauchhaut in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse. Da der Tumor in den nächsten Wochen langsam, aber stetig wuchs, so wurde ärztlicherseits die Geschwulstentfernung für nothwendig erachtet. Der Tumor

wurde für ein Fibrosarkom der Bauchdecken gehalten, der Verdacht auf Aktinomykose ausgesprochen. Die Geschwulst war hühnereigröss, leicht höckrig, sehr derb, sass im rechten musc. rect. abdom. fest, entwickelte sich aber mit einem Abschnitt nach links über die Mittellinie, nach der Tiefe in die Bauchhöhle konnten Fortsätze nicht nachgewiesen werden, besonders nicht nach dem Coecum zu. Wurmfortsatz nicht verdickt zu fühlen. Bauchhaut über der Geschwulst abhebbar. Ernährungszustand gut.

Bei der Operation am 5. Juli 1900 wurde der rein fibröse Tumor aus dem musc. rect. abdom. ausgelöst, der Tumor reichte bis zur Fascia transversa und schickte nach allen Richtungen flache aber breite Bindegewebsfasern aus; um den Sitz des Tumors waren die Muskelmassen des musc. rectus abdominis vollständig schwierig degenerirt. Dies vermehrte den Verdacht auf Aktinomykose, der Tumor wurde nach seiner Auslösung sofort in der Mitte gespalten und nun fanden sich in dem harten fibrösen Geschwulstgewebe mehrere stecknadelkopf- bis erbsengrosse Erweichungsheerde mit grauröthlichen Granulationen, dazwischen kleine gelbe Körnchen. Sofort vorgenommene mikroskopische Untersuchung der Körnchen ergab ausgesprochene Strahlenpilzdrusen. Da nun die Diagnose Aktinomykose feststand, so wurde sogleich die Wundfläche abgesehen nach Fistelmündung oder Strangbildung in der Annahme, die Aktinomykose stammt vom Darmtractus her und kann in Beziehung stehen zur früher durchgemachten Blinddarmentzündung. Es fand sich nun auch in der Wundtiefe im Bett des exstirpirten Tumors eine feine Fistelmündung und sondirt führte der Gang zwischen Fascie transversa und Peritoneum schräg nach rechts aussen und oben, durchsetzte das Peritoneum und endigte in der vorderen Wand des Colon ascendens, vier Finger breit unterhalb des Coecums. Von der Mündungsstelle des Fistelganges im Darm zog in der vorderen Wand des Colon ascendens eine 7 cm lange, 2 cm breite Infiltration herab gegen das Coecum. Wurmfortsatz normal, im übrigen Bauchraum keine Aktinomycesknoten zu sehen.

Entlang dem Verlauf des Fistelganges wird von den Bauchdecken in ihrer ganzen Dicke mitsammt Peritoneum ein 3 cm breiter, 20 cm langer Streifen resecirt. Die Fistelmündungsstelle im Darm und die Infiltrationszone des Colon und Coecum wird breit im Gesunden ausgeschnitten und der Darm durch Etagnennaht wieder geschlossen. Jodoformgazetamponade. Offenlassen der Bauchdeckenwundfläche.

Der exstirpirte Fistelgang enthält ebenfalls Strahlenpilzdrusen und endigt im Colon ascendens in einem 1 Pfennigstück grossen Schleimhautgeschwür mit unterminirten Rändern. Die Infiltrationszone am Darne besteht aus gelblich gefärbten schwierigem Bindegewebe, das bis unter die Mucosa reicht und keine Strahlenpilzdrüsen mehr enthält, sondern den Eindruck macht der narbig ausgeheilten primären Heerdstelle der Aktinomycesinfection des Coecums.

Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass die frühere Blinddarmentzündung mit dem Eintritt der Strahlenpilzinfektion im Zusammenhang steht, sei es, dass die Aktinomycesinfection die Blinddarmentzündungsattacke bewirkt hat, oder eine Colitis den Boden zur Entwicklung einer Infection vorbereitet hat.

Die damalige Blinddarmentzündung ging wohl nicht vom Wurmfortsatz aus, denn dieser zeigte bei der Operation keine Veränderung und lag frei ohne Spuren früherer Entzündung nach dem kleinen Becken zu. Und auch die Schmerzen, welche bei der dazumaligen Blinddarmentzündung verspürt wurden, sassen nach Angabe der Patientin höher als im rechten Hypogastrium, mehr entsprechend dem Colon ascendens.

Der Wundverlauf nach der Operation war ein normaler, die grosse Wundfläche heilte mit einer derben breiten Narbe aus.

Aktinomycesrecidive sind bis jetzt weder in den Bauchdecken noch im Darne nachweisbar. Allgemeinbefinden gut; Jodkaligebrauch wurde Monate lang fortgesetzt.

