

den Kindern betrug in der Spitalpraxis 4 auf 6, in der Privatpraxis 4 auf 16. Diese Verhältnisse sind für das Spital durchaus nicht ungünstig, für die Privatpraxis aber bei einer sonst so mörderischen Epidemie auffallend günstig.

Die Therapie ist besonders ausführlich abgehandelt und zwar auf eine durchaus eklektische Art. Auf die hygienische Behandlung wird in den leichteren Formen gehöriger Werth gelegt. Der Antiphlogose wird mit Recht nur eine beschränkte Anwendung eingeräumt; ich hätte jedoch die ausleerende Methode, von welcher ich bei vielen Gelegenheiten in der Ruhr vortreffliche Wirkungen gesehen habe, gern etwas ausführlicher erörtert zu finden gewünscht, während eher ein ungünstiges Urtheil und Anrathen seltenen Gebrauchs in den Ansichten des Autors zu liegen scheint. Sehr wahr hingegen und aus getreuer Naturbeobachtung entnommen ist der Rath, das Opium in seltneren, aber grösseren, besonders Abends gereichten Dosen zu verordnen. Ganz stimmen wir auch dem Urtheile über die Anwendung der Klystiere bei, welche schon deshalb meist nichts nützen können, weil sie die Kranken gar nicht recht vertragen, indessen haben mir oft einfache Oefinjectionen von 1—2 Uncen Mandelöl in den After, 2—4 stündlich wiederholt, gegen den Tenesmus gute Dienste geleistet. Die in neuerer Zeit gegen letzteren so gerühmten Jodklystiere scheinen auch in Bern nicht viel geleistet zu haben. Gegen die chronische ulceröse Form werden im Allgemeinen die sichereren, bereits durch Erfahrung bestätigten Mittel hervorgehoben. Die Therapie der einzelnen Formen, sowie der verschiedenen Complicationen ist am Ende des Werks in kurzen Zügen auseinandergesetzt. Ueberhaupt zeichnet sich das ganze Werk durch Klarheit, gute Darstellung und eine durchweg praktische Tendenz aus und empfiehlt sich durch diese heutzutage nicht gewöhnlichen Eigenschaften sowohl den mehr rein praktischen als auch den wissenschaftlich tiefer gebildeten Aerzten.

Zürich, den 19. Juli 1857.

H. Lebert.

7.

A. Widenmann, Beitrag zur Diagnose der Mediastinitis. Inaug.-Abhandlung. Tübingen 1856.

Die vorliegende Abhandlung enthält einen Fall, wie es scheint, den einzigen bis jetzt bekannt gemachten von einer Mediastinitis mit fibrinös plastischem Exsudat.

Martin Haug, 22jährig, Wagnergeselle, ward am 21. Juli in das Universitäts-Krankenhaus gebracht; er war 5 Wochen zuvor in Basel erkrankt. Die Krankheit hatte begonnen mit stechenden Schmerzen auf der Brust, Beengung, starkem Husten mit reichlichem blutigem Auswurf und war anfangs von etwas Fieber begleitet, das indessen bald nachliess. Patient blieb bettlägerig; 3 Wochen nach Beginn der Krankheit zeigte sich mehrere Tage lang starkes Fieber, namentlich lang andauernde Frostempfindung. Seit 12 Tagen bemerkte er Anschwellung des Bauches, einig Tage später schwollen die Füsse an.

Bei der Aufnahme am 21. Juli war die wesentlich auffallende Erscheinung das Verhältniss von Herzcontraction und Puls. Die Untersuchung während der ersten Woche ergab Folgendes: „Der Herzstoss ist in den ersten zwei Tagen sehr schwach, zitternd, unmittelbar unter der lockeren Brustwarze fühlbar. Der Rhythmus der Herzcontractionen ist zeitweise ganz regelmässig, zeitweise zeigt er geringe Irregularitäten (sowohl für das Gefühl als beim Auscultiren), während gleichzeitig am Puls der A. radialis und ebenso an der Carotis und andern Arterien die äusserste Unregelmässigkeit in der Art besteht, dass gewöhnlich einige vollere, wenigstens deutlicher wahrnehmbare Schläge kommen, dann mehrere für das Gefühl ganz ausfallen oder wenigstens kaum wahrnehmbar sind, dann wieder einige vollere kommen u. s. f., hie und da aber auch ohne solchen Wechsel der Puls in Bezug auf Stärke und Rhythmus völlige Unordnung zeigt. Der Puls ist dabei im Ganzen klein und schwach. Die Töne des Herzens sind immer deutlich und rein, ohne Spur von Geräusch, aber schwach und dumpf (letzteres besonders an der Aorta und Pulmonalarterie) zu hören. Der zweite Ton an der Pulmonalarterie nicht verstärkt, die Halsvenen nicht besonders gefüllt. Der Perkussionsschall der Lunge ist überall stark sonor, an einigen Stellen vernimmt man schwache katarrhalische Geräusche.“

