

Bleibt also auf diesem Gebiete noch sehr Vieles dunkel und discussionsfähig, so habe ich doch versucht, auf Möglichkeiten aufmerksam zu machen, welche das anatomisch-klinische Denken auf neue und hoffentlich fruchtbringendere Bahnen lenken, als die des Festhaltens an Begriffen, welche nur so lange bestimmt und sicher begründet erscheinen, als nicht an ihnen gerüttelt wird, welche aber vor der Logik des Experimentes, der Beobachtung und der auf beide angewandten, strengen Deduction nicht Stich halten. Der schlimmste Feind des Fortschrittes ist der „Tempel der Gewissheit“, welchen Göthe so fein und geistvoll im „Faust“ belächelt.

XXIV.

Kleinere Mittheilungen.

1.

Ein Fall von Gangrän der Lunge, des Diaphragma's und der Milz.

Von Dr. H. Hertz,

Privatdocent und Assistent am pathologischen Institut in Greifswald.

Friederike L., unverehelicht, 25 Jahre alt, war nach ihrer Angabe bis vor etwa 11 Wochen vor ihrer Aufnahme in das hiesige Universitätskrankenhaus, welche am 9. September 1866 geschah, ganz gesund gewesen. Zu jener Zeit blieben nach einer starken Durchnässung und darauf folgenden Erkältung die Menses aus, auch empfand sie dabei eine geringe Schmerzhaftigkeit des Bauches. Im Verlaufe der Zeit stellte sich zweimal eine geringe Schwellung des rechten Beines ein. Dabei starke Abmagerung. Husten, Fröste etc. will sie niemals bemerkt haben. Aus der überhaupt ziemlich stupiden Kranken war wenig über ihre Leiden zu erfahren.

Bei der Aufnahme war die Kranke stark abgemagert und äusserst blutarm. Die Percussion der Brust zeigte an der vorderen Fläche beiderseits sonoren Schall, hinten dagegen auf der linken Seite, ebenso auch auf der rechten, hier zwar in dem unteren Abschnitt, eine geringe Dämpfung. Dem entsprechend ergab auch die Auscultation an den vorderen Abschnitten vesiculäres Athmen, hinten dagegen und zwar links oben verschärfte Inspiration mit unbestimmter Expiration, unten bronchiale In- und Expiration mit kleinblasigem Rasseln. Rechts oben vesiculäres Athmen, unten bei schwacher Inspiration bronchiale Expiration mit kleinblasigen Rasselgeräuschen. — Am Herzen ausser sehr schwachen Herztönen nichts

Besonderes. Die Leberdämpfung zeigte sich vergrössert. Die Milzdämpfung war nicht genau bestimmbar.

Die Unterbauchgegend aufgetrieben, bei der Palpation schmerzhaft. — Die Klagen der Kranken beschränkten sich auf eine Schmerzhaftigkeit im ganzen Leibe, ohne dass bestimmte Theile besonders bezeichnet wurden. Mässig belegte Zunge, völliges Daniederliegen des Appetits, träge Darmentleerungen. Es wurden abführende Mittel mit Erfolg gereicht, ausserdem warme Umschläge auf den Unterleib verordnet. Am 15. September zeigte sich eine geringe Schwellung der rechten unteren Extremität, namentlich des Unterschenkels, der bis dahin keine Abweichung von der Norm hatte erkennen lassen. Warme Bäder. Die Schwellung erstreckte sich am darauf folgenden Tage über die ganze Unterextremität. Am 17. September trat bei einer Temperatur von 37,8° eine Pulsbeschleunigung von 148 Schlägen in der Minute auf, dabei stärkere Auftreibung und Schmerzhaftigkeit des Bauches. Ein schon vor einigen Tagen constatuirter Eiweissgehalt des Harns hatte an diesem Tage beträchtlich zugenommen. Am 18. September beginnendes Lungenödem, Tags darauf, Morgens 8½ Uhr, trat der Tod ein *).

Die Leiche wurde darauf dem pathologischen Institut zur Section übergeben, wobei ich 25 Stunden post mortem nachfolgenden Befund erhielt.