Ein weiterer Fall zeigt ausgedehnte Aktinomykose des rechten Oberschenkels mit vollständig schwieriger Degeneration der Oberschenkelmusculatur der Vorder- und Aussenseite.

Der Erkrankte, ein 28 jähriger Tapezier, bemerkte im Januar 1900 ein leichtes Dickerwerden des Oberschenkels im oberen Drittel und hie und da spannendes Gefühl; im April kam es zu ausstrahlenden Schmerzen nach dem Knie zu, rascheres Fortschreiten der Schwellung nach abwärts, so dass Anfang Mai Patient sein Bein im Knie nicht mehr beugen konnte, der Gehakt erschwert war. Am 16. Mai Aufnahme in das Krankenhaus. Von der Spina ilei sup. dext. bis zum Condyl. ext. femor. bestand eine harte, drei Finger breite, streifenförmige Infiltration unter der Haut. Keine Röthung, geringe Druckempfindlichkeit, Hüft- und Kniegelenk frei von Erguss. Auf Spiritusumschläge Rückgang der Infiltration und Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus. Am 11. Juli Wiedereintritt. Oberschenkel auf der Aussen- und Vorderseite stark infiltrirt, über dem Condyl. ext. femor. tiefe Fluctuation eines circa eigrossen Abscesses. Incision entleert hämorrhagischen Eiter, untermischt mit kleinen Fetzen nekrotischen Gewebes. Abscesshöhle verkleinert sich rasch und hinterlässt eine tief in die Musculatur nach oben führende Fistel. Da die Fistel keine Neigung zur Ausheilung zeigte, so wurde am 28. Juli die Fistel freigelegt und gespalten. Man gelangte in schwierig degenerirte Oberschenkelmusculatur, welche von Fistelgängen durchsetzt war. Mehrere Fistelgänge setzten sich nach oben unter das Poupart'sche Band fort und lagen in schwierig degenerirtem, theils gelbfleckigen Muskelgewebe. In den Fistelgängen fungöses Gewebe, keine Körner. Spaltung aller Fistelgänge, dem ganzen Oberschenkel entlang, breit Offenlassen der Incisionen, Exnucleation der Fungusmassen. Excision von dem schwierigen auf Aktinomyces verdächtigem Muskelgewebe.

Die mikroskopische Untersuchung dieses Gewebes ergab Strahlenpilz in schwieriger Musculatur, besonders an der Wand der Fistelgänge. Jodkali innerlich Monate lang.

Am 3. December geheilt entlassen. Nirgends mehr Infiltration, Narben glatt, Beweglichkeit des Beines gut. Allgemeinbefinden wesentlich gehoben. In der rechten Iliacalgrube bis zum Coecum noch breite derbe Stränge fühlbar.

Ich glaube, dass der aktinomykotische Process der Oberschenkelmusculatur aus dem Darne seinen Ursprung genommen hat und zwar am Coecum, und von dort unter dem Poupart'schen Band nach abwärts weiter gekrochen ist. Hierfür sprechen die in der rechten Iliacalgrube fühlbaren Stränge und die bei der Operation freigelegten Fistelgänge, welche unter das Poupart'sche Band hinaufführten. Darmerscheinungen haben zwar nie bestanden oder dieselben waren, wie es ja häufig vorkommt, so geringfügig, dass Patient ihnen keine Beachtung schenkte. Selbst weitgehende aktinomykotische Processe im Darne bewirken oft lange Zeit keine subjectiven Beschwerden.

Dies zeigte besonders folgender Fall von ausgedehnter Aktinomykose des Mastdarmes. Er betrifft einen 22 jährigen Tagelöhner, der am 27. Juni 1899 mit hohem Fieber und einem rechtsseitigen tiefliegenden Glutealabscess zur Aufnahme in das Krankenhaus kam. Patient verspürte erst seit zwei Tagen stechende Schmerzen beim Sitzen und Bücken, seit einem Tag Hitze und Frost und Hin-

fälligkeit. Der Abscess wurde gleich nach der Aufnahme incidirt und es entleerte sich hämorrhagischer, jauchiger, kothisch riechender Eiter, beim Ausreiben der Abscesshöhle mit Gaze blieben an den Tupfern kleine gelbe Körnchen hängen, die bei der sofort vorgenommenen mikroskopischen Untersuchung sich als Aktinomycesdrüsen erwiesen. Nun wurde die Abscesshöhle so breit wie möglich gespalten und ebenso eine in das Becken führende Fistel. In der Annahme, der Strahlenpilz stammt aus dem Darm, schritt ich sofort zu einer Rectum-Exploration und fand vorne oberhalb dem Anus das Rectum stark in seiner Wand verdickt, bis über den Sphincter tertius hinauf verengt, sodass kaum die Fingerspitze die Stenose passiren konnte. Die Schleimhaut fixirt, derb, an mehreren Stellen geschwürig zerfallen, aber nirgends auf Druck schmerzhaft.

