

XXV.

Auszüge und Besprechungen.

1.

John W. Corson, Die Schulterstellung bei der Untersuchung der Brust. (A paper on the management of the shoulders, in examinations of the chest etc. New-York 1859.)

Die Hindernisse, welche sich für die Percussion des Thorax vorn durch den M. pectoralis major und hinten durch die Scapula ergeben, sucht Verf. durch verschiedene Stellung und Action der Arme und Hände zu verringern. Dies die Aufgabe der Schrift. Die verschiedenen Positionen sind durch nebengedruckte Holzschnitte veranschaulicht.

1ste Stellung. Die Schultern und Arme werden dadurch nach hinten herabgezogen, dass man die Arme nach hinten schlägt und in der Regio lumbaris mit der rechten Hand das linke Handgelenk leicht erfasst. So wird der Vorder- und Seitenteil des Thorax verdünnt und für die Untersuchung frei.

2te Stellung. Schultern und Arme werden dadurch gehoben, dass man beide Hände gefaltet auf den Scheitel legt. So wird die Axillargegend zugänglich.

3te Stellung. Die Arme werden im Schultergelenk vertical erhoben, im Ellenbogengelenke gebeugt; die Vorderarme kreuzen sich hinter dem Kopf, indem jede Hand den Oberarm der anderen Seite erfasst. Die Scapula wird dadurch auf den höchsten Stand gebracht und der untere Theil der Lungen auf der Rückseite des Thorax wird dadurch frei.

Verfasser gesteht zu, dass diese Stellung, die übrigens bei kurzarmigen und fetten Personen schwer auszuführen sein wird, weniger nützlich als die anderen ist; doch hat er sie in Fällen von Pneumonie und umschriebenem tief unten liegendem pleuritischen Erguss verwerthet.

4te Stellung. Die Schultern werden dadurch herabgedrückt, dass man sich etwas nach vorn neigt, die Vorderarme auf der Brust kreuzt und sich mit den Händen in die Seiten fasst. Hält man dann fest und richtet sich wieder etwas auf, so wird die Lungenspitze hinten frei.

Bei dieser Stellung wird man in der Fossa supraspinata oft das rauhe Blasen oder das feine fette Knistern der Tuberkel früher als an irgend einer anderen Stelle hören.

5te Stellung. Die Schultern werden dadurch aufs Äusserste von einander entfernt, dass man die Arme auf der Brust kreuzt und mit den Händen die Schultergelenke kräftig umfasst; zum Zwecke, die Rückseite der Lungen frei zu machen.

Durch diese Stellung wird mehr erreicht, als durch alle übrigen. Das Respirationsgeräusch erscheint oft doppelt so stark, als wenn man über den vollen Muskeln auscultirt. Es ist ein Unterschied wie zwischen dem schwachen Athmen einer kranken Lunge und dem lauten puerilen Athmen der gesunden.

Man hat auch sonst den Rath gegeben, den Körper bei gekreuzten Armen vorn über beugen zu lassen. Dies ist vortheilhaft, aber kommt der genannten Methode nicht gleich. Ein wesentlicher Vortheil ist der, dass sowohl die Palpation als die Percussion weit entschiedenere Resultate geben. Der Fremitus ist deutlicher fühlbar. Der Percussionsschall klingt allerdings etwas tympanitisch, aber das thut nicht viel und die relative Dämpfung bleibt in dem gleichen Verhältniss bestehen.

Der Nutzen tritt ferner bei der Pleuritis deutlich hervor zur genauen Grenzbestimmung zwischen „Luft und Wasser“.

Die Genauigkeit, mit der auch alle abnormen Geräusche an jener Stelle wahrzunehmen sind, die bei der Bronchitis in den feinen Röhren entstehen, hat den Verf. zu einer neuen Unterscheidung geführt. Es ist dies eine Art von verlängertem lauten und flüssigen Athmen (prolonged, loud, liquid breathing), als ob die Luft durch eine Lage von nassem Schwamm striche. Es wird vermutlich durch eine äusserst geringe Zunahme der Secretion hervorgebracht. Es wird entweder vor oder nach der Periode des feuchten Rasselns gehört und zwar gewöhnlich ungefähr im mittleren Theile der Lunge. Der Name „feuchtes Athmen“ (moist respiration) würde dafür passen.

6te Stellung. Man lässt die Arme ruhig zur Seite des Körpers hängen und holt tief Athem. So wird sich auf der Rückseite jede Steifigkeit der Schultern in Folge von Lungenkrankheit verrathen. Man sieht und fühlt die Schwingungen sowohl am Acromion wie am unteren Winkel.

