

völlig mit der Symptomengruppe, welche man bisher in Folge trichiniger Infection beobachtet hat, überein. Von den drei Stadien der Trichinenkrankheit, welche Behrens unterscheidet, fehlt hier nur die Geschichte des zweiten Stadiums; für das erste und das dritte Stadium liegen charakteristische Symptome vor: Während im Anfange der Krankheit die Erscheinungen eines Gastro-Instestinal-Katarrhes prävaliren, treten im letzten Stadium Schmerhaftigkeit und Paresis der Muskeln, die Affection des Nervensystems und Respirationsstörungen in den Vordergrund. Der acht Wochen und vielleicht noch länger sich hinziehende Krankheitsverlauf harmonirt gleichfalls mit der Annahme einer Trichinen-Infection, die, wie wir jetzt wissen, in der Weise zu geschehen pflegt, dass sich innerhalb des Darmkanals eine Art Brutstätte etabliert, von welcher aus mehrere Wochen hindurch die Einwanderung der jungen Trichinenbrut in die Muskeln vor sich geht. Auch Störungen der Respiration finden sich in den Schilderungen genauer beobachteter Fälle von Trichinenkrankheit häufig erwähnt. Vielleicht dürfte auch für die Erklärung der Brustbeklemmung und der Atemnot der Einfluss der Trichinenablagierung auf die Muskelenergie mit in Rechnung zu ziehen sein, zumal dieselbe gerade in der Muskulatur des Thorax eine vorugswise reichliche war und in den Pleura-Adhäsionen, sowie in dem Bronchialkatarrhe schon zwei Momente gegeben waren, welche den regelrechten Mechanismus und die Ausgiebigkeit der Respiration zu beeinträchtigen geeignet erscheinen und Hindernisse darstellen, zu deren Ausgleichung eine erhöhte Leistungsfähigkeit der Respirationsmuskeln in Anspruch genommen wird.

Schwetz, im April 1864.

10.

Zur Casuistik der Neubildungen.

Nachträgliche Mittheilungen.

Von Prof. Dr. N. Friedreich in Heidelberg.

Unter obigem Titel wurde von mir im 27. Bde. dieses Archivs, S. 375, eine Geschwulst beschrieben und abgebildet, welche ich ihrer besonderen Eigenthümlichkeiten wegen mit dem Namen „Schlauchsarkom“ bezeichnen zu müssen glaubte. Es möchte von Interesse sein, weitere Mittheilungen sowohl über die Antecedentien, wie über die ferneren Schicksale des Kranken zu vernehmen, wie ich dieselben den gütigen Angaben des den in seine Heimath zurückgekehrten Kranken behandelnden Arztes, des Herrn Medizinalrathes Dr. Schweig in Karlsruhe, verdanke und welche ich hiermit ergänzend meinen früheren Mittheilungen befüge.

„Der Kranke, von Jugend auf gesund und kräftig, gewöhnte sich als Wirth frühzeitig an den Genuss des Weines und stieg in den letzten Tagen zu der Höhe, dass er als Bibulus bezeichnet werden konnte. Er zeigte oft mangelhafte Ver-

dauung, gebrauchte ziemlich anhaltend stuhlbefördernde Mittel und besuchte wiederholt das Bad Rippoldsau. In den letzten zehn Jahren kam jährlich, namentlich zur kälteren Jahreszeit, ein Gichtanfall, theils in Form von Entzündung der grosse Zehe, theils verbreiteter über eine ganze Extremität; besonders lange blieb einmal das linke Schultergelenk befallen. Nach der am 4. Juli 1862 vorgenommenen Exstirpation der Geschwulst am Oberkiefer kehrte Patient am 21. Juli ziemlich erschöpft und in seiner Physiognomie verändert in seine Heimat zurück, und obwohl er noch einige Zeit ausging, so konnte er doch nicht mehr seine gewohnten Geschäfte besorgen. Mit dem Eintritte des Herbstes 1862 verliess Patient das Zimmer nicht mehr; es entwickelten sich heftige und anhaltende Schmerzen in verschiedenen Körpertheilen, zumal in den Schenkeln, namentlich linkersseits, in den Schultern und der Sacralgegend. Von Neujahr 1863 an wuchsen die Schmerzen immer mehr, und Anfangs März 1863 entdeckte man eine kleine Geschwulst an der rechten Thoraxwand in der Höhe der Brustwarze und etwa Handbreit nach Aussen von letzterer, welche sich mehr und mehr vergrösserte und beim Betasten sehr schmerhaft war. Zu derselben Zeit trat bei den geringsten Bewegungen Dyspnoë ein, welche sich nach und nach zur heftigsten Atemnot steigerte; die Herzbewegungen wurden immer schwächer und kaum mehr wahrnehmbar. Ausserdem bestanden die Zeichen eines Bronchialkatarrhs. Die Verdauung lag seit Januar 1863 ganz darnieder, die Ernährung sank immer tiefer und nach unsäglichen Leiden verschied der Kranke am 18. Mai derselben Jahres. — Die Section ergab: Starke Abmagerung des Körpers; fettige Degeneration des Herzens; Fettleber. In den Lungen tausende von kleinen Geschwulstknötchen, keines aber grösser als eine Linse. Auf der rechten Seite der Brust in der Linie des Os ilei eine faustgrosse, unebene Geschwulst, in welcher sich die 5. und 6. Rippe verlieren, indem dieselben in einer Länge von 4—5 Ctm. in die Substanz der Geschwulst verwandelt sind. Links sind die 2. und 5. Rippe, etwa 8 Ctm. vom Sternum entfernt, gleichfalls zu rundlichen, in die Pleurahöhle vorspringenden Geschwülsten ausgedehnt; auf dem Durchschnitt zeigen sich die Rippen unterbrochen und in die Geschwulst aufgegangen. Ausserdem sind noch an verschiedenen anderen Rippen beginnende Tumoren zu bemerken, die sämmtlich aus der Knochensubstanz hervorwuchern. Das untere Ende des linken Oberschenkelknochens bläulich und aufgetrieben; beim Aufsägen findet sich die Markhöhle erweitert und mit medullärer Geschwulstmasse ausgefüllt; eine gleiche, doch weniger vorgeschrittene Veränderung findet sich im rechten Oberschenkelknochen. An beiden Seitenwandbeinen bemerkt man mehrere kleine Geschwülste, welche sämmtlich in die Tiefe des Knochens sich einsenken und von denen eine den Knochen beinahe bis zur Dura mater perforirt. An der operirten Stelle war nichts mehr zu bemerken, als noch eine kleine, etwas Eiter absondernde Stelle. Die sämmtlichen an der Leiche vorgefundenen Geschwülste stimmten in ihrem Ansehen und mikroskopischen Verhalten mit einander überein; dieselben waren hirnmarkartig, von weissem Aussehen, ganz weich und leicht mit dem Finger zu zerdrücken; ein fasriges Stroma war deutlich zu erkennen, dessen Alveolen mit reichlichen, meist mehrkernigen Zellen gefüllt waren. Die Geschwülste schienen als saftreiche Medullarkrebs bezeichnet werden zu müssen.“