Hier war also der primäre Heerd im Mastdarm gelegen, nach seiner Beschaffenheit muss er schon lange bestanden haben, aber nie hatte Patient Darmbeschwerden verspürt, angeblich nie Schleim, nie Blutabgänge, nie Tenesmus gehabt, selbst nicht einmal Obstipation, sondern täglich einmal reichlich breiigen Stuhlgang.

Zu einem operativen Eingriff am Mastdarme gaben sowohl Patient als auch seine Angehörigen keine Einwilligung, die operative Behandlung des glutealen Abscesses erschien ihnen genügend. Patient erhielt jetzt täglich 3—4 Gramm Jodkali innerlich, das Allgemeinbefinden hob sich, die gluteale Infiltration ging zurück, Abscess und Fistel heilten aus. Am 2. November 1899 wurde Patient auf seinen Wunsch nach Hause entlassen. Am 15. December 1899 kam er zum zweiten Male zur Aufnahme, elend aussehend, an der hinteren Fläche des Oberschenkels Abscess, Abscesse in der rechten und linken Glutealgegend und unterhalb der Spin. ilei sup. dext. Alle Abscesse enthielten Jauche und reichliche Strahlenpilzkörner. Im Mastdarm derselbe Befund wie früher.

Seit dem 15. December 1899 befindet sich der Kranke nun in ständiger Pflege im Krankenhaus; zur Incision von weiter auftretenden Abscessen und Fisteln hat er die Erlaubniss verweigert, der ganze Rücken, beide Glutealgegenden sind infiltrirt, mit Fisteln bedeckt, am rechten Oberschenkel reicht die Infiltration seitlich und vorn fast bis zum Knie, die Bauchdecken sind infiltrirt, es besteht Ascites, Durchfälle, hochgradige Abmagerung, der Mastdarm bildet bis zur Analparthie ein starres Rohr. Jodkali wird nicht mehr vertragen, Arsen zeigt keine Wirkung, am besten wirken auf den Kranken noch ein prolongirte warme Bäder. Erscheinungen hämatogener Metastasen sind noch nicht aufgetreten.

Ein langes qualvolles Siechthum, ein unaufhörliches Weiterschreiten des Krankheitsprocesses in der Continuität erzeugte hier die Strahlenpilzerkrankung des untersten Abschnittes des Verdauungsapparates.

Verein Karlsruher Aerzte.

Sitzung vom 19. December 1900.

1. Dr. Krumm (Karlsruhe) stellt einen Kranken vor, der im Januar d. J. wegen eines subphrenischen Echinokokkenabscesses im Diakonissenhaus zu Karlsruhe zur Aufnahme kam.

Die Anamnese des 31jährigen Mannes, ein Schmied von Beruf, ergab, dass er 10 Jahre zuvor einen Typhus durchgemacht, 8 Jahre zuvor einen Unfall erlitten hatte, bei

dem sein Rumpf zwischen den Puffern zweier Eisenbahnwagen von den Seiten her eingeklemmt und gequetscht wurde. Patient war damals nur 6 Tage bettlägerig und giebt an, hauptsächlich in der rechten Seite Schmerzen gehabt zu haben. Vor 3 Jahren hat er eine Magenerkrankung von kurzer Dauer durchgemacht. In den letzten 3 Jahren war er nicht ernstlich krank. Insbesondere war er nie leberleidend, nie ikterisch. Er war auch nie ausser Landes.

Im Sommer 1899 verspürte er erstmals Stechen in der rechten Seite und Schulter. Im Spätjahr und an Weihnachten 1899 kamen diese Beschwerden stärker wieder. 3 Wochen vor seinem Eintritt in's Krankenhaus bemerkte er eine Anschwellung in der rechten Lendengegend.

Am 19. Januar Aufnahmebefund: Blass und krank aussehender Mensch, Temperatur und Puls normal. Innere Organe nicht nachweisbar verändert, insbesondere keine Vergrösserung der Leberdämpfung. Stuhlentleerung normal, Urin frei von Eiweiss und Zucker. Unter der 12. Rippe rechts eine flache Vorwölbung von prall elastischer Consistenz, undeutliches Fluctuationsgefühl in der Tiefe. An der Wirbelsäule keine Druckempfindlichkeit. Die Punction ergab aus der Tiefe der Vorwölbung Eiter. Es wurde demnach ein Senkungsabscess angenommen, dessen Ursprungsstelle durchaus fraglich blieb, der mit Wahrscheinlichkeit aber auf eine diffuse Erkrankung der Vorderfläche der Wirbelkörper oder auch auf eine Rippenarthritis zurückzuführen war.