Starke Abmagerung des ganzen Körpers, blasse anämische Hautdecken, die sichtbaren Schleimhäute blass, Thorax lang, Clavicularräume mässig tief eingesunken, Brüste schwach entwickelt, Warzen atrophisch, eingezogen, Warzenhof klein, schwach pigmentirt, Bauchdecken gespannt, aufgetrieben. Hymen noch vorhanden. An der rechten Unterextremität vom Fussrücken bis zum Hüftbeinkamm mässiges Oedem. Todtenstarre an den Oberextremitäten und an der linken Unterextremität gelöst, an der rechten Unterextremität noch vorhanden. Mässige Todtenflecke. — Das Unterhautfettgewebe fast vollständig geschwunden, Muskulatur schwach entwickelt, blassroth.

Bei Eröffnung des Thorax retrahiren sich die Lungen wenig. Die linke Lunge an der Basis mit dem Diaphragma und seitlich, entsprechend dem unteren Lappen, zum Theil durch leicht lösliche Adhäsionen verwachsen, zum Theil durch frische Faserstoffmassen mit der Costalwand verklebt. Im linken Pleurasack eine reichliche Quantität eines etwas blutigen, serös-fibrinösen Exsudates. Die rechte Lunge fast in ihrer ganzen Ausdehnung mit dem Pericardium, seitlicher Thoraxwand und Diaphragma verwachsen. Kein Erguss auf dieser Seite. Pigmentgehalt beider Lungen gering. Im Pericardium etwa ½ Unze seröses Transsudat. Das Herz normal gross, schlaff, pericardialer Ueberzug auf der vorderen und hinteren Fläche etwas milchig getrübt. Im linken Vorhof und Ventrikel sehr wenig dünnflüssiges, hellrothes Blut mit reichlicher Cruorabscheidung, der rechte Vorhof und Ventrikel ist ganz erfüllt mit weicher Cruor- und Speckhautabscheidung, daneben sehr wenig dünnflüssiges Blut. Beim Aufschneiden des Herzens findet sich in beiden Vorhöfen und Ventrikeln eine reichliche, mit den Muskeltrabekeln ziemlich fest verfilzte Faserstoffabscheidung, die sich noch weit in die grösseren Gefässe und ihre

*) Diese Notizen aus der Krankengeschichte verdanke ich der Güte des Herrn Prof. Mosler, auf dessen Abtheilung die Kranke behandelt wurde.

Verzweigungen verfolgen lässt. Musculatur rechts normal dick, blassgelbroth, Consistenz vermindert, Muskeltrabekel schwach entwickelt, Musculatur des Conus dünner, als normal, Farbe wie im Ventrikel, Tricuspidalis normal, Klappen der Pulmonalis dünn, Intima derselben normal. Musculatur links normal dick, schlaff und welk, blassgelbroth, Muskeltrabekel platt, Papillarmuskel von mässigem Umfange; vom vorderen Papillarmuskel erstreckt sich ein 1 Zoll langer abnormer Sehnenfaden zu dem Septum ventric. Mitralis und Aortenklappen zeigen nirgends Veränderungen. Aorta eng, über den Klappen aufgeschnitten kaum 2 Zoll, Intima normal mit vereinzelt Fettflecken.

