



Ein Fall von
Aneurysma der Arteria tibialis postica.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät

der Königlichen Universität zu Greifswald

am

Dienstag, den 8. Juli 1890,

Nachmittags 2 Uhr

öffentlich vertheidigen wird

Robert Schmidt

prakt. Arzt
aus Pommern.

Opponenten:

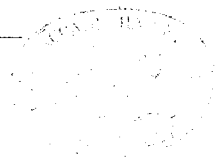
Herr Rudolf Schwanhäuser, prakt. Arzt.

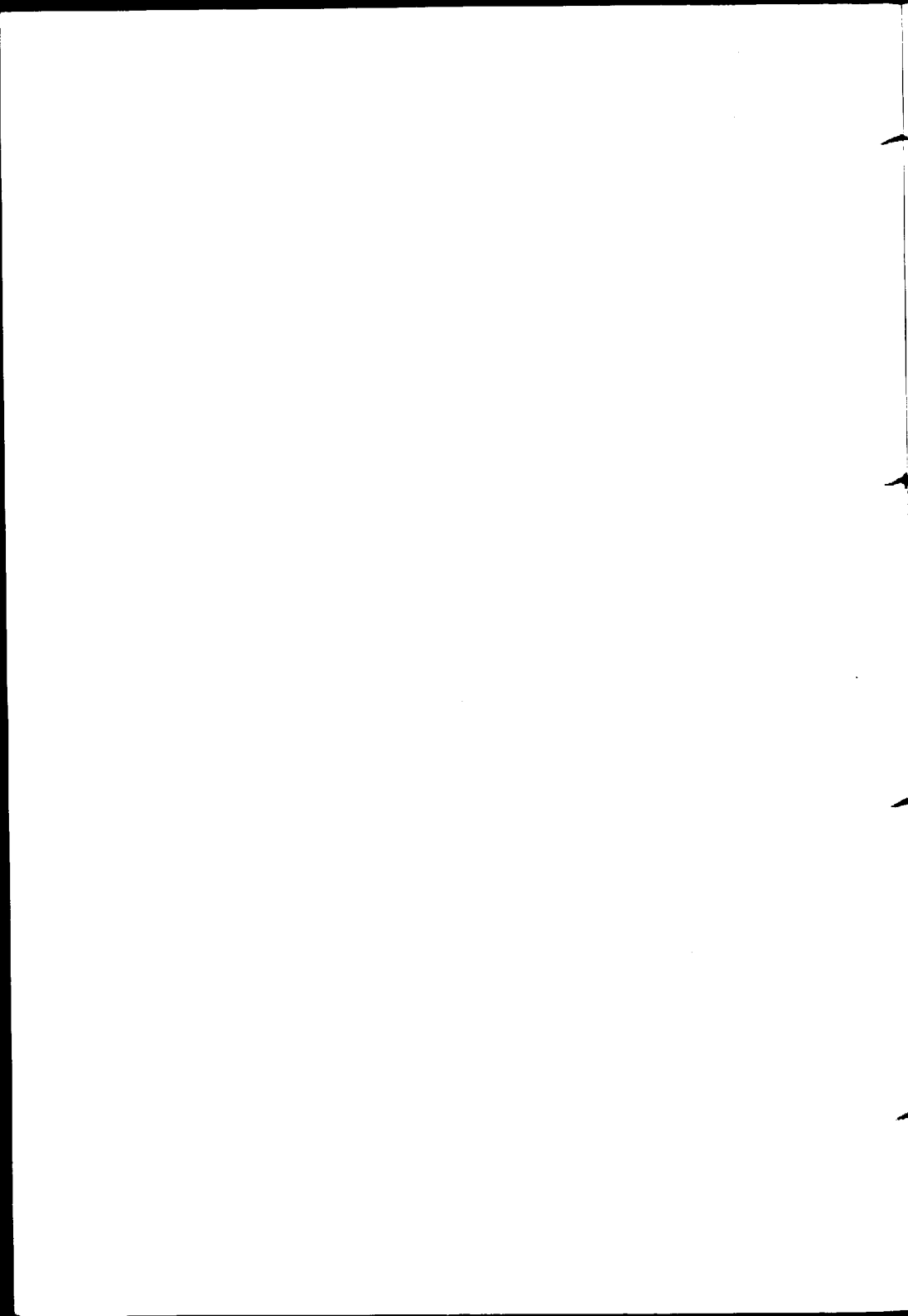
Herr Max Ahrens, cand. med.

Greifswald.

