

BERLINER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Organ für practische Aerzte.

Mit Berücksichtigung der preussischen Medicinal-Verwaltung und Medicinal-Gesetzgebung

nach amtlichen Mittheilungen.

33983

Redigirt

von

Dr. L. Waldenburg,

Professor e. o. an der Königl. Friedrich-Wilhelms-Universität und dirigirendem Arzt am Königl. Charité-Krankenhaus in Berlin.

SECHSZEHNTER JAHRGANG.

BERLIN, 1879.

Verlag von August Hirschwald.

N.W. Unter den Linden 68.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Organ für practische Aerzte.

Mit Berücksichtigung der preussischen Medicinalverwaltung und Medicinalgesetzgebung nach amtlichen Mittheilungen.

Redacteur: Prof. Dr. L. Waldenburg.

Verlag von August Hirschwald in Berlin.

Montag, den 18. August 1879.

N^o 33.

Sechszehnter Jahrgang.

Inhalt: I. Aus der medicinischen Klinik des Herrn Hofrath Nothnagel zu Jena: Lüderitz: Ein Fall von Magengeschwür mit in Heilung begriffener Perforationsperitonitis. — II. Burow: Paralyse der Musc. crico-arytänoïd. postic. Laryngotomie, Tod an putrider Bronchitis. Section. — III. Sommerbrodt: Zur Symptomatologie der „Pest von Wetljanka“ (Schluss). — IV. Kottmeier: Fall von Carbonsäure-Vergiftung. — V. Kritiken und Referate (Rothe: Compendium der Frauenkrankheiten — Behandlung der Hämorrhagie beim Abortus — Surgical treatment of dysmenorrhoe). — VI. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften (Hufeland'sche Gesellschaft in Berlin). — VII. Feuilleton (Roth: Die Beziehung des Körpers zur Weltanschauung — Tagesgeschichtliche Notizen). — VIII. Amtliche Mittheilungen. — Inserate.

I. Aus der medicinischen Klinik des Herrn Hofrath Nothnagel zu Jena.

Ein Fall von Magengeschwür mit in Heilung begriffener Perforationsperitonitis.

Von

Dr. Carl Lüderitz, Assistenzarzt der Klinik.

Am 22. März 1879 wurde der 23 Jahre alte Schäfer Hermann Teichmann in die hiesige medicinische Klinik aufgenommen. In seiner Kindheit hatte er die Masern überstanden, dann war er im wesentlichen gesund gewesen. Im Sommer 1874 trank er am frühen Morgen nüchtern mehrere Gläser kaltes Bier und verspürte gleich darauf sehr heftige stechende Schmerzen im Epigastrium, die zwar bald sich mässigten, aber seitdem ihn nie mehr völlig verliessen. Sie waren auf das Epigastrium beschränkt und wurden anfallsweise stärker. Genuss von Speisen, besonders schwerkverdaulichen, steigerte sie, Flüssigkeiten wurden gut vertragen. Der Appetit nahm etwas ab, es stellte sich häufiges Aufstossen ein. Seit November 1878 kam zu den immer heftiger werdenden Schmerzanfällen Erbrechen hinzu, das ebenfalls stets nach dem Essen, anfangs nur 1—2 Mal in der Woche, später fast täglich und mehrmals am Tage auftrat. Blut wurde nie im Erbrochenen bemerkt. Der Stuhlgang war retardirt, musste künstlich herbeigeführt werden.

Status praesens am 23. März 1879: Kaum mittelgrosser, mürrisch aussehender Mann von etwas gracilem Knochenbau, ziemlich magerer Musculatur, schwachem Panniculus. Haut gesund gefärbt, Gesichtsfarbe frisch. Zunge blassroth, kaum belegt. Kein Fieber. 52 normal gespannte Pulse, 14 Resp.

Pat. klagt über Mattigkeit und über Schmerzen in der Magengegend.