Bei der Herausnahme der linken Lunge aus dem Thoraxraum, resp. bei der Lostrennung der Adhäsionen an der Basis der Lunge, ergiesst sich aus dem Abdominalcavum in die Brusthöhle eine ziemliche Quantität einer dünnen, missfarbigen, schwarzgrünen, übel riechenden, mit nekrotischen Gewebsetzen untermischten Flüssigkeit. Aus dem grossen Bronchus entleert sich ziemlich reichlich schaumiges, trübes Secret. Der obere Lungenlappen ist lufthältig, unelastisch, der untere Lappen umfangreich, derb und fest; auf der Oberfläche zahlreiche frische, vereinzelt stehende und confluirende Ecchymosen. Auf der Pleura fast des ganzen unteren Lungenlappens befindet sich ein theils schwacher, theils etwas dickerer pleuritischer Belag, der namentlich an der Basis sehr reichlich ist. Die vordere Zunge des Unterlappens mit der entsprechenden Stelle der Basis des Oberlappens fest verwachsen. An den einander zugewendeten Flächen beider Lappen zahlreiche Ecchymosen. Etwa 1 Zoll von der vorderen Zunge des Unterlappens findet sich an der Basis desselben ein $\frac{1}{2}$ Zoll tiefer und etwa $1\frac{1}{2}$ Zoll im Durchmesser haltender runder Substanzverlust. Der Grund und die Ränder desselben bestehen aus einem missfarbigen, braungrünen, fetzigen, sehr stinkenden, schmierigen Gewebe. Auf dem Durchschnitt zeigt der obere Lappen geringen Blutgehalt und schwaches Oedem. Der ganze untere Lappen ist eingenommen von einer pneumonischen Infiltration von theils graurother, graugelber, theils gelbgrünlicher Farbe. Diese verschiedenen Farbennüancirungen treten heerweise auf und liegen zerstreut, meist entsprechend einer Anzahl Läppchen neben einander. Die oben erwähnte aus nekrotischem Lungengewebe bestehende Stelle an der Basis der Lunge zeigt auf dem Durchschnitt dieselbe missfarbige, weiche, stinkende Beschaffenheit und geht ohne scharfe Abgrenzung allmählich nach den Seiten hin in die pneumonisch infiltrirten Lungenpartien über. Die dem Heerde zunächst gelegenen Abschnitte des Lungparenchyms, obgleich dem übrigen infiltrirten Parenchym an Cohärenz noch gleich, zeigen bereits eine mehr grau-braungrüne Färbung. Unmittelbar am hinteren Rande, nahe der Basis der Lunge zu, findet sich noch eine Kirschengrosse erweichte Stelle von ebenfalls missfarbigem Aussehen. Beim Aufschneiden der Lungenarterie ergibt sich, dass der in den oberen Lappen gehende Arterienast an seiner ersten Theilungsstelle einen ziemlich festen Thrombus enthält, durch den das Lumen des Gefässes nur zum Theil obturirt wird. Dieser Thrombus erstreckt sich von hier aus in drei kleinere Aeste, resp. 5, 6 und 11 Lin. weit hinein, haftet den Wandungen ziemlich lose an und enthält im Innern weiches geronnenes Blut. Der in den unteren Lappen sich hineinerstreckende Hauptast der Lungenarterie ist in seinem Anfangstheil frei, in einem Nebenast, der nach der Basis hinuntergeht, findet sich

ein sehr umfangreicher, 11 Lin. langer, auf einer Bifurcation reitender, ziemlich derber Thrombus, der das Lumen des Gefässes vollständig ausfüllt. Seinem Verlauf nach entspricht dieser Ast dem oben erwähnten nekrotischen Heerde an der Basis der Lunge und ist bei genauer Untersuchung auch bis in denselben zu verfolgen. Das Parenchym in der Umgebung dieses Arterienastes ist erweicht und schliesst sich unmittelbar dem Brandheerde an.

Die Lunge rechts ist in ihrer ganzen Ausdehnung durch ältere, schwer lösliche Adhäsionen verwachsen. Das Organ ist umfangreich, fühlt sich derb an, namentlich im mittleren und unteren Lappen. Die Oberfläche bietet nichts Wesentliches dar. Das Parenchym des Unterlappens ist sehr mürbe, ausserordentlich leicht zerreisslich und lässt sich an den hinteren unteren Abschnitten nur fetzenweise von der Thoraxwand entfernen. Auf dem Durchschnitt zeigt der obere Lappen ein ausserordentlich starkes Oedem neben geringem Blutgehalt. In dem lufthaltigen Parenchym finden sich vereinzelte Kirschkerngrösse, graugelbe, lobuläre Infiltrationen. Der untere Lappen ist zum Theil lufthaltig und stark ödematös, zum Theil ebenfalls von einer etwas ungleichmässig verbreiteten, in der Rückbildung begriffenen, graugelben pneumonischen Infiltration eingenommen. Das Parenchym unmittelbar an der Basis ist im Allgemeinen noch ziemlich cohärent, zum Theil lufthaltig, zum Theil comprimirt. Gleich darüber finden sich, neben atelectatischen Lungenpartien, graugelb infiltrirte vor, in deren Mitte mehrere bis Wallnussgrösse Erweichungsheerde von missfarbigem, graugrünem und graubraunem Aussehen liegen. Im Centrum dieser Heerde ist das Gewebe bereits zerflossen und in eine schmierige, fetzige, stinkende Masse umgewandelt. Beim Aufschneiden der Lungenarterie finden sich im oberen Lappen in den verschiedensten Aesten bis zu den feineren frische weiche Gerinnungen. Die Aeste des unteren Lappens zeigen dagegen festere Thrombusmassen, namentlich in den infiltrirten Abschnitten, doch ist hier bei der Mürbheit, der leichten Zerreislichkeit und der festen Verwachsung des Lungenparenchyms mit der Costalwand, wodurch bei der Herausnahme des Organs aus der Thoraxhöhle Zerreibungen unvermeidlich waren, die Entscheidung schwierig, ob die thrombosirten Arterienäste mit den oben erwähnten Brandheerden in Verbindung stehen. Auch der mittlere Lappen ist zum grössten Theil von einer meist graugelben pneumonischen Infiltration eingenommen. Verstopfungen der Gefässe oder Brandheerde sind hier nicht zu erkennen. Neben dem infiltrirten Gewebe findet sich noch etwas ödematöses, lufthaltiges Parenchym vor. — Brandjauche in den Bronchien ist nirgends zu entdecken. Die Bronchialdrüsen sind etwas vergrössert, zum Theil melanotisch, zum Theil markig infiltrirt.