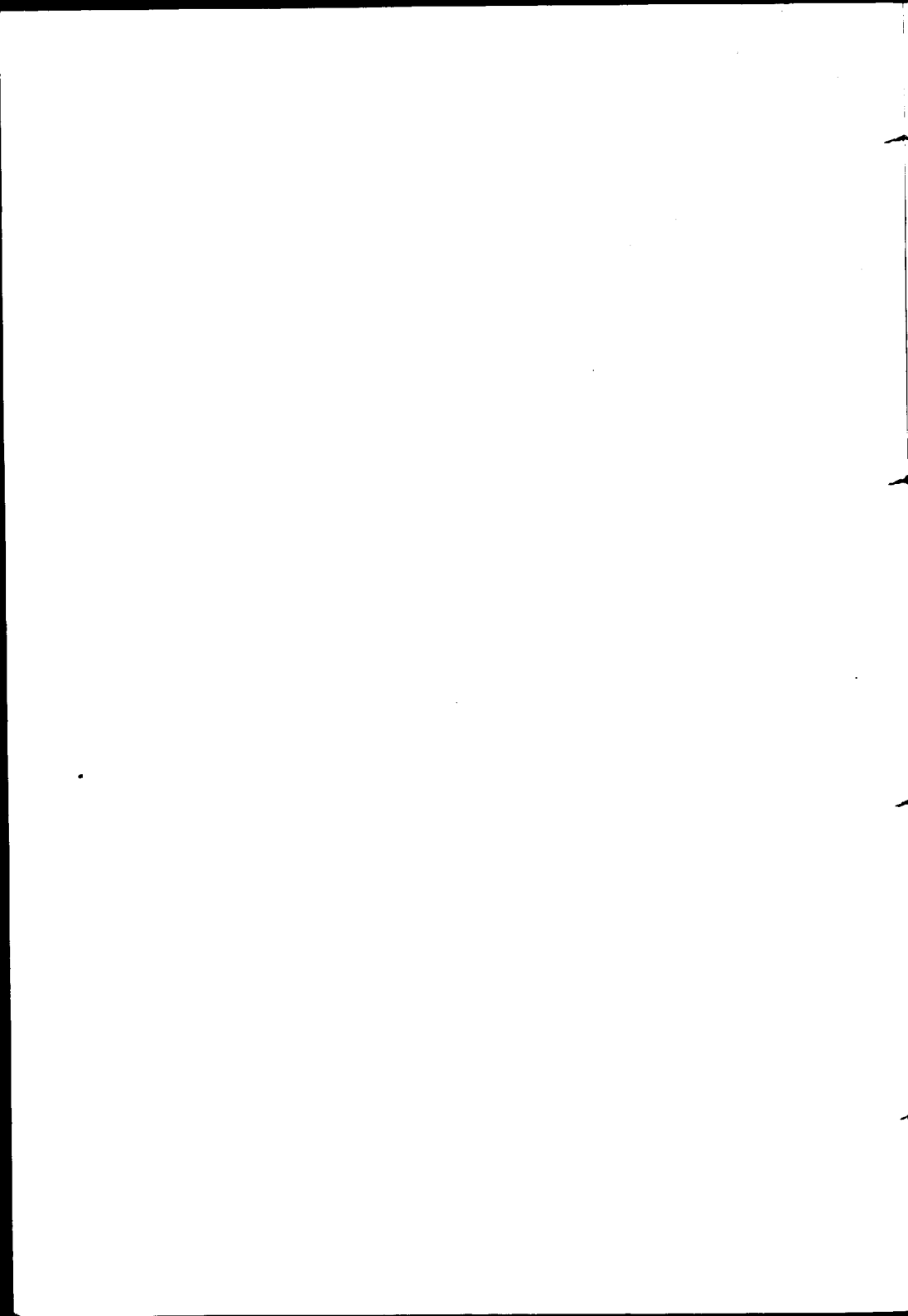
Druck von Julius Abel.

1890.





Seinen teuren Eltern
in Liebe und Dankbarkeit gewidmet
vom Verfasser.



Wenn ich in vorliegender Schrift von Aneurysmen spreche, so meine ich nicht damit diejenigen, welche durch Wunden oder subcutane Zerreiſung der Arterien entstehen, bei denen also alle 3 Häute zerrissen sind, ebenso wenig diejenigen, bei denen die Continuitätstrennung nur einen Teil der Häute betrifft (Aneurysma dissecans, herniosum) also nicht die als Aneurysmata spuria bezeichneten, sondern es sollen nur solche in Betracht gezogen werden, die man als Aneurysmen im engern Sinne als spontane oder wahre zu benennen gewöhnt ist und die entweder als Aneurysma saciforme oder cylindriforme oder fusiforme auftreten.