Abdomen etwas unter dem Niveau des Thorax, Bauchdecken weich, eindrückbar. Druck auf das Abdomen überall schmerzlos, mit Ausnahme einer circumscribten ziemlich empfindlichen Stelle oben im Epigastrium, etwas links von der Mittellinie. Nirgends eine abnorme Resistenz fühlbar. Percussionsschall normal. Leberdämpfung reicht in der rechten Mammillarlinie nicht ganz bis zum Rippenbogen, ist nach links hin nicht deutlich abzugrenzen. Milzdämpfung nicht vergrössert. Spitzenstoss im vierten linken Intercostalraum etwas nach innen von der Mammillarlinie, Herztöne rein. Lungenbefund normal. Urin

goldgelb, sauer, giebt deutlich bläuliche Indicanreaction, enthält kein Eiweiss.

Diagnose: Ulcus ventriculi.

Ordo: Flüssige Diät, künstliches Carlsbader Salz, Cataplasmen auf die Magengegend.

Vom ersten Tage an nahmen die Schmerzen an Heftigkeit zu, so dass Pat. etwas Morphin erhielt; auch unabhängig von der Nahrungsaufnahme steigerten sie sich. Besonders des Nachts waren sie heftig; Pat. hatte Würgen dabei, in der Nacht vom 25. März erbrach er etwa 500 Ccm. grauer, säuerlich riechender Flüssigkeit.

Am 26. März Abends 10 Uhr erschienen plötzlich Schmerzen heftiger denn je, die über das ganze Abdomen ausstrahlten. Pat. sprang aus dem Bett und lief laut jammernd im Zimmer herum. Als ich dazu kam, fand ich ihn stöhnend, zusammengekrümmt und vor Schmerzen sich windend, in linker Seitenlage im Bett liegen. Stechen im ganzen Abdomen, vorwiegend rechts, Aufstossen, Brechneigung, Drang zum Urinlassen. Abdomen leicht eingezogen, bei Berührung überall schmerzhaft. Gesicht etwas collabirt, schmerzhaft verzerrt, Hände und Nasenspitze kühl, 100 schwächer als bisher gespannte Pulse. Pat. erhielt sogleich kurz hintereinander 3 Dosen von 1 Cgrm. Morphin, ausserdem 30 Tropfen Tinct. thebaic., Wein. Eisblase aufs Abdomen wies er zurück.

In der Nacht wurden 500 Ccm. einer schwärzlichbraunen, sauer reagirenden Flüssigkeit erbrochen, in welcher Blutgerinnsel nicht bemerkbar waren, und die auch bei microscopischer Untersuchung keine Blutkörperchen zeigte.

Am nächsten Morgen, 27. März, liegt Pat. still, hat aber heftige Schmerzen, Durst, sieht stärker collabirt aus. 132 sehr kleine Pulse, 36 Resp. Normale Temperatur. Abdomen im Niveau des Thorax, überall, besonders in der ganzen rechten Hälfte, bei leichter Berührung hochgradig empfindlich. In der Gegend der Leber ist der Percussionsschall wie am übrigen Abdomen ziemlich laut tympanitisch. Wegen der excessiven Schmerzhaftigkeit kann die Percussions-Auscultation nur sehr leise ausgeführt werden, sie ergiebt keinen deutlichen Metallklang in der Lebergegend.

Ordo: Tinct. thebaic. 30 Tropfen, 7 Blutegel in die rechte Bauchseite, Wein, wiederholte Morphininjectionen (je 1 Cgrm.).

Am Abend 138 kaum fühlbare Pulse, 42 Resp. Aeusserster

Collaps, extreme Theile kalt. Urin, in geringer Menge gelassen, ist rothgelb, leicht getrübt, sauer, enthält etwas Indican, etwas Eiweiss und ziemlich viele, meist schmale, hyaline und gekörnte Cylinder.

28. März. Collaps ein klein wenig geringer, ebenso Schmerzen. Extreme Theile weniger kühl. 126 auffallend besser gespannte Pulse, 36 Resp. Sehr häufiges Aufstossen, Singultus, Durst. Abdomen leicht aufgetrieben, sehr schmerzhaft. Vorn rechts am Thorax bis zur vierten Rippe lauter tiefer Lungenschall, im vierten Intercostalraum, noch mehr im fünften, leichte Dämpfung, doch keine intensive Leberdämpfung. Vom sechsten I.-R. ab ziemlich lauter und hoher tympanitischer Schall, etwas weniger laut abwärts über dem ganzen Abdomen, in der linken Seite, nach welcher Pat. geneigt liegt, etwas Dämpfung.