Bei Eröffnung der Bauchhöhle entleert sich aus derselben $\frac{1}{2}$ Quart einer schmutzig grüngelben, ziemlich rahmigen, mit Flocken untermischten Flüssigkeit. Die Gedärme an ihrer Oberfläche blass, vielfach mit einander durch frische Exsudatmassen verklebt. Festere Verklebungen durch in Organisation begriffene Exsudate und Verwachsungen durch bereits fertiges Bindegewebe finden sich zwischen der vorderen Fläche der Leber und dem Diaphragma einerseits, der Leber und der vorderen Peritonealwand andererseits, ferner zwischen dem unteren Leberrand, Magen und Colon transversum an der Flexura hepatica und zwischen letzteren und den Bauchdecken linkerseits vom Nabel.

Das Omentum ist vollständig fettlos, nach unten schürzenförmig über die Gedärme herabgeschlagen und mit dem Peritoneum am Eingang der kleinen Beckenhöhle in der Höhe des rechten horizontalen Schambeinastes durch in Organisation begriffene Exsudate verklebt. Dem zufolge ist auch das stark durch Gas aufgetriebene Colon transversum nach unten bis zur Tiefe des Nabels herabgezogen, bildet eine Schlinge, deren Schenkel durch Exsudatmassen ebenfalls mit einander verklebt sind. Das Coecum und Colon ascend. sind durch Gas ausgedehnt, wogegen das Colon descend. und S. romanum fest zusammengezogen und mit mehrere Linien dicken Exsudatmassen bedeckt sind. An diesen Stellen findet sich auch noch sehr viel mehr rahmige, grüngelbliche Flüssigkeit angehäuft, wogegen die andere Hälfte der Bauchhöhle, rechts vom Nabel ab davon völlig frei ist. Die Organe der kleinen Beckenhöhle (Uterus nebst Ovarien und Tuben, ferner Mastdarm und Harnblase) sind ebenfalls von dicken Exsudatmassen eingehüllt. Die dünnen Därme grösstentheils durch Gas etwas ausgedehnt. — Die Mesenterialdrüsen nicht vergrössert, das Mesenterium noch mässig fetthaltig. Im Duodenum und Magen findet sich reichlicher, dünnflüssiger, galliger Inhalt, die Schleimhaut in beiden ist blass und zeigt sonst nichts Abnormes. Die linke Niere normal gross, Kapsel dünn, trennt sich im Allgemeinen leicht, nur an einzelnen Stellen mit Zerreissung des Parenchyms. Oberfläche glatt, gleichmässig blassroth, anämisch, nur an einzelnen Punkten sind die venösen Gefässsterne erkennbar. Auf dem Durchschnitt ist das Organ sehr blass. Die Rinde breiter als normal, blass grauroth, die aufsteigenden Gefässe nur hier und da zu erkennen. Die Malpighi'schen Kapseln markiren sich zum kleinsten Theil als kleine rothe Pünktchen. Die Zone der gewundenen und theilweise auch der geraden Harnkanälchen ist getrübt. Pyramiden normal gross, blutarm, blassroth. Zwischen den schwach gefüllten Gefässen an der Basis erscheint das Parenchym schmutzig durchscheinend grau und etwas trübe. Papillen meist blass, einige etwas stärker geröthet. Die rechte Niere bietet dieselben Verhältnisse dar.