Sieht man die Statistiken über Aneurysmen durch, so fällt sofort das Missverhältnis des Auftretens derselben an den einzelnen Arterien auf. Bei weitem obenan stehen in allen Tabellen Aneurysmen der Aorta und zwar sind die der Aorta thoracica noch häufiger als die der Aorta abdominalis. Mir liegt augenblicklich eine Zusammenstellung von Crisp vor, der 551 Fälle von wahren Aneurysmen aufführt. Davon entfallen auf

Aorta thoracica 175,

Aorta abdominalis 59,

| | |
|------------------|------|
| Arteria poplitea | 137, |
| „ femoralis | 66, |
| „ carotis | 25, |
| „ subclavia | 23, |
| „ anonyma | 20, |
| „ axillaris | 18, |
| „ iliaca | 11, |
| „ anderer Organe | 8, |
| Gehirnarterien | 7, |
| Art. pulmonalis | 2. |

Diese Tabelle zeigt deutlich, wie bedeutend die Zahl der Aortenaneurysmen die anderer Gefäße überwiegt. So ist die Zahl der Aneurysmen der Carotis, der Anonyma, der Gefäße innerer Organe und der oberen Extremität sehr gering. Anders steht es dagegen an der unteren Extremität. Die Aneurysmen derselben sind nächst den Aortenaneurysmen bei weitem die häufigsten und zwar nimmt die Art. poplitea hier die erste Stelle ein (in der Crisp'schen Tabelle 137 zu 175 der Aorta). „Die Disposition dieser Arterie zur Aneurysmenbildung erklärt sich zum Teil aus ihrer Lage im Gelenkbezirk, namentlich aber aus ihrer Fixirung vor dem Eintritt in die Kniekehle im Kanal des Musc. adductor magnus und nach ihrem Austritt aus der Kniekehle im Kanal im sehnen Ursprung des Musc. soleus.“ (Birch-Hirschfeld). Sodann kommt auch in Betracht, dass unmittelbar nach dem Austritt aus der Kniekehle die Art. poplitea sich in zwei Äste spaltet. Solche

Teilstellen besitzen schon normaler Weise eine geringe Erweiterung des Lumens und werden unter pathologischen Bedingungen um so eher ausgedehnt. Bedeutend weniger, aber immerhin noch stark vertreten sind die Aneurysmen der Art. femoralis (66 nach Crisp), während von den übrigen am Bein vorkommenden Aneurysmen nichts erwähnt ist. Um nun das Verhältnis des Vorkommens der Aneurysmen an der unteren Extremität genauer klar zu legen, habe ich mich der Mühe unterzogen, und die 224 Bände von „Schmidts Jahrbücher der in- und ausländischen Medizin“ vom Jahre 1834—1889 zu durchsuchen, und habe ich folgende Resultate gefunden:

Aus dem Jahre

1834—1838:

Aneurysmen der Art. cruralis 2.
 „ „ „ femoralis 4.
 „ „ „ poplitea 7.

1839—1843:

Aneurysmen der Art. cruralis 3.
 „ „ „ femoralis 2.
 „ „ „ poplitea 3.

1844—1849:

Aneurysmen der Art. femoralis 5.
 „ „ „ poplitea 3.

1850—1854:

Aneurysmen der Art. femoralis 1.
 „ „ „ poplitea 3.

1855—1858:

Aneurysmen der Art. cruralis 2.

„ „ „ poplitea 2.

Aneurysma racemosum auf der Kniescheibe 1.

1859—1873:

Aneurysmen der Art. cruralis 2.

„ „ „ femoralis 10.

„ „ „ poplitea 2.

„ „ „ profunda femoris 1.

Aneurysma in der Tibia (mit weiter, blasenartiger
Höhle im oberen Ende der Tibia) 1.

Ausserdem fand ich in demselben Werke aus dem
Jahre 1870 eine Tabelle von Dr. Fischer-Prag, in
der angeführt waren:

Aneurysmen der Art. cruralis 1.

„ „ „ femoralis 18.

„ „ „ poplitea 90.

„ „ „ tibialis antic. 1.

„ „ „ peronea 1.

„ „ „ dorsalis pedis 1.

„ „ „ plantaris ext. 1.

Eine zweite Tabelle aus demselben Jahre liefert:

Aneurysmen der Art. cruralis 1.

„ „ „ poplitea 48.

Aus dem Jahre

1873—1889:

Aneurysmen der Art. dors. pedis 2.

Aneurysma cirsoideum am Fussrücken 1.

In Summa sind also hier 219 Fälle von Aneu-

rysmen an der unteren Extremität aufgeführt, und auch hier wieder haben wir dasselbe Verhältnis des Überwiegens der Aneurysmen der Art. poplitea. Die Zahlen stellen sich so:

| | |
|------------------------------|------|
| Aneurysmen der Art. poplitea | 158. |
| „ „ „ femoralis | 40. |
| „ „ „ cruralis | 11. |
| „ „ „ dorsal. pedis | 4. |

Von allen andern je 1.

Eine zweite Statistik für Aneurysmen der unteren Extremität stellte ich auf aus dem „Centralblatt für Chirurgie“ vom Jahre 1874—1889.