Ordo: Tinct. thebaic. 30 Tropfen, 6 Blutegel in das Mesogastrium, Schlucken von Eisstückchen, nach Bedarf Morphinjektionen. Ausserdem erhielt Pat. kräftige flüssige Kost (Wein mit Eigelb, eiskalte Milch) soviel er mochte.

Am Abend war das Abdomen noch mehr aufgetrieben, aber die Haut war feucht und warm, kein Fieber. Im Urin viel Indican, etwas Eiweiss, Cylinder.

29. März. Nacht etwas besser geschlafen, Schmerzen geringer, Puls besser. Im Urin viel Indican, kein Eiweiss.

Ordo: Tinct. thebaic. 20 Tropfen, 6 Blutegel ins Hypogastrium, Eisblase ad abdomen; Pat. verträgt sie.

Vom 30. März bis 2. April verschlimmerte sich der Zustand wieder. Pat. erbrach mehrmals täglich fäculent aussehende und riechende Flüssigkeit in grosser Menge, Collaps nahm wieder zu. Schmerzen im Leibe beim ruhigen Liegen mässig. Abdomen bei Berührung überall sehr empfindlich, ziemlich stark aufgetrieben, abhängige Theile gedämpft. Leberdämpfung reicht in der rechten Mammillarlinie ziemlich deutlich bis zur sechsten Rippe. Die untere rechte Thoraxhälfte dehnt sich beim Athmen etwas weniger aus, als die linke.

Am 1. April 2 Blutegel links ins Epigastrium, woselbst Berührung sehr empfindlich ist.

3. April. Erbrechen seltener. Berührung des Abdomen etwas weniger schmerzhaft. Dämpfung der abhängigen Theile desselben beginnt aussen an den Mammillarlinien, unten etwas unterhalb des Nabels. Ein Versuch, wegen des Erbrechens den Pat. per rectum zu ernähren, missglückte, da auch ganz kleine ernährende Clystiere alsbald wieder entleert wurden.

Am Abend gab das aufgetriebene Abdomen nur im Epigastrium, in der Umgebung des Nabels und im vorderen Theile des halbmondförmigen Raumes lauten tympanitischen Schall, sonst überall starke Dämpfung. Fluctuation nicht deutlich.

4. April. Kein Erbrechen. Geringe Schmerzen. Extreme Theile warm. 96 ziemlich gute Pulse, 30 Resp. Appetit hebt sich. Abdomen weniger empfindlich. Während die tägliche Urinmenge bisher 500—800 Ccm. betrug, werden heut 2000 Ccm. gelassen. Der Urin ist goldgelb, sauer, hat 1017 spec. Gew., ist frei von Eiweiss, giebt enorm starke Indicanreaction.

Ordo: Statt Eisblase hydropathische Umschläge aufs Abdomen, Wärmsteine an die Extremitäten.

Als Nahrung erhält Pat. soviel er will, Bouillon mit Gelbei, Milch, Leube'sche Fleischsolution, Wein.

5. April. Nacht gut geschlafen. Appetit vorhanden. Keine Schmerzen. Abdomen auf Druck kaum, am meisten noch im Epigastrium empfindlich, im Niveau des Thorax, giebt um den Nabel herum lauten Schall, während das Hypogastrium und die seitlichen Theile, etwas ausserhalb der Mammillarlinien beginnend, gedämpft schallen. Leberdämpfung reicht in der rechten Mammillarlinie bis zum Rippenbogen, Epigastrium giebt lauten

Schall. Urin 2000 Ccm., reich an Indican. Während bisher Obstipation bestand, hat Pat. heute etwa 20 dünne Stühle.

6. April. Pat. sieht unzweifelhaft besser aus, wie in den letzten Tagen, obwohl er sehr stark abgemagert ist. Appetit gut. Abdomen zeigt in der Blasengegend eine Prominenz, und Pat. klagt seit der Nacht über Harnretention; mit dem Catheter werden 500 Ccm. Urin entleert und der Tumor zum Verschwinden gebracht. Tagesmenge des Urins 2500 Ccm., Urin goldgelb, sauer, mässig viel Indican enthaltend. Sehr viele Stuhlgänge, man sieht die Reliefs sich bewegender Darmschlingen. Abendtemperatur 38,5.