Bei näherer Untersuchung der linken unteren Thorax- und Oberbauchgegend ergibt sich, dass entsprechend dem oben erwähnten Brandheerd an der Basis der linken Lunge, sich ein gleicher Heerd an der betreffenden Stelle des Diaphragma findet, der unmittelbar mit dem Lungenheerd in Verbindung steht. Diese Stelle des Diaphragma ist in einer Ausdehnung von ca. 3" eingenommen von derselben schmierigen, schmutzig braugrünen bis schwarzgrünen stinkenden Gewebsmasse, die pilzförmig in die linke Thoraxhälfte hervorragt und durch leisen Druck auf die Lebergegend eine ebenso gefärbte und beschaffene dünnflüssige Masse in den Thoraxraum hervordringen lässt. Von hier aus verbreitet sich nach allen Seiten hin, sowohl auf die obere, als auch auf die untere Zwergfellsfläche eine dicke grüngelbe Exsudatschicht, die sich von dort weiter auf die Seitenfläche der Pleura costalis bis zum 4. Intercostalraum hinauf und nach unten in die Bauchhöhle über die linke Niere, das Colon descend. und über den zunächst gelegenen Theil des parietalen Blattes des Peritoneums bis zu den Organen der kleinen Beckenhöhle verfolgen lässt. Die Pleura costalis ist an der angegebenen Stelle verdickt, missfarbig graugrün. Nach Abziehen derselben zeigen auch die Intercostalmuskeln in diesem ganzen Bereich, ferner die äusseren Thoraxmuskeln und die

seitlichen Bauchmuskeln, links vom Nabel in ihrer ganzen Dicke bis zum Becken hinab, dieselbe missfarbige schmutzig grau- und braungrüne Beschaffenheit. Bei Herausnahme der Leber, des Magens und der Milz im Zusammenhange ergibt sich, dass die eben erwähnte 3 Zoll im Durchmesser haltende, brandig zerstörte Stelle im Diaphragma mit den pilzartigen Gewebsfetzen zum Theil dem völlig nekrotisch zerstörten und erweichten Diaphragmagewebe, zum Theil dem oberen Abschnitt der Milz entspricht.

Die Milz ist zum grössten Theil in eine schmutzig schwarzgrüne stinkende, in Zerfall begriffene, fetzige Masse umgewandelt. Diese Zerstörung erstreckt sich von der Spitze über die ganze convexe Fläche bis zum unteren Rande und hat eine Längenausdehnung von 7 Zoll und eine Breite von fast 3 Zoll. Auf dem Längsschnitt durch die Milz erkennt man, dass sich unter dem bereits zerfallenen fetzigen Gewebe eine $\frac{1}{2}$ Zoll dicke Zone befindet, welche zwar noch im Allgemeinen die Consistenz eines normalen Milzparenchyms besitzt, jedoch ebenfalls bereits eine schwarzbraune Farbe angenommen hat. Diese Zone geht allmählich in das normale Milzgewebe über, welches in der Umgebung des Hilus noch in einer Dicke von $\frac{3}{4}$ Zoll, in einer Länge von 3 Zoll und in einer Breite von 2 Zoll erhalten ist. Das noch wohl erhaltene Gewebe ist blassroth, ziemlich fest, Malpighi'sche Bläschen sind hier nicht zu erkennen. Die Kapsel an der concaven Fläche der Milz ist etwas verdickt. Der innere Rand der nekrotisch erweichten Milz berührt unmittelbar den äusseren Rand des linken Leberlappens. In den Milzgefässen keine Gerinnungen.

Die Leber ist bedeutend vergrössert, namentlich der Längen- und Dicken-durchmesser des rechten Lappens. Höhe rechts 9 Zoll, Breite 6 Zoll, Dicke 4 Zoll; Höhe links 6 Zoll, Breite 4 Zoll, grösste Dicke $2\frac{1}{2}$ Zoll. Oberfläche glatt, gleichmässig gelbroth gefärbt. Auf dem Durchschnitt starker Fettbeschlag der Klinge. Die Läppchen sind stark vergrössert, nicht deutlich von einander trennbar. Die centralen Abschnitte derselben rosa, die peripherischen blassgelb. Das Organ ist sehr blutarm; in den grossen venösen Gefässen nur sehr wenig dünnflüssiges Blut, in den grossen Gallenkanälchen sehr wenig Galle. Sonstige Veränderungen sind, namentlich am linken Lappen an der Berührungsstelle der Milz nicht zu erkennen.

