

So häufig bei uns *Cysticercus* in der Tiefe des menschlichen Auges gefunden wird¹⁾, so selten ist merkwürdiger Weise sein Vorkommen in der vorderen Augenkammer, wo auch von Graefe ihn nur 3 Mal gesehen: und die Zahl der glücklichen Extraktionen ist seit Schott's berühmter Mittheilung sehr gering geblieben. Und doch sind gerade diese Fälle vom therapeutischen Standpunkt so wichtig, weil das bei spontanem Verlauf der parasitären Erkrankung dem Untergange preisgegebene Auge²⁾ durch eine einfache Operation, wenn sie rechtzeitig unternommen wird, mit Sicherheit gerettet werden kann.

8.

Ein Fall von Lungenabscess mit allgemeinem Hautemphysem.

Von Dr. H. Senator, Privatdocent in Berlin.

In dem während der Belagerung von Metz zu St. Marie aux chènes etablirt gewesenen Kriegslazarett kam ein Fall von Lungenabscess zu meiner Beobachtung, den ich seines seltenen Ausgangs wegen der Veröffentlichung werth halte. Leider war unter den damaligen Umständen, bei der Ueberfüllung des Lazarets, dem Mangel an Wartpersonal, an wissenschaftlichen Hilfsmitteln etc. eine genauere und sorgfältige Beobachtung nicht ausführbar, doch wird die Lückenhaftigkeit derselben von Jedem, der derartige Verhältnisse kennen gelernt hat, hoffentlich entschuldigt werden.

D. L., Gardist vom grossherzoglich hessischen Inf. Regiment No. 1, 24 Jahr alt, kam am Abend des 8. September mit 98 anderen meist Ruhrkranken aus benachbarten Ortschaften nach St. Marie. Nach dem ihm mitgegebenen kurzen Krankheitsbericht war er bereits am 26. August in ein anderes Lazarett aufgenommen worden mit der Diagnose: „Dysenteria maligna.“ Vom 2. September ist notirt: „Häufige und blutige Diarrhoe, grosse Uebelkeit, lahmer (?) Puls, grosse Mattigkeit; Tannin, Opium, Rothwein.“ Am 3. Septbr.: „Besser, grosse Schwäche;“ am 7. Septbr.: „Besser.“

Am 10. war der Status folgender: Ziemlich kräftiger, sehr abgemagerter Mann mit klarem Sensorium, antwortet aber nur ungern und zögernd, mit schwacher Stimme und klagt nur über grosse Mattigkeit. Hauttemperatur dem Gefühle nach mässig erhöht, überall gleichmässig vertheilt, kein Exanthem, keine Drüsenanschwellungen. Leib nicht aufgetrieben, auf Druck kaum empfindlich, Percussionsschall überall laut, tief, tympanitisch, Leber- und Milzdämpfung normal. Die Untersuchung der Brustorgane ergibt hinten links vom unteren Winkel des Schulterblattes ab mässig gedämpften Schall, verstärkten Fremitus und Knisterrasseln, sonst überall normales Verhalten. Herztöne schwach, rein, 2ter Pulmonalarterienton kaum verstärkt. Radialarterie von geringer Weite, äusserst geringer Spannung. P. 96. Zunge

¹⁾ v. Graefe, in seinem Arch. XII. 2, 174.

²⁾ Hirschler, Arch. f. Ophth. IV. 1, 113.

schleimig belegt. Gestern und heute sollen mehrere dünne, anscheinend bluthaltige Stühle¹⁾ gewesen sein. Urin und Sputum nicht vorhanden. Am 13. klagte Pat. über Luftmangel, Husten und Schmerzen in der linken Seite. Die Dämpfung hinten links hat an Intensität zugenommen, daselbst bronchiales Athmen und ziemlich kleinblasiges klingendes Rasseln, auch rechts unterhalb des Schulterblattes Dämpfung, bronchiales Athmen und verstärkter Fremitus. Kein Sputum. Puls 108. Diarrhoe dauert fort.

14. Septbr. Grosse Schwäche, heisse Haut, bedeutende Dyspnoe, Pat. liegt vorzugsweise auf dem Rücken mit Neigung nach links, Expectoration sehr mühsam, hinten unten beiderseits Dämpfung, Bronchial-Athmen und reichliches zum Theil klingendes Rasseln. Auswurf sehr wenig, zäh, rostfarben. Puls 108. Diarrhoe unverändert.

15. Sept. Schwäche zunehmend, hohes Fieber, hat gestern Abend und heute Nacht delirirt; am Thorax hinten links von oben bis zur Mitte des Schulterblattes schwaches unbestimmtes Athmen und klangloses mittelgrossblasiges Rasseln ohne deutliche Dämpfung, weiter abwärts, ebenso wie rechterseits unverändert, ebenso Diarrhoe. Puls 108, Resp. 32.

