

handlung denkbar. Vielleicht mögen viele Fälle von Croup in die Kategorie der Neubildungen gehören! Auch dieser Fall hier hätte möglicherweise nicht tödlich geendet, wenn die Krankheit zeitiger erkannt und operativ behandelt worden wäre.

Zur Therapie dieser Neubildungen möchte ich bemerken, wenn nicht die dringendste Indication zur Tracheotomie vorliegt, lieber vor derselben Alles anzuwenden, um die Neubildung zu zerstören, weil nach der Tracheotomie die Entfernung des Gewächses, die doch auf alle Fälle erfolgen muss, wenn das Individuum nicht sein Leben lang die Kanüle tragen soll, entschieden grösseren Schwierigkeiten unterliegt.

Um noch ein Mal auf die bisherige Seltenheit dieser Erkrankung zurückzukommen, erwähne ich eines analogen Falles, auch in diesem Archiv (Bd. 43. Hft. 1. S. 129) mitgetheilt von Dr. Prehn in Hanau, von dem der Verfasser wörtlich sagt: „der ganze Fall dürfte, namentlich mit Rücksicht auf das Alter des Individuums, soweit mir bekannt, einzig dastehen“ etc. Ich bin fest überzeugt, dass sich die Neubildungen im kindlichen Kehlkopf häufiger zeigen werden, sobald es gelungen sein wird, auch in die Kinderbeilkunde der Laryngoskopie mehr Eingang zu verschaffen, obgleich hier die Schwierigkeiten ungleich grösser sind als bei Erwachsenen.

Schon jetzt kann ich eines neuen Falles Erwähnung thun, der sich gegenwärtig in der Behandlung des Herrn Privatdozenten Dr. Voltolini befindet und einen 7jährigen Knaben betrifft, bei dem sich die Heiserkeit und Atembeschwerden aus der frühesten Kindheit herleiten lassen. Die laryngoskopische Untersuchung zeigt ebenfalls deutlich eine Neubildung beider Stimmbänder. Ich behalte mir vor, nach geschehener Operation mit gütiger Erlaubniss das Nähre über diesen Fall ausführlicher mitzutheilen.

Hrn. Privatdozenten Dr. Voltolini und Hrn. Prof. Dr. Waldeyer sage ich hiermit für die gewährte Unterstützung meinen aufrichtigsten Dank.

2.

Eine seltenere, vielleicht tuberkulöse Ulceration des Oesophagus.

Von Dr. Paulicki in Hamburg.

Rokitansky spricht sich dahin aus, dass der Tuberkel im Oesophagus nicht vorkomme. Förster, Oppolzer und Andere bezeichnen die Tuberkulose des Oesophagus als eine sehr seltene Erscheinung. Der Fall, den ich hier mittheile, betrifft einen 74jährigen, aus Hamburg gebürtigen Tischler, der sich am 26. August 1865 in das Hamburger allgemeine Krankenhaus aufnehmen liess. Patient, der bereits seit Jahren an Husten und Auswurf gelitten haben will, gab an, vor 4 Tagen unter Frösteln, Stichen in der rechten Seite und Beengung beim Atemholen erkrankt und bettlägerig geworden zu sein. Bei der Aufnahme wurde ein ziemlich reichliches, rechtsseitiges pleuritisches Exsudat constatirt, das nach 8ätigem Bestehen sich allmählich wieder zurückbildete. Patient erholte sich dabei jedoch

nur wenig. Der Husten hielt an und der Auswurf wurde copiöser. Das Aussehen blieb ein bleiches. Der Appetit war gering, der Stuhl unregelmässig und nach 6 Wochen wurde durch die physikalische Untersuchung eine Infiltration beider Lungenspitzen nachgewiesen. Im weiteren Verlauf gesellten sich die Erscheinungen einer Darm- und Larynxtuberkulose hinzu. Im Monat October traten Beschwerden beim Schlingen ein. Patient hatte Mühe, grössere Bissen hinunter zu schlucken. Er empfand jedesmal dabei einen Schmerz in der Brust und erst nach einigen Anstrengungen gelangten die Speisen in den Magen. Späterhin gelangten die Speisen häufig wieder zurück in die Mundhöhle. Eine stärkere Schlundsonde stiess etwa in der Höhe des Manubrium sterni auf ein Hinderniss, welches nicht überwunden werden konnte, während eine dünne Sonde mit einiger Anstrengung bis in den Magen geführt werden konnte. Die Erscheinungen der Oesophagusstenose, sowie das Erbrechen nahmen allmählich zu, und es war nothwendig, den Patienten blos durch flüssige Nahrung zu ernähren. In der letzten Zeit wurden noch ernährende Klystiere in Anwendung gebracht. Der Verlauf der Oesophaguseffection hatte die grösste Ähnlichkeit mit dem, wie er bei Oesophaguscancroid häufig beobachtet wird, und es wurde auch angenommen, dass sich zu der Tuberkulose der Lungen ein Cancroid des Oesophagus hinzugesellt habe, eine Combination, die ich wiederholt im Hamburger Krankenhaus am Sectionstisch gesehen habe. Die Erscheinungen entwickelten sich allmählich und es musste das Verschlucken einer ätzenden Substanz als Ursache der nachfolgenden Stricturna ausgeschlossen werden, da die genauere Untersuchung hierfür gar keine Anhaltspunkte bot. Bei der Untersuchung der Lungen wurden jetzt Höhlenerscheinungen in der linken Lungenspitze und linksseitiger pleuritischer Erguss constatirt. Patient magerte bis zum Skelet ab. Tod den 3. Januar 1866.