Am 23. Januar 1900 Chloroform-Narkose.

Schrägschnitt über die Vorwölbung; unter der tiefen Fascie wird ein grosser Abscess eröffnet, aus dem sich einige fetzige Membranen entleeren, die sofort als Reste eines Echinokokkussackes erkannt wurden. Bei der Austastung des eröffneten Abscesses kam der Finger durch einen verhältnissmässig engen Gang zwischen den Muskeln nach oben in eine circa faustgrosse, hinter der Leber unter dem Zwerchfell gelegene Höhle. Um eine Durchspülung der Abscesshöhle zu ermöglichen und zur genügenden Freilegung derselben wurde nun an ihrem oberen Ende die 10. Rippe reseziert, die aneinander liegenden Pleurablätter durchschnitten, die costale Pleurawandung nach oben verschoben und dort fixirt, dann die Abscesshöhle durch das Diaphragma hindurch eröffnet. Nach Auslöflung der Höhle und Ausräumung der noch darin haftenden Echinococcusmembranen, Tamponade und Drainage von unten und oben. Die mikroskopische Untersuchung der Membranen, die schon makroskopisch eine charakteristische Rollung zeigten, ergab eine typische Schichtung, Scolices wurden nicht gefunden (Demonstration).

Der Verlauf war ein günstiger, die grosse Höhle heilt langsam durch Schrumpfung aus, P. erholte sich sehr gut und wurde am 14. April geheilt entlassen. Er ist bis jetzt gesund geblieben.

Es hat sich demnach in unserem Fall um eine solitäre Echinococcuscyste hinter der Leber im subphrenischen Raum gehandelt, deren Vorkommen in unserer Gegend an und für sich schon eine Seltenheit ist. Aus dem bei der Operation erhobenen Befund ist zu schliessen, dass es sich um einen abgestorbenen Parasiten und um eine geplatzte und chronisch vereiterte Cyste gehandelt hat. Diese subphrenischen Echinokokken bieten besonders, wenn sie sich, wie in unserem Fall, hinter dem Ligamentum suspensorium hepatis entwickeln, der Diagnose wegen ihres verborgenen Sitzes erhebliche Schwierigkeiten und wegen der Gefahr eines Durchbruchs durch Zwerchfell in Pleura und Lunge eine besonders ungünstige Prognose. Die Mortalität des an subphrenischem Echinococcus Erkrankten beträgt nach Maydl 78,5 Procent und kann durch die Operation auf 33,3 Procent herabgedrückt werden. In unserem Fall lagen die Verhältnisse besonders günstig dadurch, dass der Parasit abgestorben war und der Durchbruch nach der hinteren Bauchwand zu erfolgt war nach Abschluss gegen die Peritonealhöhle hin. Dieser Durchbruch nach hinten und unten war auch offenbar die Schuld, dass erhebliche Verschiebung

der Leber nach unten oder des Zwerchfells nach oben bei unserem Patienten fehlte. Bezüglich der Aetiologie schliesslich halte ich es nicht für unwahrscheinlich, dass es bei der Quetschung des Rumpfes, die der Patient — allerdings 8 Jahre zuvor — erlitten hat, zu einer Schädigung der Echinococcus-kapsel, vielleicht zu einem Einriss hinten und damit zum Absterben des Parasiten gekommen ist. Unter allmählicher Veränderung des Cysteninhaltes ist dann eine Vereiterung des Sackes auf hämatogenem Wege eingetreten. Möglich wäre, dass es sich auch um einen primären Mangel in der Aulage von Brutcapseln, um eine sogenannte Acephalocyste gehandelt hat.

2. Dr. Krumm bespricht sodann die von ihm in den letzten 4 Jahren beobachteten Fälle von Aktinomykose.

Von 7 zur Beobachtung gekommenen Fällen war in 2 Fällen der Darm der Ausgangspunkt, im einen Fall das Coecum, im anderen Fall das Colon descendens. Im letzteren Fall bestand zur Zeit der Operation eine ausgedehnte Infiltration der tiefen Bauchdeckenschicht nach innen von der Spin. a. s. des Darmbeins. Dieselbe fühlte sich geradezu an wie ein Leberrand. In beiden Fällen wurden nur die Weichtheilabscesse gespalten, ausgekratzt und die Infiltrationen durch Darreichung von Jodkali zu beeinflussen gesucht. Radicaloperationen waren wegen der diffusen Erkrankung nicht mehr möglich.

In einem weiteren Fall fand sich eine tiefe Halsphlegmone, deren Ausgangspunkt der Oesophagus war; Incision, Auskratzung, Heilung.

Ein dritter Fall trat unter dem Bild einer acuten Halsphlegmone, die sofortigen Eingriff nöthig machte, in Erscheinung.