7. April. Abdomen kaum aufgetrieben, giebt normalen Percussionsschall. Druck nur im Epigastrium, an der eingangs genannten Stelle, empfindlich. Pat. klagt jedoch über Schmerzen in der rechten Bauchseite. Am Abend etwas Fieber. Diuresis stark.

Ordo: Eisblase aufs Abdomen.

8. und 9. April. Stärkerer Collaps. Extreme Theile wieder kühl. Decubitus am rechten Trochanter. Etwas Fieber.

10. April. Etwas Husten, dabei stechende Schmerzen in beiden Brustseiten. Hinten über den Lungen ist beiderseits, besonders links, vom Angulus scapulae abwärts der Percussionsschall gedämpft. Ueber der Dämpfung hört man Bronchialathmen, weiter aufwärts neben vesiculärem Athmen pleuritisches Reiben. Letzteres auch in beiden Seitenwänden des Thorax. Spärliches, schleimig-eitriges Sputum. Decubitus am rechten Trochanter und am Kreuzbein. Dysurie. Urin sehr trübe, stark alkalisch. Am Abend Temperatur 39,0.

11. April. Grosser Collaps. Dämpfung hinten über den Lungen beiderseits intensiver, rechts in der Mitte des Interscapularraumes beginnend. Urin trübe, alkalisch, enthält Blutgerinnsel. Am Nachmittag unter zunehmender Dyspnoë Exitus letalis.

Diagnose: Ulcus ventriculi simplex cum perforatione. Peritonitis diffusa regressa. Pneumonia duplex. Cystitis.

Section 19 Stunden p. m. (von Herrn Hofrath Müller ausgeführt).

Grosse Macies. Unterhautbindegewebe fast fettlos.

Zwerchfell am 5. Intercostalraum. Normaler Collaps der Lungen. Herzbeutel in geringen Dimensionen freiliegend, enthält ca. 10 Cctm. röthlichgelber klarer Flüssigkeit. Linke Lunge oben und vorn frei, hinten und namentlich im Bereich der Zwerchfellsfläche mit der Parietalpleura lose verwachsen. Pleura diaphr. lebhaft injicirt, mattglänzend. Pleura pulm. sin. am Oberlappen glatt und glänzend, am Unterlappen ausgiebig sugillirt, nach unten mattglänzend, mit dünnem fibrinösen Belag versehen. Oberlappen lufthaltig, hellbraungelb, nach hinten mässig ödematös. Unterlappen geschwollen; zwischen lufthaltigen, bräunlichrothen, stark ödematösen Partien eine grosse Zahl inselförmiger, schmutzig braungelber, z. Th. etwas sternförmig verästelter, luftleerer Stellen führend. Bronchien im Unterlappen geröthet, leicht cylindrisch erweitert, im Lumen röthlichgelber schaumiger Inhalt. An der rechten Lunge derselbe Befund wie links, nur der Unterlappen zeigt Infiltration. Am Herzen nichts besonderes.

Netz bis zum unteren Rande des Colon transversum in die Höhe gezogen, mit den angrenzenden Dünndarmschlingen in ziemlicher Ausdehnung lose und leicht trennbar verwachsen. Dünndarm mässig ausgedehnt, Serosa längs der Contactstellen der einzelnen Schlingen in schmaler Zone geröthet. Die Schlingen unter sich und mit dem Parietalperitoneum streckenweise locker verwachsen, zwischen den Verwachsungen, gegen das kleine Becken zunehmend, Streifen gelben eingedickten Eiters. Leicht trennbare Verwachsung der Oberfläche beider Leberlappen mit dem Zwerchfall, ebenso der vorderen Fläche des Magens, gegen