Diese Incongruenz des Pulses mit dem Rhythmus des Herzens bleibt das durchgehende Phänomen, welches den Fall auszeichnet.

Die Pulsfrequenz war am 24. Juli während eines von Professor Vierordt angestellten Versuches 97, sonst noch frequenter (100 – 114); bei einem zweiten Versuche am 25. Juli 102.

Vom 28. Juli bis 5. August trat eine Steigerung der Pulsfrequenz ein bis zu 180. „Die Untersuchung des Herzens ergibt im Wesentlichen dieselben Resultate wie in der letzten Woche: der Stoss ist immer nur sehr schwach, an manchen Tagen gar nirgends deutlich zu fühlen, die Herztonen sind an manchen Tagen lauter, an andern Tagen schwächer zu vernehmen und der erste Ton manchmal wie trommelnd, zuweilen getheilt. Aber die Herzmattheit hat in der Mitte dieser Woche entschieden zugenommen, beträgt jetzt 2 Zoll in der Höhe und über 3 Zoll in der Breite.“

„Der Puls ist in dieser Woche meist sehr frequent (von 130 bis zu 180 Schlägen) und immer nur höchst unregelmässig, klein und aussetzend. Es ergiebt sich aber jetzt, dass das Aussetzen des Pulses nicht in unbestimmten Intervallen erfolgt, sondern immer mit der Inspiration zusammenfällt. Während der ganzen Dauer der letzteren werden die Pulse ungemein schwach oder verschwinden ganz und kommen erst dann wieder zum Vorschein, wenn der Thorax bei der Expiration einzusinken beginnt. Das Herz setzt indessen seine Funktionen in rhythmischer Weise fort; seine Töne werden während der Inspiration so gut und so rein, wie während der Expiration, nur überhaupt schwach vernommen. Diese Abhängigkeit des Pulses von der Respiration findet sich, so oft man untersucht, an allen Körperarterien.“

Wir übergehen die begleitenden, zum Theil resultirenden Erscheinungen der

am Circulationsapparat gesetzten Hindernisse und verweisen auf die Darstellung der Krankengeschichte, die in ihrer Entwicklung ein wesentlich dramatisches Interesse hat; ebenso übergehen wir die Hypothesen, welche bei Lehzeiten des Patienten zur Erklärung des abnormen Verhaltens aufgestellt wurden.

Die eigentliche Aufklärung ward erst durch die Obdunction gegeben:

„Unter dem Brustbeine zeigt sich eine feste Exsudatmasse, durch welche es mit dem verdickten Herzbeutel und weiter nach oben mit den des Cavum mediastini antici ausfüllenden Entzündungsprodukten fest verwachsen ist. — Der ganze Raum zwischen den beiden Platten der vorderen Mediastina ist von einem sehr festen, in einzelnen Schichten übereinander gelagerten grauweissen Gewebe erfüllt, welches sich von dem Zwerchfell bis hinauf zum Manubrium sterni erstreckt. Am dicksten ist diese Exsudatschicht an der Umschlagstelle des Pericardiums auf die grossen Gefässtämme und hinter dem Manubrium sterni.