Ein vierter Fall von Aktinomykose der rechten Wange, der mit schwerer Infiltration einherging, wurde von dem Patienten selbst auf eine traumatische Infection mit dem Gewehrkolben beim Anschlag des Gewehres zurückgeführt.

Ein fünfter Fall ist dadurch interessant, dass er sich an ein Trauma — leichter Stoss unter der rechten Mamma mit Hämatombildung — angeschlossen hat. In all' diesen Fällen wurde durch ausgiebige Incisionen, Auskratzung der Fistelgänge verhältnissmässig rasch Heilung erzielt. Stets wurde Jodkali gegeben, das sich für die Beseitigung der schweren Infiltrationen besonders wirksam zeigte. Völlig erfolglos war seine Darreichung im letzten Fall, der etwas ausführlicher wiedergegeben werden soll:

Frau, in mittleren Jahren, erkrankte an fieberhafter Pleuritis, Husten — Abscess unter der rechten Mamma — Incision von Selten des behandelnden Arztes unter Annahme einer Tuberculose; diese Annahme schien berechtigt durch eine gleichzeitig zu constatirende Verdichtung im Bereich des Mittellappens der rechten Lunge. Vor 3 Wochen leichte Hämoptoe.

Am 25. Juni hatte ich die Patientin zuerst gesehen und konnte Obiges feststellen. Der Abscess unter der rechten Mamma war nicht geheilt, Rippenknorpel lag frei. Einen Monat später zeigte die Patientin bei ihrer Aufnahme in's Diakonissenhaus dasselbe Bild, nur hatte sich noch ein kleiner metastatischer Abscess der linken Wange gebildet, der bei seiner Incision eine enorme Menge kleiner gelber Aktinomyceskörner entleerte. Gleichzeitig war durch Rippenresection (4 cariöse Rippen) ein grosser peripleuritischer aktinomykotischer Abscessheerd freigelegt worden. Bei Verfolgung einer Fistel kam man in die adhärente, infiltrierte aktinomykotische Lunge (Mittellappen). Auch hier wurde der Versuch gemacht, durch Incision der Wandung und Auskratzung reine Verhältnisse zu schaffen. Die Erkrankung der Lunge zeigte aber eine solche Tiefenausdehnung, dass davon Abstand genommen werden musste. Unter Darreichung von Jodkali reinigte sich die Wunde rasch, die Incision an der Wange heilte aus; die Patientin konnte sich aber nicht erholen, sie wurde immer elender und bekam ein kachektisches Aussehen, so dass sie 2 Monate nach der Operation in desolatem Zustand, ungeheilt auf Wunsch der Angehörigen nach Hause entlassen wurde, wo sie bald darauf kachektisch zu Grunde ging.

3. Demonstration zweier Präparate von hochsitzenden Mastdarmcarcinomen, die durch Operation gewonnen wurden. Beide Male handelte es sich um circuläre, grosse, gut bewegliche Tumoren, die ihren Sitz an der Uebergangsstelle des Rectum in die Flexur hatten. Mikroskopisch erwiesen sie sich als Cylinderzellencarcinome.

Das I. Präparat stammt von einer 52jährigen Frau, die seit $\frac{3}{4}$ Jahren zeitweise an Durchfällen und Leibscherzen gelitten hatte. Da der Tumor dem Zeigefinger zugänglich war, man in Narkose auch in die carcinomatöse Structur hineinkam, wurde die Operation von unten mit Resection des Steissbeines begonnen. Es zeigte sich, dass der Tumor sehr hoch bis in die Flexur hinaufreichte und sich von unten nicht genügend herunterholen liess. Die Ligaturen bei Versorgung des Mesosigneideums schnitten durch, beim Anziehen des Rectums riss der Tumor etwas ein, so dass nur ein combinirtes Vorgehen übrig blieb. Mit iliacalem Schnitt wurde die Bauchhöhle eröffnet, nach Abbindung des Mesenteriums das Colon 2 Finger breit oberhalb des Tumors quer durchtrennt und ein iliacales After nach Frank angelegt. Das umhüllte periphere Darmende wurde nach unten durchgeführt und die ausserordentlich schwere Operation von unten zu Ende geführt. Am folgenden Tag hatte sich Patientin von dem Operationscollaps erholt. Am dritten Tag wurde der Zustand wieder schlechter. Am vierten Tag p. op. trat unter Zunahme des Singultus und bei Sinken der Herzkraft der Exitus ein. Die Section ergab eine Peritonitis. Beim Durchziehen des Darms nach unten muss die Infection, die ja bei dieser Operationsmethode nie wohl mit absoluter Sicherheit verhütet werden kann, zu Stande gekommen sein.