die kleine Curvatur zunehmend, mit der unteren Fläche des linken Leberlappens. Bei vorsichtiger Abtrennung zeigt sich der linke Leberlappen, genau an seinem hinteren medialen Ende, in einem elliptischen Bezirk von 25 Mm. Ausdehnung in querer, 12 Mm. in sagittaler Richtung, mit einem entsprechenden scharf gerandeten Defecte in der kleinen Curvatur des Magens lose und leicht trennbar verwachsen. Nach Lösung der Verwachsung gelangt man durch die Oeffnung nach Passage des schwierigsten Randes ohne Schwierigkeit in die Höhle des Magens. Die Perforationsstelle liegt dicht vor dem Lig. hepatico-gastricum. Milz etwas geschrumpft, Leber normal gross, normal gelagerte Kapsel stellenweise etwas mattglänzend, überwiegend glatt. Parenchym fest, etwas blass. Die Verwachsungsstelle mit dem Magengeschwür oberflächlich grüngelb verfärbt, die Kapsel in ihrem Bereich sehr unbedeutend weisslich getrübt und verdickt, das Leberparenchym in schmaler, kaum 1 Mm. breiter Zone theils bräunlichgrau verfärbt, theils graugelb, weicher als die Umgebung, augenscheinlich in beginnender Verdauungszerstörung. Im Magen eine beträchtliche Menge schmutzig braungelber Flüssigkeit. Schleimhaut im Fundus gelbweiss, glatt, vom Meridian des Geschwürs an in der ganzen Pylorushälfte grauröthlich, leicht mamelonnirt. In der hinteren Wand, durch einen schmalen Isthmus auf die vordere übergreifend, mit genau der kleinen Curvatur entsprechendem Isthmus, ein queres, 55 Mm. langes, in der hinteren Wand 25 Mm. breites, im Isthmus und der vorderen Wand je 10 Mm. messendes, die Schleimhaut unterminirendes Geschwür. Ausser der beschriebenen grossen Perforationsöffnung zeigt das Geschwür in der hinteren Wand etwas unterhalb seiner Mitte noch eine kleinere, scharfgerandete, linsengrosse Perforationsstelle. Das Mesocolon transversum und der peritoneale Ueberzug des Duodenums, dieser Stelle entsprechend, geröthet und in kurzer Strecke ziemlich fest, mehr schwierig, verwachsen. Nach Lösung der Verwachsung ergibt sich eine Communication der Perforationsstelle mit der Abdominalhöhle. Das Geschwür in der hinteren Wand auch mit der vorderen Fläche des Pancreas schwierig verwachsen. Pancreas im Bereich der Verwachsung verschmälert. Längs des Colon descendens und S romanum umfänglichere membranöse gallertige Fibrinbeschläge. Beträchtliche Mengen hellgelben, mit flüssigem Eiter untermischten, fibrinösen Exsudats in der Höhle des kleinen Beckens. Im Duodenum gelber zäher Schleim, Schleimhaut bleich. Im Jejunum dünne, mit grösseren Schleimflocken untermischte, schmutzig gelbe Flüssigkeit in bedeutender Menge. Schleimhaut blassgrau, ödematös. Stellenweise leicht venös hyperämische dunkle Röthung der Schleimhaut des Ileumendes. Im Dickdarm graugelber dickbreiiger Koth in sehr beträchtlicher Menge. Schleimhaut im aufsteigenden Colon mässig geröthet, im Quertheil eher bleich und glatt, im absteigenden stellenweise leicht venös hyperämisch.

Parenchym der Nieren sehr bleich, fest. Nichts in Becken und Kelchen.

Serosa der Blase beträchtlich geröthet, mit graugelbem gallertigen Fibrinbeschlag versehen. In der Blase blassgelber, trüber, schleimiger Harn. Schleimhaut längs der hinteren Wand stark geröthet, unregelmässig gefaltet. Falten blauroth, auf der Höhe mit schmutzig graugelbem, festhaftendem Belag versehen.

Noch einige epicritische Bemerkungen.

Geheilte Fälle von Perforationsperitonitis sind Seltenheiten und finden sich nur verstreut in der Literatur. Ich erwähne die Fälle von Clark¹⁾, von Jansen²⁾ — in beiden war die Diagnose auf Darmperforation gestellt worden — die Fälle

von Starcke³⁾, Aufrecht⁴⁾, Redwood⁵⁾, Johnson⁶⁾, Ross⁷⁾, Tinley⁸⁾. In sämmtlichen letzteren nahm man eine Magenperforation an, zur Section kam nur der Fall von Starcke und der von Aufrecht.