17. September. Heute früh wird ein ausgedehntes Emphysem der Haut, wovon gestern Abend noch Nichts zu sehen war, bemerkt. Dasselbe soll nach Aussage des Pat. ganz plötzlich in der Nacht, als er wiederholt und sehr stark nach dem Wärter gerufen habe, von der linken Gesichtseite aus entstanden sein, wobei er einen Schlag bis nach dem Ohr hin gespürt habe. Das Emphysem erstreckt sich über beide Seiten des Gesichts, Halses, über die Brust bis zur Mitte des Bauches, fast über den ganzen Rücken und den linken Arm bis zur Hand. Percussion und Auscultation sind in Folge davon nicht ausführbar. Im Uebrigen ist der Zustand wenig verändert.

18. September. Zunehmender Collaps, hohes Fieber, Diarrhoe, Emphysem, wie gestern. Sputum sehr sparsam, dünnflüssig, von Farbe einer Pflaumenbrühe, nicht übelriechend. Radialart. eng, von geringer Spannung. Puls 120. Das Sensorium, welches gestern ziemlich benommen war, ist heute etwas klarer.

19. September. Das Emphysem setzt sich auch über die ganze rechte Oberextremität fort und über den Bauch bis nahe an die Schenkel. Subjectives Befinden etwas besser, Diarrhoe mässiger, ebenso der Husten, Dyspnoe unverändert, geringe Cyanose des Gesichts. Auswurf nur etwa einen Esslöffel voll betragend, grünlich gelb, dünnflüssig, ohne üblen Geruch. Puls 120. Nachmittags: Kälte der Extremitäten, Collapsus, Abends 11 Uhr Tod.

Die Behandlung war von Anfang an roborirend gewesen, soweit der zur Verfügung stehende Arzneivorrath dies gestattete; Ipecacuanha, Valeriana und China zum Theil in Verbindung mit Opium waren innerlich angewandt worden, daneben Stärkeklystiere mit Arg. nitr., möglichst gute Diät und Wein.

Die 12 Stunden nach dem Tode vorgenommene Section ergab: Starke Leichenstarre, auffallend wenig Todtenflecke, etwas nicht blutigen Schaums vor dem Munde,

¹⁾ Ihre Beschaffenheit konnte nicht näher festgestellt werden, da die Nachtgeschirre und Stechbecken immer Chlorkalk oder ein anderes Desinfectionsmittel enthielten.

Emphysem der Haut, deutlich knisternd, über den ganzen Rumpf, beide Oberextremitäten, jedoch schwächer über die rechte, verbreitet, in geringem Maasse auch noch auf der oberen Hälfte des rechten Oberschenkels. Eine äussere Verletzung ist nirgends vorhanden.

Herz in normaler Lage, Mediastinum nicht emphysematös, im Herzbeutel etwa vier Unzen klarer gelblicher Flüssigkeit, Herzfleisch schlaff, aber von gesundem Aussehen, im rechten Ventrikel wenig dunkles Blut und ein starkes derbes speckiges Gerinnsel, sonst im Herzen nichts Abnormes. Rechte Lunge frei von Adhäsionen, zeigt in ihrem unteren äusseren Theil zarte, gelbe Faserstoff-Auflagerungen, ein grosser Theil des unteren Lappens ist derb, luftleer, grauröthlich hepatisirt, im Uebrigen ist die Lunge gesund und mässig blutreich. Linke Lunge mit Ausnahme der Spitze adhärenz durch vorn leichter, hinten schwerer trennbare Adhäsionen. Beim Versuche, diese zu trennen, gelangt das Messer auf der hinteren Seite des Unterlappens in eine grosse Höhle, aus welcher sich zwei bis drei Esslöffel graugelblicher eitriger Flüssigkeit entleeren. Die Lunge wird nun mit Zurücklassung der der Umgebung der Höhle angehörigen Adhäsionen, in der Gegend der 9. bis 11. Rippe, herausgenommen; die erwähnte Eiterhöhle ist von der Grösse einer Faust und hat vielfache nach oben und unten in die Substanz des Lappens hineinziehende Ausbuchtungen, sie ist stellenweise mit einer derben Pyogen-Membran ausgekleidet und wird von einzelnen Parenchymsträngen durchsetzt. Das die Abscesshöhle umgebende Lungengewebe ist grau hepatisirt, auf der Schnittfläche quillt ein grauer, wenig Luft haltiger, eitriger Schleim hervor. Der obere Lappen ist stark ödematös, übrigens gesund. Die Schleimhaut der grösseren Bronchien beider Lungen stark mit Schleim bedeckt, zeigt lebhafte Injection, ebenso diejenige des Larynx. Schleimhaut des Oesophagus blass, im Uebrigen unversehrt. Nach vollständiger Entleerung der Brusthöhle zeigt sich die linksseitige Rippenpleura stark injicirt, fast in ihrer ganzen Ausdehnung verdickt, an vielen Stellen mit einem faserstoffigen Belag versehen. Zwischen der 9. und 11. Rippe $1\frac{1}{2}$ bis 2 Zoll von der Wirbelsäule finden sich zwei oder drei blutig suffundirte Stellen von je etwa $\frac{3}{4}$ Zoll im Durchmesser und in ihrer Umgebung eine Anzahl ganz besonders fester, warzenartiger Auflagerungen, zwischen welchen, wie es scheint, einzelne ganz kleine Perforationen der Pleura sich befinden. Da ihre Erkennung von hier aus sehr schwierig war und ausserdem leicht künstliche Durchbohrungen gemacht werden konnten, so wurde vom Rücken aus vorsichtig durch die Haut, Fascien und Muskeln bis auf die Pleura vorgedrungen und ausser emphysematöser Beschaffenheit des Zellgewebes nur zwischen der 10. und 11. Rippe die tiefste, der Pleura zunächst gelegene Muskelschicht in geringer Ausdehnung graugelblich verfärbt und anscheinend eitrig infiltrirt gefunden, während die benachbarten Muskelschichten ein normales Aussehen hatten. Grössere Durchbruchsstellen der Pleura waren sicher nicht vorhanden, mit einer feinen Sonde gelang es allerdings ohne Anwendung von Gewalt in die Pleurahöhle zu kommen, doch war das Gewebe derselben so morsch, dass man zweifelhaft sein konnte, ob die Durchtrittsstelle der Sonde wirklich der im Leben vorhanden gewesen Perforation entsprach.