Das II. Präparat stammt von einer 36jährigen Patientin. Das circa 4 cm oberhalb der Umschlagfalte des Peritoneum im Douglas sitzende Carcinom wurde sammt sacralen Drüsen nach der Kraske'schen Methode entfernt. Circuläre Darmnaht des resecirten Darmes bei erhaltener Sphincteren-Parthie. Verlauf völlig reactionslos. Erster Stuhl nach 6 Tagen. Völlige Continenz. Heilungsverlauf ohne Störung.

Hafer-Cacao.

Unsere auf allen Gebieten an Erfindungen so reiche Zeit weist auch eine grosse Anzahl neuer Nahrungsmittel, oft nur in zweckmässiger Mischung auf.

Absicht dieser Zeilen ist, einem ganz vorzüglichen, werthvollen Nahrungsmittel, dem Hafer-Cacao, der trotz seiner vielseitigen, guten Eigenschaften gerade in den Kreisen der Landbevölkerung und ärmeren Classen noch viel zu wenig bekannt ist, zur verdientermassen weitesten Verbreitung zu verhelfen.

In voller Würdigung der Güte und Zweckmässigkeit des Hafer-Cacaos hat auf allerhöchste Anregung Ihrer Königlichen Hoheit der Grossherzogin die hiesige Abtheilung des Badischen Frauenvereins sich angelegen sein lassen, den Herrn Droguisten Roth zu bestimmen, für möglichst gute und nebenbei auch billige Herstellung Sorge zu tragen.

Dies ist nun in folgender Weise geschehen:

Der von Roth gemischte Hafer-Cacao besteht zu gleichen Theilen aus bestem Cacao, vorzüglichem Hafermehl (dem Knorr'schen Kinderhafermehl) und Zucker.

Zu einer Tasse Hafer-Cacao von $\frac{1}{4}$ Liter nehme man 1—2 Theelöffel Hafer-Cacao-Pulver, schütte etwas kaltes Wasser auf, rühre die Masse glatt, giesse heisse Milch hinzu und lasse unter sorgfältigem Umrühren aufkochen.

Durch Eingiessen der glatt gerührten Masse in kalte Milch und langsames Aufkochen von 3—5 Minuten wird der Wohlgeschmack noch erhöht.

Auch die Bereitung mit halb Wasser, halb Milch giebt noch ein recht wohlschmeckendes Getränke.

Herr Roth, der nicht allein die Mischung, sondern auch den Verschleiss besorgt, giebt das Pfund (500 Gramm) zu 70 \mathcal{M} ab und reicht dasselbe für 50 bis 70 Portionen. (Adresse: Karl Roth, Hofdroguerie, Karlsruhe, Herrenstrasse 26).

Herr Roth überlässt zu Versuchen auch gerne einige Gratisproben und ist auch bereit, da, wo es gewünscht wird, Niederlagen zu errichten. Von denselben könnte, wie Roth glaubt, das Pfund ganz gut zu 80 \mathcal{M} abgegeben werden. Für eine gleichmässige Beschaffenheit des Roth'schen Hafer-Cacaos wird durch unausgesetzte Controle des hiesigen Frauenvereins Sorge getragen.

Ausserdem hat sich Herr Professor Rupp, Vorstand der hiesigen Nahrungsmittel-Prüfungsanstalt, bereit erklärt, den Roth'schen Hafer-Cacao von Zeit zu Zeit auf die Reinheit und Güte der verwendeten Mischungsbestandtheile chemisch zu prüfen.

Der Hafer-Cacao ist ja für Jedermann, namentlich aber auch für Kinder, ein so wirkungsvolles Nahrungsmittel, nebenbei aber auch noch Genussmittel, dass man Alles daran setzen sollte, durch ihn den so weit verbreiteten Genuss meist schlechten, jedenfalls gar keinen Nährwerth besitzenden Kaffees zu verdrängen.

Ich erlaube mir daher, mich mit der ebenso wohlgemeinten, als dringenden Bitte an die Herren Bezirks- und Bezirksassistenten-Aerzte, mit welchen ich noch nicht persönlich sprach, sowie an alle übrigen praktischen Aerzte des Landes zu wenden, nach Kräften für die Einführung und Verbreitung des Hafer-Cacaos beizutragen. Den Herren Bezirksärzten wäre ich sehr dankbar, wenn sie für die Aufnahme dieser Veröffentlichung der »Aerztlichen Mittheilungen« in den Tagesblättern ihres Bezirks sich verwenden wollten.

Battlehner.

Aerztliche Wittwencasse.

Die Mitglieder werden ersucht, den Jahresbeitrag für 1901 an den Rechner, Dr. Jourdan in Karlsruhe, Zähringerstrasse 102, portofrei nebst 5 Pfennig Bestellgebühren einzusenden.

2|2

Zeitung.