Es finden sich dort mitgetheilt aus den Jahren 1874—1876:

| | |
|-------------------------------|-----|
| Aneurysmen der Art. femoralis | 10. |
| „ „ „ poplitea | 12. |
| „ „ „ tibial. antic. | 1. |
| „ „ „ dorsalis pedis | 1. |

1877—1879:

| | |
|-------------------------------|-----|
| Aneurysmen der Art. femoralis | 6. |
| „ „ „ poplitea | 32. |
| „ „ „ dorsalis pedis | 2. |

1880—1889:

| | |
|-------------------------------|----|
| Aneurysmen der Art. femoralis | 5. |
| „ „ „ poplitea | 7. |
| „ „ „ dorsalis pedis | 1. |

Der Band vom Jahre 1889 desselben Werkes bringt von J. B. Justo in Buenos Ayres eine Tabelle von 79 Aneurysmen aller Arten, von denen allein 35

auf die Art. poplitea, 10 auf die Art. femoralis fallen. Im Ganzen also finden sich im „Centralblatt für Chirurgie“ 125 Fälle von Aneurysmen am Bein, davon Aneurysmen der Art. poplitea 88.

„ „ „ femoralis 32.
 „ „ „ dorsalis pedis 4.
 „ „ „ tibialis antica 1.

Am interessantesten aber bei der Durchsicht der Centralblätter war mir die Krankengeschichte eines Falles von Aneurysma der Arteria tibialis postica, den Kinloch (Charleston. S—Car.) mittheilt, und den ich deshalb zuletzt erwähne, weil das Vorkommen desselben ein äusserst seltenes ist, (in sämtlichen durchsuchten, oben genannten 239 Bänden nur 1 Fall), besonders aber da ich in der hiesigen chirurgischen Klinik im vergangenen Jahr selbst Gelegenheit hatte, einen gleichen Fall zu sehen. Das American journal berichtet vom Juli 1882:

Ein 45jähriger Mann meldete sich mit ausgedehnter, ödematöser Geschwulst des ganzen linken Unterschenkels, welche, äusserst schmerzhaft, ohne Grund entstanden, sich von einem Knoten vor 6 Jahren entwickelt hatte und in den letzten Monaten rasch gewachsen war. Die Geschwulst war bläulich durchscheinend, nicht fluctuirend, auch nicht bei Kompression wesentlich zusammenfallend, ohne Geräusch bei Auscultation, aber deutlich pulsatorisch gehoben, eine Erscheinung, die bei Compression der Femoralis un- deutlich wurde. Ein Teil der Untersucher erklärte

sich für die Annahme einer sarcomatösen Neubildung. K. entschloss sich jedoch unter dem Eindruck der Diagnose eines Aneurysma der Arteria tibialis postica zur Unterbindung der Arteria femoralis im unteren Drittel des Scarpa'schen Dreiecks. Im Augenblick, wo der karbolisirte Seidenfaden unter die Arterie geführt wurde, kam eine Blutung aus einem abgehenden Seitenaste, der isoliert unterbunden werden musste, ein Ereignis, das an dieser Stelle auch sonst wohl erwähnt wird. Nach der Unterbindung wurde der ursprüngliche Tumor punctiert und aspiriert, ohne Resultat. Eine drohende Eiterung in der Ligaturumgegend wird durch ausgiebige Incision verhütet. 3 Wochen nach der Operation entdeckt man an der Stelle der ursprünglichen Geschwulst eine eigentümliche Depression der Weichteile, in deren Tiefe die Tibia sich wie ausgefressen und brüchig anfühlt, so dass nur die Annahme einer Neubildung (Osteocarcinom) aufs Neue bestärkt wurde. Es wird eine ausgiebige Incision gemacht, welche in einen grossen, mit harten, brüchigen Fibringerinnseln gefüllten Sack führt. Die letzteren haben das Gefühl der Brüchigkeit der Tibia hervorgerufen. Nach Ausräumen des Sackes plötzlich furchtbare Blutung, deren Ausflussöffnung sich nicht beherrschen liess. Deshalb Amputation des Oberschenkels, die in Heilung ausging. Die Untersuchung ergab ein Aneurysma der Arteria tibialis postica 2 Zoll unter dem Abgange aus der Arteria poplitea, reichlicher Zufluss durch grosse collaterale Äste nach der Ligatur.

Eigner Fall

im Juli 1889 in hiesiger chirurgischer Klinik behandelt:

Anamnese:

Patient ist der 33 Jahre alte Kaufmann Fritz L. aus Copim in Brasilien. Über etwaige Krankheiten der Eltern oder Geschwister konnte derselbe keine Mitteilungen machen. Von sich selbst sagt er aus, dass er keine Kinderkrankheiten durchgemacht habe, überhaupt bis zu seinem 18 Lebensjahre gesund und kräftig gewesen sei. Im Jahre 1874 inficirte er sich luetisch; ein Arzt leitete eine Schmierkur ein, welche ungefährl einen Monat dauerte, worauf Heilung eintrat. Im Jahre 1876 verzog Patient von Deutschland nach Brasilien und lebte hier als Kaufmann, dann als Landmann. Während seines ganzen Aufenthalts dasselbst hatte er nach seinen eigenen Aussagen mit Gefahren und Strapazen aller Art zu kämpfen und grosse Anstrengungen und Entbehrungen auszuhalten; ja, Patient selbst führt seine jetzigen Leiden auf die ungeheuren Märsche durch unbewohnte, mit dichtem Urwald bewachsene Gegenden zurück. Im Jahre 1877 trat ein Recidiv der Lues auf mit Erscheinungen im Halse, die jedoch bald von selbst wieder zurückgingen. Von dieser Zeit an will Patient gesund gewesen sein bis zum Jahre 1887, nur litt er häufig an hochgradigem Herzklopfen, das besonders stark nach grösseren körperlichen Anstrengungen auftrat. Im Jahre 1887 bemerkte L., dass ihm beim Gehen öfter das linke Bein den Dienst versagte. Beim starken Auftreten