Die vorliegende Beobachtung bietet im grossen und ganzen einfache Verhältnisse dar, speciell ist über die Diagnose, die Therapie nichts besonderes zu sagen. Folgende Punkte scheinen mir indessen erwähnenswerth und ich hebe sie gesondert hervor.

1. In unserem Falle hat die Section die intra vitam gestellte Diagnose einer in Heilung begriffenen Perforationsperitonitis bestätigt. Wäre Pat. am Leben geblieben, so hätte ein rigoröser Skeptiker, wenn auch nicht die Peritonitis überhaupt, so doch die grosse Ausdehnung derselben, die Hochgradigkeit der entzündlichen Vorgänge anzweifeln können. Z. B. die Fälle von Redwood, von Johnson müssen sich diesen Einwand, wie dies ja in der Natur der Sache liegt, gefallen lassen. Im vorliegenden Falle ergab die Autopsie die unzweifelhaften Reste einer hochgradigen generellen Peritonitis: Frische Verwachsungen der Darmschlingen unter sich und mit dem Parietalperitoneum, Verwachsungen der Leber mit dem Zwerchfell, dem Magen, Streifen eingedickten Eiters zwischen den neugebildeten Adhäsionen, in der Beckenhöhle noch beträchtliche Mengen mit Eiter untermischten fibrinösen Exsudats. Allerorten also die Residuen einer hochgradigen exsudativen Entzündung. Frische Processe waren die doppelseitige Pleuropneumonie und die diphtheritische Cystitis: Pat. war nicht der Peritonitis, sondern offenbar der Lungenaffection zum Opfer gefallen.

2. Die Bedingungen des günstigen Verlaufs der Peritonitis waren, wie der Sectionsbefund lehrt, durch den schützenden linken Leberlappen gegeben worden. Auch in dem von Starcke mitgetheilten Falle, in welchem ein Magengeschwür mehrfach perforirt und der Exitus letalis erst 4 Wochen nach der ersten Perforation erfolgt war, verhinderte der deckelartig über der Durchbruchöffnung liegende linke Leberlappen einen reichlichen Erguss von Mageninhalt und begünstigte dadurch die lange Dauer des Krankheitsverlaufs. Interessant ist in unserem Falle das klinische Bild der beginnenden diffusen Peritonitis. Nachdem im Momente der Perforation Gas, vielleicht auch Flüssigkeit, aus dem Magen in die Peritonealhöhle ausgetreten war, ist wahrscheinlich ziemlich schnell Verklebung zwischen Magen und linkem Leberlappen erfolgt, und der weitere Austritt von Mageninhalt dadurch verhütet worden; zugleich aber zeigte Pat. jene shokähnlichen Symptome, welche der Insult des Peritoneum veranlasst hatte und welche Gubler⁹⁾ als „Peritonismus“ bezeichnet hat. Pat. schien diesem ersten Insulte erliegen zu wollen, der Collaps nahm zu. Am 2. Tage nach der Perforation indessen wurde der Puls wieder besser, Pat. überstand den Insult, überstand ferner die nun sich abspielende exsudative Peritonitis.

3. Ob die allmählig auftretende und nachher wieder verschwindende ausgedehnte Dämpfung der abhängigen Partien des Abdomen nur auf peritonitisches Exsudat zu beziehen ist, lässt sich mit Sicherheit kaum entscheiden. Möglicherweise waren es nur Kothmassen, welche die Dämpfung machten, denn Fluctuation war nicht deutlich vorhanden, und unter dem Eintreten profuser Stuhlgänge verschwand die Dämpfung binnen ganz kurzer Zeit. Andererseits spricht die Figur der Dämpfung und

1) Deutsche Klinik 1870. No. 39.

2) Diese Zeitschrift 1870. S. 251.

3) Lancet, May 1870.

4) Brit. med. Journ. March 1870.

5) Lancet, Jan. 1871.

6) Ibid., April 1871.

7) Journ. de thérapéut. 1876.

1) Brit. med. Journ. June 1867.

2) Annal. de la soc. de méd. d'Anvers 1869. p. 621.

die mit ihrem Rückgange Hand in Hand gehende sehr reichliche Diurese für Exsudat, von dem ja bei der Autopsie noch ein ziemlich erheblicher eingedickter Rest in der Höhle des kleinen Beckens zu finden war.