Diensnachrichten: Seine Königliche Hoheit der Grossherzog haben unterm 23. December v. J. gnädigst geruht, den Bezirksarzt a. D. Geheimerath Dr. Ludwig Fischer in Karlsruhe auf sein unterthänigstes Ansuchen auf den 31. December 1900 seiner Function als Vorstand der Imptanstalt zu entheben und dass mit der Versetzung der Vorstandsstelle dieser Anstalt bis auf Weiteres der Medizinalreferent bei diesem Ministerium und Bezirksarzt Obermedizinalrath Dr. Hauser in Karlsruhe betraut ist.

Niederlassungen und Wohnungswechsel: In Bühl hat sich niedergelassen praktischer Arzt Dr. Oskar Schlegel von Offenburg; in Rheinfelden, Amt Säckingen, Dr. Robert Jakob Blum, geb. 1870 in Rondont (Amerika), appr. 1900, jetzt in Hainingen, Amt Lörrach; Dr. Gotthold Heinrich Layer ist von Pforzheim nach Wildbad gezogen; Dr. Josef Ambros ist von Pfullendorf weggezogen, ebenso von Karlsruhe Dr. Albert Spengler; niedergelassen haben sich in Todtmoos, Amt St. Blasien, Dr. Friedrich Krone, geb. 1871 in Bitburg, appr. 1897; in Oberschwandorf, Amt Stockach, Joseph Waldeck, geb. 1870 in Heidesheim (Hessen), appr. 1900; in Schloss Marbach, Amt Konstanz, Werner Emil Armbruster, geb. 1875 in Neustadt (Schwarzwald), appr. 1899; Dr. Fritz Erne, bisher in Breisach, ist als Assistent beim hygienischen Institut in Freiburg eingetreten; Dr. Franz Müller, Besitzer des Morphin-Entziehungs-Instituts in Baden-Baden, ist weggezogen; in Ueberlingen hat sich niedergelassen Dr. Jakob Forster, geb. 1868 in Weissenau, Amt Ravensburg, appr. 1900. Die oberen Niederlassungen sind vom 10. bis 31. December 1900, die weiteren Niederlassungen vom 8. bis 18. Januar 1901. In Rheinbischofsheim hat sich

aus Strassburg niedergelassen Dr. Friedrich Holzmann, geb. 1876 in Strassburg, appr. 1900; am 10. Januar d. J. ist Dr. Robert Jakob Blum von Bad Rheinfelden nach Haltingen, Amt Lörrach, verzogen; Dr. Adolf Mayer ist von Denzlingen, Amt Emmendingen, weggezogen; in Aglasterhausen, Amt Mosbach, hat sich niedergelassen Dr. Reinhard Haas von St. Georgen im Schwarzwald, geb. 1873 in St. Georgen, appr. 1899; in Baden hat sich behufs Uebernahme der Müller'schen Entziehungsanstalt Arzt Dr. Karl Graener, geb. 1866 in Prenzlau (Mecklenburg), appr. 1894, niedergelassen; in Freiburg als Assistenzarzt der Med. Klinik: Dr. Karl Heinrich Grünberg, geb. 1875 in Stralsund, appr. 1898; in Dillweissenstein, Amt Pforzheim: Eugen Knobloch, geb. 1867 in Grossbunden (Rheinpfalz), appr. 1900; in Karlsruhe: Dr. Max Neumann, geb. 1873 in Konstanz, appr. 1897 und Dr. Hermann Bauer, geb. 1869 in Boxberg, appr. 1891, bisher in Aglasterhausen; in Gengenbach, Amt Offenburg: Dr. Adolf Hirt, geb. 1871 in Stockach, appr. 1898.

Todesfall: Am 11. Januar 1901 ist in Kenzingen, Amt Emmendingen, Medicinalrath Friedrich Heinrich Schwörer, Bezirksassistentarzt, geboren 1836 in Kenzingen, gestorben. Dem vorzüglichsten und sehr beliebten Arzt wird in treuer Verehrung ein dauerndes Andenken erhalten bleiben.

Anzeigen.

Medizinal-Moorbäder im Hause und zu jeder Jahreszeit.



Einzig
natürlicher
Ersatz
für
Medizinal-
Moorbäder.

Mattoni's Moorsalz

(trockener Extract)
in Kistchen à 1 Ko.

Mattoni's Moorlauge

(flüssiger Extract)
in Flaschen à 2 Ko.

416]s.1

Langjährig erprobt bei:
Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis,
Perimetritis, Peritonitis, Chlorose, Anaemie,
partiellen Paralysen, Paresen, Gicht, Rheumatismus, Podagra, Ischias und Haemorrhoiden.

Heinrich Mattoni, Franzensbad, Wien, Karlsbad, Budapest.