empfang er Schmerzen in der Wadengegend, dazu kam ein Gefühl von Taubheit im Unterschenkel und im Fusse, besonders an der Grosszehenseite. Öfter gesellte sich auch Anschwellung des linken Fusses hinzu, die jedoch nach einiger Schonung wieder schwand. Zugleich nahm er wahr, dass die linke Wade etwas stärker war, als die rechte, und allmählich immer mehr anschwell. Beim Betasten konnte er ganz deutlich Pulsation dieser Anschwellung fühlen. Als im Laufe eines Jahres die Geschwulst stetig zunahm und die Beschwerden sich steigerten, konsultierte er am 1. December 1888 in Brasilien einen Arzt, der die Geschwulst für ein Aneurysma erklärte und die Unterbindung der linken Arteria femoralis superficialis in der Mitte des Oberschenkels machte, und zwar nicht in Chloroformnarcose, sondern unter Cocainanaesthesie. Sofort nach der Unterbindung hörte die Pulsation der Geschwulst auf, auch liessen die Schmerzen beim Gehen etwas nach, überhaupt ist die Geschwulst seit der Zeit nur sehr unbedeutend gewachsen.

Inzwischen hatte sich bei dem Patienten noch ein anderes Leiden eingestellt. Er bemerkte nämlich, dass das Sehvermögen beider Augen allmählich aber stetig abnahm, dazu war die Farbenempfindung gestört, so dass es ihm schwer wurde, einzelne Farben, besonders Rot und Grün, zu erkennen; dagegen erkannte er Gelb und Blau noch mit grösster Bestimmtheit. Andere Beschwerden, Schmerzen oder Entzündungen der Augen fehlten vollständig. Seit December



1888 konnte Patient von Woche zu Woche eine grössere Schwächung des Sehvermögens konstatieren und bis Weihnachten desselben Jahres hatte sich der Zustand auf beiden Augen so weit verschlechtert, dass er nicht mehr geschriebene, viel weniger noch gedruckte Schrift zu lesen im Stande war. Nun endlich schiffte sich L. nach Europa ein und suchte in Greifswald die Hülfe der Augenklinik nach und kam von dort in die chirurgische Klinik, um Rat wegen der Geschwulst in der linken Wadengegend einzuholen.

Status praesens:

Patient ist ein grosser, überaus kräftig gebauter Mann von straffer Musculatur und gut entwickeltem Panniculus adiposus. Die Haut zeigt eine gesunde Farbe, das Gesicht ist gebräunt und trägt deutlich die Spuren überstandener Strapazen. Die Lippen sind etwas livide verfärbt. Oedeme sind am Körper nicht vorhanden.

Bei Untersuchung des Herzens findet man den Herzspitzenstoss sehr verstärkt, resistent und deutlich hehend, so dass er schon bei der Inspection genau erkannt werden kann. Er ist am deutlichsten im 5. Intercostalraum, aber sehr verbreitert und noch ausserhalb der Mamillarlinie fühlbar. Die Percussion ergiebt eine ganz bedeutende Vergrösserung der Herzdämpfung. Dieselbe beginnt am unteren Rande der 3. Rippe, reicht nach rechts 6 cm über die Medianlinie, nach links etwas über die Mamillarlinie und ist

im Ganzen 18 cm breit. Bei der Auscultation hört man an der Herzspitze ein schwaches diastolisches Geräusch und einen undeutlichen, dumpfen ersten Ton, an der Aorta dagegen ein starkes, blasendes diastolisches und schwächeres systolisches Geräusch. Beide Geräusche werden auch an die andern Klappen fortgeleitet. Der Puls ist ziemlich kräftig, aber schnellend, hüpfend und erscheint an der linken Radialis etwas stärker, als rechts, jedoch gleichzeitig. Die Pulsfrequenz beträgt etwa 78 in der Minute (Insuffizienz und Stenose der Aorta)

Die Lungengrenzen sind normal, der Percussionschall ist voller, heller Lungenschall, an der Grenze der Herzdämpfung mit etwas tympanitischem Beiklang, die Auscultation ergibt normales Athengeräusch. Die Leber ist nicht vergrößert, die Untersuchung des Urins auf Eiweiss ergibt ein negatives Resultat.