In der Bauchhöhle keine Flüssigkeit, Peritoneum glatt und glänzend. Der Dickdarm enthält in seinem oberen Theile eine mässige Menge dünner, gelber

Kothmassen und zeigt eine etwa eine Handbreit vom Coecum beginnende inselförmige, den Querfalten entsprechende Röthung und Schwellung der Schleimhaut, welche nach unten hin allmählich an Intensität zunehmend am stärksten in der Flexura sigmoidea ausgesprochen ist. In diesem zeigt die Schleimhaut 4 bis 6 unregelmässige, kleine, mit eitriger Schmiere bedeckte flache Substanzverluste. Die zwischen den über 1 Linie hohen rothen geschwollenen Querfalten liegende Schleimhaut ist blass, auf dem Durchschnitt verdickt, ebenso die Muscularis; die Serosa unversehrt. Die Lymphdrüsen an der Rückseite des Colons bohnenförmig, blassrosenroth auf dem Durchschnitt, die am Rectum etwas grösser, sonst ebenso beschaffen. Die übrigen Organe der Bauchhöhle sind blutarm und bieten sonst nichts bemerkenswerthes.

Schädelhöhle nicht geöffnet.

Die linksseitige Lungenentzündung hatte sonach den Ausgang in Abscessbildung genommen, die äussere Wand desselben war mit der Rippenpleura verwachsen und endlich war diese an einer oder mehreren Stellen durchbrochen worden aber mit ganz feinen Oeffnungen, die wohl der Lungenluft den Durchtritt gestatteten, nicht aber dem flüssigen Inhalt der Höhle, oder höchstens nur ganz minimale Mengen davon durchsickern liessen. Bei längerer Dauer wäre es vielleicht auch zum Durchbruch des Eiters gekommen. Es ist wohl möglich, dass der Durchbruch der bereits auf's äusserste verdünnten Stelle durch das angestrenzte Schreien, worauf der Kranke die Schuld schob, beschleunigt worden. Er selbst hat die Auftreibung zuerst im Gesicht bemerkt, weil er bei seiner Lage die Entstehung auf der linken hinteren Thoraxseite nicht gut wahrnehmen konnte.

Während des Lebens war dieser Ausgang, wie man wohl begreiflich finden wird, nicht erkannt worden. Dass das Emphysem nur von einer Continuitätstrennung des Lungenparenchyms oder der Bronchien ausgehen konnte, ging aus den Erscheinungen am Respirationsapparat wohl hervor; auch konnte die von einigen Collegen ausgesprochene Vermuthung, dass eine „tuberculöse“ Caverne geboresen sei, mit ziemlicher Bestimmtheit ausgeschlossen werden, da sich die Lungenspitzen gesund erwiesen und Patient, wiederholt befragt, auf's bestimmteste versicherte, früher immer gesund und ganz frei von Husten gewesen zu sein. Für den Ausgang in Brand, welchen man bei dem durch die vorangegangene Ruhr bereits sehr erschöpften Kranken allenfalls hätte erwarten können, boten die Sputa keinen Anhaltspunkt. Die mikroskopische Untersuchung, welche allein vielleicht bestimmten Aufschluss hätte geben können, konnte in Ermangelung eines Mikroskopes nicht gemacht werden.

9.

Eine Bitte.

Von Dr. F. A. Hartsen.

In fast jeder Epoche der Geschichte begegnen wir Erzählungen von Wunderheilung, und die Quelle solcher Erzählungen ist so wenig erschöpft, dass sie uns