4. Die Pleuropneumonia duplex und die Cystitis dürfen wohl als Folgeerscheinungen der Peritonitis, Weiterschreiten des entzündlichen Processes auf die Nachbarorgane, aufgefasst werden. Schon zur Zeit, wo die Peritonitis noch in vollster Blüthe stand, wurde bemerkt, dass die linke Thoraxhälfte sich unten etwas weniger erweiterte als die rechte, dass also das Diaphragma von der Entzündung mitergriffen war.

5. Von Interesse ist das Verhalten des Urins in den ersten Tagen nach der Perforation. Während vorher der Urin nichts pathologisches darbot, wurden in dem ersten nach dem Insult gelassenen Harn Eiweiss und Cylinder nachgewiesen; beides verschwand, sobald der Puls wieder besser gespannt war, Pat. sich von dem anfänglichen Collapsus etwas erholt hatte. Es liegt nahe, die Ursache dieser transitorischen Albuminurie in dem gleichzeitig vorhandenen abnorm geringen Druck im Arteriensystem zu sehen, eine Ansicht, die neuerdings Runeberg¹⁾ in seiner Arbeit „Ueber die pathogenetischen Bedingungen der Albuminurie“ ausführlich entwickelt hat.

II. Paralyse der Musc. crico-arytänoid. postic. Laryngotomie, Tod an putrider Bronchitis. Section.

Von

Prof. **Burow** in Königsberg.

Es ist eine eigenthümliche Thatsache, dass die Publicationen über Beobachtungen von doppelseitiger Lähmung der Glottisöffner, einer Krankheit die bis vor kurzem unbekannt war, sich in letzter Zeit so auffallend gehäuft haben. Denn obgleich Gerhardt die erste Beschreibung des in Rede stehenden Leidens bereits 1863²⁾ erscheinen liess, folgten in den ersten Jahren sehr wenige Mittheilungen, obschon doch in den nächsten Jahren an vielen Orten fleissig laryngoscopirt wurde. Heutzutage dagegen liegen so viele und sorgsam gearbeitete Beschreibungen von doppelseitigen Glottisöffnerlähmungen vor, dass diese Krankheit zu einem vollkommen abgerundeten und fest begrenzten Bilde geworden ist, so dass man selbst ohne Laryngoscop in der Regel die Diagnose stellen kann. Ich würde deshalb auch die Mittheilung meines Falles kaum als geboten erachten, wenn nicht der Patient trotz Laryngotomie gestorben wäre, so dass ich in der Lage bin, den Sectionsbefund zu geben. So weit mir die Litteratur zu Gebote stand, ist bis jetzt nur in 7 Fällen die Section bei dieser in bezug auf ihre Aetiologie und Pathologie noch immerhin dunklen Krankheit gemacht und mitgetheilt worden; nämlich in zwei Fällen von Riegel³⁾, einem von Penzoldt⁴⁾, einem von H. Jackson⁵⁾, und drei von M. Mackenzie⁶⁾. Merkwürdiger Weise ist der Jackson'sche Fall, obgleich bereits 1866 publicirt, allen deutschen Autoren auf diesem Gebiete entgangen, so dass selbst Riegel zu dem Irrthum kommen konnte, 7 Jahre später zu behaupten, „dass noch kein einziger genauer anatomischer und histologischer Befund dieser Krankheitsform vorliege“.

Lewin, der ihn in Canstatt's Bericht für 1866 erwähnt,

1) Deutsches Archiv für klin. Med. XXIII.

2) Virchow's Arch. B. 27.

3) Berlin. klin. Wochenschr. 1873. pag. 78 und Volkmann, Klin. Vortr. No. 95. pag. 780.

4) Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1874, B. 13, pag. 107.

5) Medical Times and Gaz. 1866, II, p. 638.

6) Kurz erwähnt in: a case of bilateral Paralysis of the Post. crico-aryt. musc. by F. Semon, in the Clinical Society's Transact. XI. 1878.

sagt: Jackson und Mackenzie fanden bei einem 35jährigen, an Aphonie (?) und Athemnoth leidenden Manne eine Stenose des Larynx, bedingt durch Lähmung der Stimmbänder. Der Patient starb und die Section wies keine hinreichende Ursache der Lähmung nach.