Bei Betrachtung des linken Unterschenkels (s. Bild) findet sich ausserhalb der Kniekehle eine bedeutende Geschwulst der Wadengegend, die von der Kniekehle bis etwas unterhalb der Mitte des Unterschenkels herabreicht. Dieselbe ist bei Streckstellung des Beines straff gespannt, bei Beugstellung weicher und zeigt exquisite Fluctuation in ihrer ganzen Ausdehnung. Der grösste Umfang beträgt 47 cm, während der Umfang der rechten Wade an der entsprechenden Stelle nur 35 cm, also 12 cm kleiner ist. Pulsation ist nicht zu fühlen. Der Gebrauch des Beines ist behindert, beim Gehen treten Schmerzen im Unter-



schenkel auf, dazu kommt ein stetes Gefühl von Taubsein, das sich bis zur grossen Zehe erstreckt. Selbst passive Bewegungen sind nicht schmerzlos. In der Mitte des Oberschenkels erblickt man an der Innenseite des Musculus sartorius eine 5 cm lange Narbe, herrührend von der Unterbindung der Arteria femoralis superficialis. Bis zur Mitte dieser Narbe ist das Pulsieren der Arteria femoralis deutlich zu fühlen, darunter hört dasselbe plötzlich auf.

Die Lymphdrüsen der Inguinalgegend sind leicht geschwollen.

Bei der Untersuchung der Augen kann man keine Entzündungs-Erscheinungen bemerken, weder an der Conjunctiva, noch am Bulbus selbst. Bei der Prüfung der Sehschärfe aber ergibt sich eine

bedeutende Herabsetzung derselben, denn beim Sehen mit beiden Augen wird die Fingerzahl nur noch in 50 cm Entfernung richtig angegeben, mit dem linken aber nur in 30 cm, mit dem rechten in 50 cm Entfernung. Die Pupillenreaction ist vollständig normal. Von den Farben wird weder Rot, noch Violett, noch Grün oder Gelb erkannt, vielmehr werden dieselben als Grau oder Schwarz bezeichnet; die einzige Farbe, die richtig erkannt wird, ist Blau. Das Gesichtsfeld beider Augen ist unregelmässig beschränkt, nicht concentrisch, des linken Auges nach aussen und oben, des rechten nach oben. Beim Ophthalmoscopieren sieht man auf beiden Augen die Papille atrophisch, eingesunken, scharf vom Augenhintergrunde abgegrenzt, von blasser, porcellanartiger Farbe, und zwar scheint der Process im linken Auge weiter vorgeschritten, als im rechten. Schmerzen fehlen gänzlich. (*Atrophia nervorum opticorum.*)

Die Behandlung der Geschwulst wird sofort eingeleitet, und zwar wird zuerst die elastische Compression mehrere Tage versucht. Jedoch erweist sich dieselbe als ganz unwirksam, ja die Schmerzen haben sich sogar darnach bedeutend gesteigert, und so entschliesst sich Patient gern zu einer Operation. Dieselbe wird am 16. VII. 1889 vorgenommen.

Nachdem die Chloroformnarcose wegen des Aortenklappenfehlers mit grösster Vorsicht eingeleitet und das linke Bein durch die Esmarch'sche Binde blutleer gemacht ist, beginnt die eigentliche Operation.

Es wird ein grosser Längsschnitt gemacht, der oben in der Kniekehle etwas über der Geschwulst beginnt und über die ganze Geschwulst hin bis zum unteren Ende derselben reicht. Nachdem zuerst die Haut gespalten, zeigen sich die oberflächlichen Wadenmuskeln, der Gastrocnemius und Soleus, welche die Geschwulst überdecken, besonders in der Mitte sehr dünn und atrophisch. Nach Durchschneidung derselben liegt in der Mitte ein Stück eines bindegewebigen Sackes frei. Nun werden die Muskeln und Sehnen so weit als möglich von diesem Sacke stumpf abgelöst, und darauf der Sack an einer kleinen Stelle vorsichtig incidiert. Da sich Blutkoagula entleeren und so die Diagnose bestätigt ist, wird sofort die breite Spaltung des ganzen Sackes vorgenommen. Aus diesem Sack kann man wohl über einen Liter, teils alte, teils frische Coagula herausholen, von denen die älteren sich als aus mehreren weissen und rötlichen Schichten zusammengesetzt erweisen. Nachdem der Sack völlig von dieser Coagulamasse entleert ist, sieht man eine rundliche Aushöhlung an der hinteren Fläche der Tibia, von der Grösse eines kleinen Apfels, etwa 3 Finger breit unterhalb der Kniekehle. An dieser Stelle liegt der Knochen selbst frei. Nun wird der nur dünne Sack des Aneurysmas exstirpiert, soweit als möglich stumpf, und hierbei das zuführende Gefäss aufgesucht und unterbunden. Dasselbe mündet oben in den Sack ein und entspricht der Lage nach der Arteria tibialis postica. Die Ge-

