

schicht des Amnion, zwischen welchen viele verschieden gestaltete Zellen eingelagert waren, sie waren zahlreicher als im Amnion, communicirten mit einander mittelst Ausläufer, erschienen getrübt und feinkörnig, wurden durch Essigsäureeinwirkung wenig geklärt, ohne einen Kern zu zeigen. An anderen Stellen der Hämpe war die Schicht ebenso dick, enthielt aber weniger, meistentheils spindelförmige Zellen. Das Chorion zeigte an Stelle der Geschwulst in seiner Epithelialschicht 1 bis 4 Reihen kleiner polygonaler Epithelialzellen, während man an anderen Stellen bis 15 Reihen bedeutend grösserer runder Zellen wahrnahm; alle waren getrübt und enthielten feinkörniges Fett. Als Reste der Decidua fand sich an Stelle der Geschwulst nur eine dünne aus ziemlich glänzenden, durch Essigsäure blasser werdenden Fasern bestehende Schicht; stellenweise traf man hier körnige abgeplattete Decidualzellen. Auch an anderen Stellen zeigte die Decidua keine Veränderungen.

Aus dem Mitgetheilten folgt, dass wir es hier mit einem Myxom zu thun hatten, welches sich aus der Schleimgewebschicht des Chorion entwickelt hatte. Hierfür spricht erstens der unmittelbare Uebergang des letzteren in die Geschwulst, zweitens die Anordnung der Zellen der Geschwulst, die, je weiter sie sich vom Chorion entfernten, an Grösse zunahmen und in grösseren Abständen von einander gelagert erschienen; drittens das Vorhandensein einer sie vom Amnion stellenweise trennenden M. intermedia; endlich die Zellenvermehrung in der Schleimgewebschicht des Chorion, während nicht nur eine Zellenproliferation im Amnion fehlte, sondern letzteres sogar verdünnt erschien. Die Verdünnung des Amnion und der Epithelialschicht des Chorion könnte wohl durch Compression seitens der Geschwulst stattgefunden haben.

St. Petersburg, April 1870.

## 9.

### Ein Fall von Hautemphysem bei Diphtheritis.

Von Dr. Sachse in Berlin.

Am 22. Juni c. wurde ich zu dem kranken Kinde des dem Arbeiterstande angehörigen Mannes K., Linkstr. 5, gerufen. Das Kind lag im Bette mit bleichem, schweißtriefendem Gesicht, pfeifendem Athmen, hochdyspnoisch, Wangen und Extremitäten kühl, Puls sehr frequent, Temperatur des Körpers erheblich erhöht.

Die Untersuchung bestätigte meine schon aus dem Foetor ex ore gestellte Diagnose auf Diphtheritis. Die Fauces tief geröthet, die Tonsillen und Gaumenbögen mit dickem diphtheritischem Belege bedeckt, der sich jedenfalls von hier auf den Kehlkopf ausgebreitet hatte. Das Kind war schon über 8 Tage krank, hustete bereits seit circa 3 Tagen mit specifischem Croupston, doch hielten die erst kürzlich nach Berlin gezogenen Eltern es in bäuerischer Indolenz nicht für nötig, einen Arzt zu Rathe zu ziehen. Ermuthigt durch einen kurz vorher glücklich verlaufenen Fall von Kehlkopfsdiphtheritis ordnete ich erst ein Vomitive an; nach dessen Wirkung eine Mixtur: Kal. chloric. 5, Aq. Calcis 100, Syr. Alth. 15,  $\frac{1}{2}$  stündlich

1 Kinderlöffel gegeben werden sollte. Es trat eine Erleichterung nach dem Erbrechen ein, die indess nur kurze Zeit anhielt. Ich ordnete am 24. Juni Inhalationen mit Sol. Acid. lactic. (5 : 100) an, die indessen dem Kinde viele Schmerzen verursachten; ich substituirte daher für Acid. lactic. verdünntes Kalkwasser. Fast schien auch das Befinden des Kindes sich dadurch etwas zu bessern, das Athmen war ungleich freier, nicht mehr sterorös, die Nasenflügel bewegten sich nicht mehr so stürmisch, der angstvolle Ausdruck schwand aus dem Gesicht, das Kind lag ruhig meist mit geschlossenen Augen da. Am 26. Nachmittags machte sich eine auffallende Schwellung des Halses und der unteren Gesichtshälfte bemerkbar, die mir zuerst ganz rätselhaft erschien; es war nicht jene grosse Anschwellung in der Gegend der Tonsille, die nicht selten bei verschleppter diphtheritischer Entzündung in diesen Drüsen sich entwickelt. Die Palpation des Halses klärte mich bald über die Art der Anschwellung auf: es bestand an bezeichnetner Stelle Hautemphysem, das sich sehr bald auch auf die Brustumskeln bis in die Höhe des Proc. xiphoid. ausdehnte. Ich vermutete, dass in Folge diphtheritischer Verschwürrung eine Perforation in Trachea oder Larynx zu Stande gekommen wäre und sich hierdurch das Emphysem ausgebreitet hätte. Herr Prof. Virchow, den ich darum befragte, meinte hingegen, dass es wohl seinen Ursprung an der Lungenwurzel haben möchte, wie öfter bei grossen Atemhindernissen einzutreten pflege; erst bilde sich interstitielles Lungenemphysem, durch Ruptur von Lungenbläschen pflanze sich die Luft durch das lockere Zellgewebe dem Verlauf der Bronchien etc. folgend in das Mediastinum, von hier aus unter dem Sternum in das Zellgewebe der Haut etc. fort. Am 27. Abends schlief das Kind ganz sanft, — nicht asphyctisch, wie gewöhnlich bei Kehlkopfs-Diphtheritis — ein. Auf meine Bitte veranlasste Herr Prof. Virchow seinen Assistenten, Herrn Dr. Wegener, die Obduction zu machen. Es wurde durch dieselbe die Ansicht des Herrn Prof. Virchow auf das Evidenterste bestätigt. Der Bericht des Herrn Dr. Wegener lautete, wie folgt:

Auffallend blaue Hautfärbung am ganzen Körper bei sonst guter Entwicklung; das subcutane Zellgewebe am ganzen vorderen Umfang des Thorax und am Halse bis gegen die Masseteren hin emphysematös. Das grossmaschige Zellgewebe im Mediastinum anticum colossal mit Luft gefüllt; beide Lungen gross, in den oberen Partien stark aufgebläht, äusserlich blau erscheinend. In den einzelnen Interlobularsepten sieht man hier in grosser Zahl hanfkorn- bis kirschgrosse runde, luftgefüllte blasige Erhebungen, die zum Theil sehr zierlich rosenkranzähnlich erscheinen und deren Zahl ebenso wie ihre Grösse nach der Lungenwurzel beiderseits am beträchtlichsten ist. Von hier geht das Emphysem in continuo auf das mediastinale Gewebe über. In den beiden Unterlappen beiderseits frische, etwas trockene Pneumonie, in der Trachea pseudomembranöse Auflagerungen, an den Stimmbändern und der hinteren Epiglottisfläche tiefgehende Schwellung und diphtheritische Ulceration.

Ich erlaube mir noch folgende epikritische Bemerkungen:

Aus der Literatur ist mir kein Fall je bekannt geworden, in welchem die so auffällige Erscheinung des Lusteintritts unter die Haut bei Diphtheritis beobachtet worden wäre. Um so auffallender erscheint er in diesem Falle, als er zu der Zeit, wo gerade die Dyspnoe nachliess, eintrat. Der ursprüngliche In-

sult in der Lunge fällt also wohl in die erste Zeit der grössten Atemnot und wurde vielleicht durch den Brechact befördert. Die Entstehungsart des Emphysems (von den Lungen aus) macht sein langsames Fortschreiten erklärlieh.

Die Therapie kann selbstredend in solchem Falle Nichts vermögen. Ich brauche nicht hinzuzufügen, dass die Diphtheritis auf den Tonsillen schon nach 3 Tagen auf einen sehr geringen Umfang geschwunden war. Ich betrachte noch immer das Kal. chloric. als eine Panacee, da ich ausser den verlorenen Fällen, wo ich beim ersten Besuche schon — und fast ausschliesslich durch Vernachlässigung — Kehlkopfsdiphtheritis vorfand — seit 7 Jahren keinen Patienten an Diphtheritis (unter Hunderten) verloren habe. Es wird dies dadurch erklärlieh, dass ich bei jedem Kranken — zumal Kindern, gleichlief an welcher Krankheit sie sonst leiden — den Hals gründlich untersuche. Ich gebe aber stets Kal. chloric. in stärkster Lösung (also 1 : 20), und kleinen Kindern Theelöffel-, grösseren und Erwachsenen Kinderlöffel-weise, und lasse oft,  $\frac{1}{2}$ —1stündig nehmen; auf den Magen hat es selbst bei längerem Gebrauch keinen Einfluss. Gewöhnlich sieht man schon nach 1—2 Tagen eine Lösung der Plaques vom Rande aus, dann lasse ich seltener nehmen (2—3ständlich).

Aq. Calci wende ich seit der Küchenmeister'schen Veröffentlichung (Berl. Klin. Wochenschr. 1869. No. 49) an, da sie die Membranen schneller aufzulösen scheinen. Meine Prognose hat indess diese Errungenschaft der Therapie in keiner Weise beeinflusst; ich erkläre im Voraus: hat sich die Diphtheritis auf den Kehlkopf ausgedehnt — Prognosis' pessima, ist der Kehlkopf noch frei — optima. Durch meine Behandlung vermeidet man die für Kinder so beschwerlichen und aufregenden Pinselungen, und ich glaube sicher, dass es nur Aufmerksamkeit seitens des Arztes in Verbindung mit guter Ueherwachung seitens der Eltern bedarf, um bei der Behandlung der Diphtheritis der Insufflationen eines Barbose (Lissabon, Sulphur) oder der Einathmungen von Zinnoberdämpfen nach Abeille (Gaz. des Hôp. 68.), oder von Kal. hydr. nach Warring Currau (Lancet 68, 17), ja der vielleicht sehr wirksamen Inhalationen von Sol. Acid. lactic. (5 ad 100) nach Bricheteau und Adrian (Bull. de Thér. LXXIV.) entbehren zu können. Bei Kehlkopfsdiphtheritis werden diese Mittel ebenso helfen, wie die Injection per Pravaz; das einzige Ultimum refugium ist und bleibt — wo es möglich ist — die frühe Tracheotomie.

## 10.

### Leichenbefunde bei Pellagra.

Mitgetheilt von Dr. M. Fränkel,  
Director der Irrenanstalt zu Dessau.

(Fortsetzung von Bd. XLIX. S. 579.)

Bei 59 Autopsien an Pellagrosen — von denen 14 in Trient, 8 in Verona, 3 in Mailand, 34 in Pavia vorkamen — fand Lombroso, einer noch nicht publizirten Schrift zufolge, nachgenannte pathologische Zustände.