Eine grosse Reihe von Beobachtungen hat zu der allgemeinen Regel geführt, dass wenn man bei intensiver Respiration das Steigen und Fallen der Schultern von hinten vergleicht, die Beweglichkeit über der am meisten erkrankten Lunge verringert ist. Veranlasst man den Kranken, die Arme wie todt hängen zu lassen und etwa eine Minute lang so heftige Respirationsbewegungen zu machen, wie Jemand, der ausser Athem ist, so kann man durch seitliches Visiren über die Schultern hin jeden Unterschied im Auf- und Absteigen wahrnehmen. Auch durch das Gefühl, indem man nämlich die Zeigefinger auf die betreffenden Stellen legt, lassen sich die Unterschiede feststellen. — Im Zusammenhang mit der gewöhnlich grösseren Ausbildung der rechten Schulter steht auch eine etwas stärkere Hebung.

Merkwürdiger Weise ist in verschiedenen Fällen eine beträchtliche Abweichung in der relativen Steifheit der Schulterspitze und des unteren Winkels der Scapula. Zuweilen schien dies von der Oerlichkeit der Krankheit abzuhängen. Die erkrankte Stelle schien die zunächst gelegenen Theile zu paralysiren. Wenn z. B. ein kleiner Tuberkelheerd an der äussersten Lungenspitze gefunden wurde, so war die Steifigkeit vorzugsweise am Acromion; wäre dagegen der Heerd nahe dem mittleren Theile der Lunge, so würde die Beweglichkeit mehr am Wirbel gehindert sein.

War die Erkankung von geringem Umfange und sehr tief oder weit unten, so war die Schulter nur gering oder gar nicht affizirt. Der Verlust der Beweglichkeit war wesentlich durch die Dauer vergrössert. Frische Fälle von Pneumonie boten die geringste Veränderung. Die grösste Mannigfaltigkeit kam im Verlauf der Phthisis vor. In umfangreichen pleuritischen Ergüssen schien die mächtigste Vereinigung von Bedingungen zu sein, um die Schulter zu fixiren und zu paralysiren.

An diese Auseinandersetzung schliesst sich eine tabellarische Aufzeichnung von Fällen, in denen die Schultern durch Krankheit fixirt waren, nebst einigen anderen Symptomen.

Es folgt die Angabe einiger Maasse auf der Rückseite des Thorax und schliesslich kommen Bemerkungen über die zweckmässige Behandlung der Phthisis, so wie über die Möglichkeit ihrer Heilung durch frühzeitige zweckmässige Lebensweise. Als Beweis führt Verf. mehrere Fälle an. Den ganzen Nachdruck aber legt er darauf, dass durch die vorgeführte Methode der Schulterstellung den Phthisikern dadurch genützt werden kann, dass die Zeichen ihrer Krankheit so um Monate früher zu unserer Kenntniss kommen.

G. Siegmund.

2.

Georg Weidenbaum, Ein Fall von Leukämie (De Leucaemia. Diss. inaug. Dorpat 1859.).

Frauenzimmer von 40 Jahren, unverheirathet. Vor 5 Jahren plötzliches Aufhören der Menstruation und darauf Schmerz in der rechten Seite. Vor einem Jahr Icterus mit Husten und intermittirendem Fieber; vor $\frac{1}{2}$ Jahr von neuem heftige stechende Schmerzen in der rechten Seite. Jüngst Erysipel im Gesicht, darauf 6wöchentliche Diarrhoe. Aufnahme, nachdem letztere aufgehört hatte. Heftige Kopfschmerzen, Erysipel des Gesichts bald verschwindend, bald an verschiedenen Stellen wieder auftretend, von Neuem Diarröhöen, einige Tage lang leichtes Oedem, später Obstipationen, Tod 6 Wochen nach der Aufnahme durch eine sehr acut verlaufene Pneumonie.

Bei der Section fanden sich im Blut, das für das blosse Auge hell aussah, unter dem Mikroskop nicht gerade besonders viel farblose Körper; dagegen waren in den Gerinnseln im Herzen und vielen grösseren Gefässen deren in grosser Zahl angesammelt. Eine beträchtliche Beteiligung der äusseren Lymphdrüsen ergab sich nicht; die der Porta hepatis, des Mesenteriums und die längs der Wirbelsäule gelegenen waren, einzelne bis zu Hühnereigrösse angeschwollen.

Die Milz wog $3\frac{1}{2}$ Pfund, die Länge betrug 24 Cm., Breite 16 Cm., Dicke 10 Cm. Das Parenchym hart und homogen.

Die Leber war $4\frac{3}{4}$ Pfund schwer, 25 Cm. lang, ebenso breit, 6 Cm. dick. In diesem, ziemlich blass und auf dem Schnitt homogen aussehenden Organ fand Verf. vorzugsweise leukämische Neubildungen

Die linke Lunge erschien zum grossen Theil in den Uebergang von der rothen zur grauen Hepatisation.

A. Beer.