fässwand derselben ist stark verdickt. Die Ligatur des abführenden Gefässes erweist sich als sehr schwierig. Die Ablösung des Aneurysmasackes gelingt nämlich in den tieferen und unteren Partien nicht, so dass es unmöglich ist, auf diese Weise von aussen her an die abgehenden Gefässe zu gelangen. Es bleibt deshalb ein grosser Teil des Aneurysmasackes sitzen, und zur Ligatur des abgehenden Gefässes wird neben demselben durch die Wand des Aneurysmasackes ein freier Einschnitt in der Längsrichtung ausgeführt. Von hier aus gelingt es, wenn auch nicht ohne einige Mühe wegen der Tiefe des Operationsfeldes und der entzündlichen Verlötung der Gewebe daselbst, die abgehende Arterie sicher zu unterbinden. Dieselbe zieht sich gegen den Zwischenknochenrand hin. Darauf wird die Esmarch'sche Binde entfernt und die Butung mit grösster Genauigkeit gestillt. Die ganze Wundhöhle, in welche man bequem zwei geballte Fäuste hineinlegen kann, wird mit Jodoformgaze ausgetamponiert und darauf ein trockener Verband angelegt.

Nach der Operation treten ziemlich starke Schmerzen auf. Zur Stillung derselben wird Morphium gegeben, jedoch verläuft die ganze Nacht sehr unruhig. Die Temperatur beträgt am Abend des 16. VII. 36,2.

Status vom 17. VII. 1889.

Auch heute Morgen zeigt sich grosse Unruhe, die Temperatur ist 36,9. Puls frequent, 100 in der Minute. Abendtemperatur 37,5. Dieser unruhige

Zustand hält den ganzen Tag und die folgende Nacht an. Da am folgenden Tage die Unruhe sich steigert, ja Neigung zum Erbrechen sich einstellt, so wird wegen Gefahr der Jodoformintoxication der Verband gewechselt.

Status vom 18. VII. 1889.

Morgentemperatur 37,3. Verbandwechsel. Die Wunde zeigt sich vollkommen aseptisch; Nachblutung ist nicht vorhanden, Sekret wird nur sehr wenig abgesondert. Die ziemlich grosse Menge Jodoformgaze wird entfernt, und statt ihrer die Wunde mit aseptischem Mull austamponiert. Trockener Verband.

Status vom 22. VII. 1889.

Morgentemperatur 36,5. Die grosse Wunde wird secundär genäht und 2 Drains eingelegt und zwar so, dass das obere in die Höhle der Tibia zu liegen kommt. Abendtemperatur 37,3.

Status vom 23. VII. 1889.

Vom heutigen Tage an werden gegen die *Atrophia nervorum opticorum* die Strychnininjectionen in die Schläfengegend (0,0015—0,0025), welche seit der Operation ausgesetzt waren, wieder aufgenommen.

Status vom 27. VII. 1889.

Verbandwechsel. Die aseptische Wunde wird durch Heftpflasterstreifen zusammengezogen und dies auch beim Verbandwechsel am

31. VII.

wiederholt. Zugleich werden an diesem Tage einige Nähte entfernt. Temperatur normal.

Status vom 5. VIII. 89.

Beim heutigen Verbandwechsel werden die letzten Nähte herausgenommen. Da die beiden oberen Drainöffnungen noch eine Menge Secret entleeren lassen, so werden die Drains wieder hineingelegt. An Stelle des Strychnins tritt Behandlung mit Jodkali 10,0 : 200,0, 2 mal täglich ein Esslöffel.

Status vom 23. VIII. 89.

Die Erscheinungen der Amaurose haben in der letzten Zeit bedeutend zugenommen. Die Incision ist völlig vernarbt. Nach Einwickelung der ganzen Extremität wird Patient als geheilt entlassen.

Betrachten wir den Fall etwas näher, so drängt sich uns die Frage auf: Welches kann die Ursache dieses Aneurysmas sein, da eine äussere Veranlassung nicht vorliegt? Arteriosclerose und atheromatöse Entartung der Gefässwand als Grund anzunehmen, verbietet das junge Alter des Patienten. Da nach den Untersuchungen von Köster und seines Schülers Kraft die Annahme begründet erscheint, dass allmähliche Dehnung der Media der Hauptgrund für die Entstehung der Aneurysmen sei, so könnte man als Ursache dieser Dehnung vielleicht eine gewebliche Disposition anführen; jedoch wäre dann die Frage berechtigt: Weshalb tritt gerade an der Art. tibialis postica eine Erweiterung auf und nicht auch an anderen Arterien? Ferner soll auch Gicht, chronische Bleivergiftung, Alcoholmarasmus und Malaria die Ernährung der Gefässwand so beeinflussen, dass die