Der Sectionsbefund war folgender.

Ausserst abgemagert. Arachnoidea stark getrübt. Dura mater vielfach mit dem Schädel verwachsen. Pia und Hirnsubstanz blass, letztere zäh. Ependym verdichtet, etwas granulirt. In der linken Pleurahöhle ein mässig reichliches, flüssiges, mit durchscheinenden fibrinösen Niederschlägen vermischt Exsudat. Im oberen Lappen der linken Lunge eine beträchtliche, unregelmässige, mit schmutzigem Eiter gefüllte Höhle. In deren Umgebung mehrere Granulationen. Die rechte Lunge im oberen Theil sehr fest mit der Rippenwand verwachsen. Im oberen Lappen der rechten Lunge mehrere grössere Gruppen durchscheinender Granulationen und käsig infiltrirte, lobuläre Heerde. Der untere rechte Lappen stark ödematos infiltrirt. Das rechte Atrium mässig erweitert, sonst keine wesentliche Veränderung am Herzen. Beim Einführen des kleinen Fingers in den uneröffneten Oesophagus vom Pharynx aus stiess derselbe in der Höhe des Ringknorpels auf eine verengte Stelle, die sich nach abwärts in einer Ausdehnung von etwas über 1 Zoll erstreckte, worauf der Oesophagus wieder sein normales Lumen annahm. Oberhalb der verengten Stelle war der Oesophagus nicht erweitert. Nach der Eröffnung desselben fand sich an seiner hinteren Wand eine ulcerirte Stelle von ovaler Form, deren Höhendurchmesser 6 Linien betrug. Etwas weiter unten fand sich mehr seitlich gelagert ein kleineres Geschwür von mehr rundlicher Form. Die Geschwüre hatten ein blassrothes, undeutlich granulirtes Aussehen,

waren nicht sehr tief und drangen nicht bis auf die Muscularis. Sie setzten sich scharf gegen die etwas hyperämische Schleimhaut ab. In einiger Entfernung beider Geschwüre war die Schleimhaut mit stecknadelkopfgrossen, nur wenig prominirenden Granulationen besetzt, die theils discret in die Schleimhaut eingelagert waren, theils dichter bei einander lagen. Dieselben ergaben sich als vergrösserte Schleimfollikel. Eine ausgesprochen käsige Beschaffenheit war weder an dem Inhalt der geschwellten Follikel, noch an der Basis der Geschwüre zu constatiren. Auf einem Durchschnitt durch das Geschwür fand sich nirgends eine Spur von krebsiger Infiltration, was auch durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt wurde. Mikroskopisch gelang es jedoch nicht, die tuberculöse Natur der Geschwüre mit Bestimmtheit nachzuweisen. Eine ausgesprochene Verdichtung des submucösen Bindegewebes im Bereich der verengten Stelle war nicht vorhanden. Auf beiden Stimmbändern fanden sich kleine warzige Excreszenzen. Auf der Schleimhaut der hinteren Fläche des Kehlkopfes waren einzelne kleine, rundliche, die Schleimhaut durchdringende Ulcerationen. Die Leber war blutreich, sonst nicht wesentlich verändert. Die Milz schmutzig blassroth, zäh, von gewöhnlicher Grösse. Die Nieren fest, blutreich, mit glatter Oberfläche. Der Magen etwas ausgedehnt, sonst nicht erkrankt. Im unteren Theil des Ileum ein tuberculöses Gürtelgeschwür mit Pigmentirung der Serosa. Auf derselben Tuberkelgranulationen. Etwas weiter unten 2 frische Geschwüre mit aufgeworfenen Rändern und etwas höher oben eine kleinere, beginnende Ulceration. Im Darm sonst keine wesentliche Veränderung. Blase ohne Veränderung.

3.

Ueber das Vorkommen von Fliegenlarven in der Nasenhöhle.

Von Sanitätsrath Dr. Mankiewicz in Berlin.

In diesem Archiv vom 8. April 1868 lese ich Seite 98 bis 107 einen Aufsatz über das Vorkommen der Fliegenlarven in der Nasenhöhle und deren Heilung.

Ich erlaube mir aus meiner Praxis einen kleinen Beitrag zu übersenden.

Ich behandelte im Jahre 1859 einen armen 9jährigen Knaben, der von der Natur vernachlässigt war, an einer scrophulösen Ozaena, bei der sich die Larven der Fliegen in der Nasenhöhle und in der Nasenscheidewand so stark ansammelten, dass ich durch alle erdenklichen Mittel, als Alkohol, Aether, stark riechende Kräuter und Chlor die Larven nicht entfernen konnte. Nur durch Bepinselung der Nasenhöhle mit peruvianischem Balsam habe ich die Larven entfernt, d. h. wurden sie getötet und durch diese Bepinselung heilten auch die wunden Stellen und die Krusten sieben ab, der stinkende Geruch hörte auf. Bei der Behandlung bekam der Patient blos eine kräftige Nahrung. Der Junge blieb gesund, nur fehlte ihm die Nasenspitze, die er aber schon beim Beginn der Behandlung nicht mehr hatte.

Den Pinsel habe ich aus Charpie eigenhändig dazu bereitet, weil der mit Borsten das Niesen vermehrte und die Schleimhaut reizte.