Dass der Fall übrigens ein genau und gut beobachteter sei, dafür bürgt der Name des Autors, der ausserdem noch den speciellen Befund mittheilt, den auf seinen Wunsch Morell Mackenzie ihm über diesen Fall zusandte.

Es schien mir daher geboten, meine Beobachtung, die den 8. Sectionsbefund abgiebt, zu publiciren, selbst auf die Gefahr, dass schliesslich über die eigentliche Ursache der Lähmung ein befriedigender Aufschluss nicht gegeben werden kann.

Am 5. Januar 1879 stellte sich in meiner Klinik der 62jährige Arbeiter A. P. aus Kalwarie in Russland war. Er ist ein schwächlicher, decrepider Mann, an dem zuvörderst eine gebückte Haltung des Halses und Kopfes auffällt. Dieselbe ist bewirkt durch eine sehr bedeutende Krümmung der Wirbelsäule in ihrem Hals- und oberen Brusttheil, so dass die Dorsalfortsätze des Halses bei aufrechter Stellung fast eine horizontale Linie bilden, und der Kopf so weit nach vorne und unten gebeugt ist, dass das Kinn fast das Sternum berührt; Patient sieht in Folge dessen sehr klein aus. Der Kranke hat durch Tragen von Lasten sich seinen Unterhalt erworben und behauptet, dass durch diese Beschäftigung die schon von früher Jugend bestehende Krümmung allmählig stärker geworden sei.

Eine Schmerzhaftigkeit oder Prominenz eines bestimmten Wirbels ist nicht zu constatiren. An dem gleich näher zu schildernden Leiden ist er vor 4 Monaten ziemlich plötzlich erkrankt und hat einige Wochen später seine schwere Arbeit einstellen müssen. Patient leidet an inspiratorischer Dyspnoë, bei völlig freier Expiration, während jede Inspiration von einem laut heulenden Ton begleitet ist. Die Sprache ist normal, rein, ohne Heiserkeit, der Husten ebenfalls von normalem Klau. Dyspnoë und heulende Inspiration nehmen zu nach körperlichen Anstrengungen, während sie bei Ruhe sich wesentlich mildern. Die Inspiration ist verlängert, um so gewissermassen durch eine grössere Dauer das genügende Quantum Luft in die Lungen zu saugen, während die unbehinderte Expiration kurz und schnell erfolgt. Im ganzen ist die Athmung aber doch beschleunigt, so dass ca. 25—30 Respirationen in der Minute gemacht werden; Puls 84, Temperatur normal. Der Larynx macht sehr bedeutende Excursionen und sinkt bei jeder Inspiration tief herab. Dabei macht sich ein eigenthümliches Verhalten bemerkbar. Die Krümmung der Wirbelsäule bedingt es nämlich, dass die vordere Partie des Halses stark verkürzt ist. Es ist von der Trachea nichts zu fühlen, dieselbe ist gänzlich hinter das Sternum gesunken, der stark ausgeprägte Ringknorpel grenzt mit seinem unteren Rande gegen die Incisura sterni und klemmt die zwischengelegte Kuppe des Fingers beim Herabsteigen des Larynx fest; ein Verhalten, das bei einer etwaigen Eröffnung der Luftwege als erschwerender Umstand nicht übersehen werden darf. Der Thorax ist schlecht gebaut, Hühnerbrust, sämtliche Hilfsmittel der Athmung arbeiten mit; die Fossae supraclavicular., die Intercostalräume, die Herzgrube sinken tief ein. Die physicalische Untersuchung der Brustorgane ergiebt ein negatives Resultat. Patient ist abgemagert und ist schwach, irgend welche lähmungsartige Erscheinungen sind nirgends zu bemerken; er behauptet, das Uebel sei plötzlich entstanden, indem er an einem Morgen mit Dyspnoë erwacht sei, die dann allmählig zugenommen habe. Nach obigen Symptomen glaubte ich die Diagnose auch vor Anwendung des Spiegels auf Lähmung der Glottisöffner stellen zu müssen, welche Behauptung durch die Laryngoscopirung des Kranken sofort bestätigt wurde. Es machte anfangs