Im ganzen Dünn darm ein dünner gallig gefärbter, etwas schleimiger Darm-inhalt, der im unteren Theil des Ileums reichlicher und mehr dünnbreiiger und im Coecum, Colon ascend. und transversum dickbreiiger wird. Im Colon descend. bis zum Rectum spärlicher festweicher Inhalt. Die Schleimhaut im ganzen Darmkanal blass, im Colon descend. und S. rom. dieselbe sammt den übrigen Darmhäuten stark ödematös und mit reichlichem Schleim bedeckt. — An einzelnen Stellen im Ileum und Colon stärkeres Hervortreten der solitären Follikel. Die Harnblase enthält eine ziemlich reichliche Menge eines klaren, gelben Urins mit mässig starkem Eiweissgehalt. Schleimhaut normal. Uterus und Ovarien zeigen nichts Besonderes.

Die rechte V. iliaca communis enthält einen weichen Thrombus, der sich in die V. iliaca externa und interna, ferner in die V. femoralis bis zur Kniekehle erstreckt, wo er in eine weiche Gerinnung übergeht; auch die V. profunda femoris und die V. saphena magna sind eine Strecke weit mit weichen

fast das ganze Gefässlumen einnehmenden Thrombusmassen erfüllt. Unmittelbar unter dem Lig. Poupartii ist der Thrombus äusserlich am festesten, haftet der Gefässwandung ziemlich fest an, ohne dass die Intima Veränderungen zeigt, und besteht im Centrum aus einer weichen rothen, zerfliessenden Masse. Das umgebende Bindegewebe an dieser Stelle ist schwielig verdickt.

Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigte sich am Herzen namentlich links starke körnige Trübung mit leichter fettiger Degeneration der Muskelfasern. Die pneumonischen Infiltrationen im unteren Lappen der linken Lunge und im unteren und mittleren Lappen der rechten Lunge ergeben sich als in Rückbildung begriffene croupöse Infiltrationen, wogegen die lobulären Heerde im oberen Lappen der rechten Lunge rein zelliger Natur sind. Die neugebildeten zelligen Elemente in den Lungenalveolen und kleinsten Bronchien enthalten sehr reichliche braune und schwärzliche Pigmentkörnchen; viele Zellen sind von diesen fast vollständig erfüllt. Die Nieren zeigen starke Trübung und Schwellung der Epithelien, namentlich in den gewundenen Kanälchen der Rinde und in den breiten schleifenförmigen der Marksubstanz. — Die Leberzellen sind stark fettig infiltrirt.

Nach dem anatomischen Befunde scheint mir dieser Fall in der Weise aufgefasst werden zu müssen, dass die Patientin, abgesehen von einer älteren circumscribten adhäsiven Peritonitis und der rechtsseitigen Pleuritis, an einer doppelseitigen croupösen Pneumonie erkrankte und dass sich gleichzeitig oder bereits vorher eine durch frühere aus der von der etwas stupiden Patientin nur mangelhaft angegebenen Anamnese schwer zu eruirende Krankheiten bedingte marantische Thrombose in den Venen des rechten Oberschenkels entwickelte. Letztere hat unzweifelhaft den Ursprung für die Embolien in den Lungen abgegeben, die in einen durch den entzündlichen Prozess bereits so veränderten und disponirenden Organtheil geschleudert, dort die Gangrän erzeugten, welche in ihrer weiteren Verbreitung auf Zwergfell, Milz und zum Theil auf die benachbarten Muskeln überging, in deren Folge die frische Peritonitis entstand, der die Patientin endlich erlag.

XXV.

Auszüge und Besprechungen.

1.

- v. Troeltsch, Lehrbuch der Ohrenheilkunde mit Einschluss der Anatomie des Ohres. Dritte umgearbeitete und stark vermehrte Auflage. Würzburg 1867.

Das im Jahre 1862 von dem Verf. herausgegebene Lehrbuch der Ohrenheilkunde, welches in diesem Archiv (Bd. XXVII. S. 217) von uns besprochen wurde,