Die äussere Fläche des Herzbeutels ist mit mehreren Schichten dieser derben Schwarten überzogen . . . Das Exsudat lagert unmittelbar auf den grossen Gefässtämmen und zieht sich überall zwischen dieselben hinein, wodurch sie untereinander und mittelbar mit der Brustwand und dem parietalen Blatt der Pleura ganz innig verwachsen sind. Es gelingt kaum, die einzelnen grossen Gefässtämme aus den Exsudatschichten herauszuschälen, besonders bei der A. pulmonalis ist dies fast ganz unmöglich, weil dieses Gefäss mit der Umschlagstelle des Pericardiums und dem hinter ihr entspringenden Stamme der Aorta ungemein innig verwachsen ist. Etwas leichter lässt sich die Aorta isoliren, an ihr sieht man aber folgende Veränderungen. Der Bogen der Aorta hat nicht die normale Wölbung mehr, sondern ist an mehreren Stellen deprimirt oder geknickt, dabei ist das Rohr nicht mehr rund, sondern an beiden Seiten oval gedrückt und überhaupt enger als gewöhnlich. . . . Auf der Höhe des Bogens, wo die drei arteriellen Gefässen entspringen, umgürten diese Exsudatzüge das arterielle Rohr und umstricken auch noch den Anfang seiner drei grossen Zweige, weshalb auch diese krumm gedrückt, verengert und zum Theil um die Achse gedreht sind. . . . Die Wandung der Aorta und ihrer Aeste ist durch das neugebildete Bindegewebe verdickt, ihr Lumen aber verengert worden. Man kann nur noch mit dem kleinen Finger in das Rohr des Arcus aortae eindringen. Auch das Caliber der übrigen Gefässtämme ist geringer als normal . . .“

„Der Herzbeutel ist rings in die starre Exsudatmasse eingelagert. . . Nachdem man die Spitze eines Messers in die Gegend des rechten Ventrikels eingestochen hat, dringt aus der Höhle des Pericardiums grünlich gelber Eiter. Solcher füllt aber nicht die ganze Höhle aus, sondern ist in einer von dicken Pseudomembranen innerhalb des Pericardiums gebildeten Kapsel enthalten. Auch der rechte Ventrikel und der rechte Vorhof sind mit solchen Membranen besetzt. Der ganze linke Ventrikel mit der Herzspitze, der linke Vorhof, ausserdem noch ein Theil des rechten Ventrikels ist total mit dem Herzbeutel verwachsen.“

„Das Herz ist überall welk und matsch; die Wandung des rechten Ventrikels blass und dünn, seine Höhle erheblich verengert; das Fleisch des linken Ventrikels

ebenfalls heller als sonst und mürb, aber von normaler Dicke, seine Höhle etwa von normalen Dimensionen."

„Das Endocardium ohne Spuren von Entzündung, die Klappen zart, ohne alle Veränderung. Der Eingang in die Aorta ist weit, erst über den Semilunarklappen fühlt der eindringende Finger eine Verengerung.“

„Aus diesen Verhältnissen erklärt sich jetzt die ungemeine, zuweilen bis zum Verschwinden gehende Schwäche des Pulses während der Inspiration bei doch gleichmässig fortgehenden Herzcontractionen. Indem sich nämlich der Thorax ausdehnte, und bei der vorhandenen Dyspnoe das Sternum möglichst nach vorn gehoben wurde, wurde der durch Vermittlung des Exsudats starr mit dem Sternum verwachsene Arterienstamm nach vorn dislocirt, die Stränge, welche sich von der Aorta gegen die linke Mediastinalplatte zogen, gedehnt und gezerrt, und demgemäß bei jeder Inspiration die ohnehin schon enge Aorta an der geknickten Stelle bedeutend coarctirt, hie und da vielleicht vollständig zugeschnürt. Während das Herz seine Contractionen fortsetzte, konnte in sämmtliche Körperarterien nicht mehr so viel Blut eintreten, um eine als Puls fühlbare Expansion der Arterien zu erzeugen.“ —

Als ätiologisches Moment dieser höchst interessanten Erkrankung verdient hervorgehoben zu werden, dass Patient bei seinem Handwerke oft und längere Zeit den oberen Theil eines schweren Bogenbohrers auf die Herzgegend gesetzt und sich beim Bohren mit der Brust dagegen gestemmt hatte. —

G. Siegmund.

8.

G. Meissner, Ueber *Filaria medinensis* (Verhandl. der naturf. Gesellschaft in Basel. 1856. Heft 3. S. 376).

Verf. setzt die *Filaria medinensis* nach der Organisation ihres Ernährungsapparates in die Ordnung der Gordiaceen. Ein Darmkanal ist nicht vorhanden, statt dessen der den Gordiaceen eigenthümliche Zellkörper; die Oeffnung am Schwanzende, welche bisher für den After gehalten wurde, ist die weibliche Geschlechtsöffnung. Im Inneren fand Meissner, wie früher Jacobson, zahlreiche Jungen mit dem Character von Larven. Wie es scheint, bildet die *Filaria* neben *Gordius* und *Mermis* ein besonderes Genus der Gordiaceen.

Virchow.