Structur der Media eine Veränderung erleidet; doch ist auch dies beides hier auszuschliessen. Anders steht es mit der Syphilis, welche sicher Beziehung zur Entstehung von Aneurysmen haben kann, indem theils gummöse Wucherungen von der Adventitia auf die Media übergreifen, andererseits die syphilitische Kachexie die Ernährung der Gefässe beeinträchtigen kann. Jedoch wäre es in diesem Falle wunderbar, dass das Aneurysma erst 10 Jahre nach überstandener Syphilis auftrat. Ein anderer Grund nun könnte in der Lage der Art. tibialis postica, in der Beschaffenheit ihrer Umgebung und ihrer Fixation zu suchen sein. Betrachten wir die Lage der Arterie etwas näher! Die Arteria tibialis postica entspringt am unteren Rande des Musculus popliteus aus der Art. poplitea und wird unmittelbar vom Soleus bedeckt. Sie verläuft auf den tiefen hinteren Muskeln des Unterschenkels und wird dabei von der gemeinsamen Fascie dieser Muskeln umschlossen. Hinter dem Sprunggelenke wird sie vom Ligamentum laciniatum bedeckt. So hat die Arterie zwei ziemlich fixierte Endpunkte, oben an der Teilstelle der tibialis antica, die durch die Membrana interossea geht, unten hinter dem Sprunggelenk

Bei jeder Bewegung des Unterschenkels im Kniegelenk und im Talo-cruralgelenk findet aber eine Annäherung und Entfernung dieser beiden Endpunkte statt, ebenso beim Gehen Contractionen der ganzen die Arteria umgebenden Muskeln. Ist es nun nicht

denkbar, dass in diesem Falle bei den ungeheuren Märschen, die Patient leisten musste, die abnormen Anstrengungen der Beine als stete mechanische Insulte auf die Arterie gewirkt und eine Zerrung der Wand und dadurch die Erweiterung herbeigeführt haben? Ganz von der Hand zu weisen ist diese Annahme jedenfalls nicht.

Die kleinapfelgrosse Höhle, wie auch die grosse Dünnhheit der oberflächlichen Wadenmuskeln sind auf Druckatrophie zurückzuführen, wie ja auch bei Aneurysmen der Aorta Usur des Sternum und der Rippen vorkommt. Als zweckmässigste Operation kam, nachdem die Unterbindung der Femoralis schon früher gemacht war, allein die Exstirpation des Sackes in Betracht, worauf vollständige Heilung eintrat.

Zum Schluss habe ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Helferich, für die freundliche Ueberweisung des Materials und für die bereitwillige Unterstützung bei meiner Arbeit an dieser Stelle meinen besten Dank auszusprechen.


Vita.

Verfasser, Robert, Albin, Konrad Schmidt, Sohn des Kaufmanns Robert Schmidt zu Fiddichow in Pommern, evangelischer Confession, wurde geboren am 21. December 1863. Seinen ersten Unterricht erhielt er in der Bürgerschule seiner Vaterstadt. In seinem 12. Lebensjahre trat er in die Sexta des Progymnasiums zu Garz a. O. ein und blieb auf dieser Anstalt sieben Jahre bis nach Ablegung des Examens der Reife für die Prima eines Gymnasiums. Dann liess er sich in die Prima des Gymnasiums zu Königsberg N./M. aufnehmen, musste aber wegeu häufiger Krankheit im Frühjahr 1884 seine Studien unterbrechen. Pfingsten 1884 suchte er das Gymnasium zu Friedland M.-Str. auf und erhielt am 6. März 1885 das Zeugnis der Reife. Im Sommer 1885 bezog er die Universität Halle, um Medicin zu studieren, und bestand am Ende des 4. Semesters am 4. März 1887 die ärztliche Vorprüfung. Dann siedelte er im Sommersemester 1887 nach Greifswald über, woselbst er bis Ende des Sommersemesters 1889 studierte. Am 20. Mai 1890 beendete er das medicinische Staatsexamen und bestand am 2. Juni das Examen rigorosum. Seine akademischen Lehrer waren in Halle die Herren:

Bernstein, Eberth, Knoblauch, Solger, Volhard, Welcker;
in Greifswald die Herren:

Arndt, Grawitz, Helferich, Hoffmann, Krabler, Löffler, Mosler,
Peiper, Rinne, Schürmer, Schulz, Strübing, Pernice,
Freiherr v. Preuschen.

Ihnen allen spricht Verfasser an dieser Stelle seinen wärmsten Dank aus.



Thesen.

I.

Die Anwendung des Acidum pyrogallicum ist durchaus nicht gefahrlos.

II.

Ergotininjectionen zur Heilung von Aneurysmen sind nur bei beginnenden Aneurysmen und auch hier nur mit grösster Vorsicht zu gebrauchen.

III.

Die sogenannte „Fussbodenheizung“ ist inhygienischer Beziehung die zweckmässigste Heizung für Baracken.

11781

1913

1913

1913