So weit die Mittheilungen des behandelnden Arztes. Das Auffallendste, was uns in diesem Falle entgegentritt, ist die Verschiedenheit in Consistenz und Bau der später hervortretenden multiplen Tumoren im Gegensatz zu dem ursprünglichen Tumor am Oberkiefer. Während letzterer von festem, derbem Gefüge erschien und in seinem Bau nach einer Seite hin durch die Natur der Zellenbildungen an sarkomatöse Formen, nach der anderen Seite hin durch die Absonderung geschichteter Kapseln an enchondromatöse Geschwülste erinnerte, stellten jene dagegen weiche, markartige Tumoren dar, welche als saftreiche Medullarkrebse (Medullarsarkome?) gedeutet werden zu müssen schienen. Es konnte somit keinem Zweifel unterliegen, dass in den späteren Tumoren die Neigung der Zellen zur Abscheidung jener streifigen Kapseln und Schläuche mangelte, dagegen aber vermöge einer energischeren Wucherung der Zellen selbst eine gewisse Änderung im Geschwulsttypus erfolgt war. Hiermit liesse sich auch das so rasche Wachsthum der späteren Tumoren im Gegensatz zu der nur langsam geschehenden Vergrösserung der ursprünglichen Geschwulst am Oberkiefer ungezwungen in Einklang bringen. Bemerkenswerth ist fernerhin, dass die Geschwülste, mit Ausnahme der zahllosen, milaren Eruptionen in den Lungen, sämmtlich dem Skelette angehörten, ja theilweise entschieden aus der Markhöhle und der spongiösen Substanz der Knochen ihren Ausgangspunkt nahmen, sowie dass die so ungewöhnliche Schmerhaftigkeit, welche schon die Entwicklung der primären Kiefergeschwulst auszeichnete, auch die Bildung der späteren Tumoren in so hohem Grade begleitete. Die heftige Dyspnoë, an welcher der Kranke litt, möchte theils in den mehrfachen Rippen Geschwülsten, theils in den zahllosen Geschwulstbildungen im Lungenparenchym ihre genügende Erklärung finden. Endlich dürfte noch der Mangel eines lokalen Recidives an der Operationsstelle zu bemerken sein, während ein solches bei allen, unter dem Namen des „Cylindroms“ beschriebenen ähnlichen Geschwülsten constant sich ereignete.

11.

Ueber das constante Vorkommen von Pilzen bei Diabetischen.

Von Prof. Dr. N. Friedreich in Heidelberg.

Bekanntlich bilden sich im Harne von Diabetes mellitus schon nach kurzem Stehen an der Luft constant Pilze, welche oftmals die Hauptmasse des unter den angegebenen Verhältnissen im Harn entstehenden grauen, flockigen Bodensatzes darstellen, oder auch mitunter in Form einer wolkigen Schichte gleich unterhalb der Oberfläche des Harnes sich ansammeln. Am Genauesten wurden diese pflanzlichen Bildungen und deren Entwicklung von Hannover (Müller's Archiv, 1842. S. 281) und A. Hassall (Med. chir. Transact. Vol. 36. 1853. p. 23.) beschrieben; ja Letzterer legt dem Nachweis derselben in so ferne eine nicht geringe diagnostische Bedeutung bei, als sich dieselben auch im Harne in solchen Fällen bildeten,