Sanatorium DDr. Frey-Gilbert, Baden-Baden
das ganze Jahr geöffnet. Auskunft und Prospeete durch die Aerzte. 421]24.2

Villa St. Blasien
Luisenheim

Badischer
Schwarzwald
772 m. üb. d. M.

Sanatorium für Erkrankungen des Stoffwechsels,
Magendarmkanals und Nervensystems. — Diät-
kuren, Hydrotherapie, Electrotherapie etc. Lungen-
und Geistesranke ausgeschlossen. —

Dr. Determann und Dr. van Oordt (Hausarzt),
vorher mehrjährig. Assistent von Geheimrat Prof. Erb in Heidelberg.

416]12.5

Das ganze Jahr geöffnet.

Ich habe mich in **Karlsruhe** als
Specialarzt für Nerven- und Gemüthskrankheiten
 niedergelassen und wohne
Karl-Friedrichstrasse Nr 20.
 Sprechstunden: 10—12 und 1/23—4 Uhr.
Dr. med. Max Neumann,
 bisher erster Assistent an der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Strassburg
 (Hofrath Professor Fürstner). 426]2.1

In katholischer Gegend des badischen Oberlandes, in einem

Arzthaus,

per sofort oder später, geräumige schöne Parterrewohnung mit allem Zubehör, Mansarde etc.
 eventuell auch Stallung, Wagenremise miethfrei.

Für einen Arzt Gelegenheit zur Ausübung der Praxis. Anfragen befördert die Expedition
 dieses Blattes. 425]3.1

„Bromwasser von Dr. A. Erlenmeyer“

Empfohlen bei **Nervenleiden** und einzelnen **nervösen Krankheits-
 erscheinungen.** Seit 16 Jahren erprobt. Mit Wasser einer **Mineral-
 quelle** hergestellt und dadurch von minderwerthigen Nachahmungen unterschieden.
 In den Handlungen natürlicher Mineralwässer und in den Apotheken zu haben.
Bendorf am Rhein. **Dr. Carbach & Cie.**
 419]24.2

Baden-Baden.

424]24.2

Sanatorium Dr. Paul Ebers

für innere und Nervenkrankte.

Das ganze Jahr geöffnet. — Näheres durch den Prospekt.

Dr. P. Ebers.

DYNAMOGEN D. R. M. G. 22222

Organeisenhalt. aromat. Haemoglobin,
 von Autoritäten anerkannt.

BESTER BLUTBILDNER!

Flac. 250.0 ca.
 = 1.50 M.
 Lose 100.0 = 60 Pfg.
 Proben u. Litteratur gratis.

KGL. 1784 PRIV. APOTHEKE, SCHNEIDEMÜHL, NEUER MARKT.

Internat. Hyg. Ausstellg. Paris 1900 Gold. Med. Brüssel 1900 Gold. Med. Allg. Ausstellg. Strassburg 1/2. 1900 Gold. Med.

422]12.1

Eine erfolgreiche arzneiliche Behandlung

gewährleisten die

„Tabloid“ Medikamente

von **Burroughs Wellcome & Co.**

wegen ihrer unbedingten Zuverlässigkeit,
absoluten Reinheit, exacten Dosirung
und daher

stets gleichmässigen Wirkung.

Die registrierte Handels-
marke „Tabloid“ ist ein
willkürlich gebildetes
Wort, welches specifisch
bedeutet, dass alle unter
dieser Marke gelieferten
Waaren von

**Burroughs Wellcome
& Co.**

dargestellt sind. Die
Herren Aerzte werden
höflichst ersucht, uns
oder unseren Vertretern
von etwaigen Unter-
schiebungen Mittheilung
zu machen.

„Tabloid“ Medikamente

sind wegen dieser Vorzüge an sich die
idealeste Arzneiform und von besonderem
Werthe bei jeder länger andauernden
Medikation.

Besonders hervorragende Erzeugnisse

von **B. W. & Co.**

welche in fast allen Apotheken sofort erhältlich sind:

- „Tabloid“ Blaud's Pillen
- „Tabloid“ Bromum comp.
- „Tabloid“ Extr. Cascar. Sagrad.
- „Tabloid“ Soda Mint
- „Tabloid“ Ovarian Substanz
- „Tabloid“ Thyreoid Substanz
- „Enule“ Glycerin Suppositorien
- „Hazeline“ Cream etc. etc.

Ausführliche Listen, Wellcome's med. Notizbuch, sowie
Muster auf Wunsch franco.



Bei Verordnungen von
Präparaten der Firma
Burroughs Wellcome & Co.
ist es rathsam, um Ver-
wechslungen zu vermei-
den, den Recepten stets
zuzufügen:

B. W. & Co. Original.



Dargestellt von: **BURROUGHS WELLCOME & Co., LONDON**

Vertreten durch: **LINKENHEIL & Co., BERLIN W., GENTHINERSTR. 19.**

422]24.2