

spirirte Luft werden stinkend und indem sich unter solchen Umständen die Athmungsinsufficienz immer mehr steigert, tritt durch Lungenödem der Tod ein.

Aus der schon oben gepflogenen Erörterung glaube ich mit Bestimmtheit folgern zu können, dass der cholesterinreiche Auswurf in ähnlichen Fällen (die sich freilich sehr selten ereignen dürften) als ein höchst werthvolles diagnostisches Hülfsmittel zu betrachten ist.

Würzburg, am 14. Mai 1859.

5.

Canceroid des linken Oberkiefers.

Von Dr. C. Reinhardt zu Mühlhausen in Thüringen.

Gerichtssecretär P., 50 Jahre alt, von mittlerer Grösse, gracilem Habitus, mässiger Lebensweise, ist öfter und nicht unbedeutend krank gewesen. Vor etwa 16 Jahren bemerkte er zuerst eine Unwegsamkeit der linken Nasenhöhle, die Anfangs einem sich dort bildenden Polypen zugeschrieben wurde. Curversuche wurden jedoch gegen diese Beschwerde nicht gemacht. Im Jahre 1854 litt P. an einem Axillarabscess, der durch lange Eiterung denselben ausserordentlich herunterbrachte. 1856 befiel ihn eine Pneumonie mit typhösem Charakter. 1857 Anschwellung eines Testikels, die durch Jodtinctur bald beseitigt wurde. Im Mai 1858 bildete sich zuerst eine Communication zwischen Highmors- und Mundhöhle und zeigten sich harte Granulationen auf der Mundschleimhaut. P. unternahm eine Reise nach Göttingen, um Hofrath Baum zu consultiren. Prof. Förster untersuchte damals die Geschwulst mikroskopisch und sprach den cancroiden Charakter derselben aus. Hofrath Baum ordnete eine Behandlung mit Chlorzink an, die längere Zeit fortgesetzt wurde.

Im Juni hatte ich Dr. Mankiewitz, dessen Güte ich diese krankheitsgeschichtlichen Data verdanke, während dessen Abwesenheit einige Wochen zu vertreten und gewann dadurch selbst eine Anschauung der Krankheit in diesem Stadium. Der damalige Zustand war folgender:

Im Alveolarrand des linken Oberkiefers fehlten die hinteren Backenzähne und statt derselben zeigte sich eine etwa 3 Mm. lange und 2 Mm. breite Oeffnung, deren grösserer Durchmesser dem Alveolarrande entsprach. In dieselbe eingesogenes Wasser konnte durch die Nase wieder entleert werden. Die durch sie eingeführte Sonde drang ohne Hinderniss in die Highmorshöhle und konnte in derselben frei bewegt werden.

Dieser Crater war mit härtlichen, blassen Granulationen besetzt, die stellenweise durch das Chlorzink ulcerirt waren und die ich am besten mit den Papillen einer Ochsenzunge vergleichen möchte. Dieselben waren unempfindlich und liessen

sich auch ohne Schmerz und ohne Blutung oberflächlich abtragen. Neben dieser Oeffnung nach der Mittellinie zu fanden sich mehrere Stellen von ganz ähnlichem Habitus, wie eingesprengt in die umgebende gesunde Schleimhaut, deren grösste etwa den Umfang eines Silbersechlers hatte. Die benachbarten Lymphdrüsen waren nicht geschwollen. Das Allgemeinbefinden war noch leidlich; P. war auf und ging noch seinen Berufsgeschäften nach.

Die Aetzung, die mittelst Auftragens einer Cancoinschen Paste bewerkstelligt wurde, wurde jedoch nicht länger ertragen. Es trat ein rapides Fortschreiten der Neubildung und Zerfall der älteren Partien ein. Mehr um den Wünschen der Angehörigen zu genügen, als in der Hoffnung, der Krankheit Einhalt zu thun, wandte Dr. Mankiewicz im September Tinctura Fowleri und ein Fontanell an. Am 2. October bemerkte derselbe zuerst Paralyse des l. Facialis und Amblyopie des l. Auges. Im November wurde eine Zittmannsche Cur unternommen, dann Ferrum carbonicum einige Zeit gebraucht. Am 23. Januar zeigte sich vollständige Paralyse des Oculomotorius.

Bei schon sehr fortgeschrittenem Uebel wurde am 1. Februar eine Reise nach Berlin unternommen, um Geheimrath Langenbeck's Hilfe in Anspruch zu nehmen, die jedoch natürlich nicht gewährt werden konnte.

In der Nacht vom 2ten auf den 3. April machte eine profuse Blutung, die zwar temporär stand, aber öfters wiederkehrte, dem jammervollen Dasein ein Ende.

Obduction.

Die Neubildung hatte das ganze linke Gaumenbein, den linken Oberkiefer mit Ausnahme des Nasen- und Jochfortsatzes, der Orbitalfläche, den absteigenden Flügel des Keilbeins ganz, den grossen theilweise zerstört, so dass sich eine Höhlung gebildet hatte, etwa von der Grösse einer reifen Pomeranze, die nach unten in die Mundhöhle mündete, nach der Mitte vom Vomer, nach aussen von der Wangenhaut, nach oben zunächst von der erhaltenen Basis der Orbita, dann mehr nach hinten, da die Basis der mittleren linken Gehirngrube fehlte von der Dura mater, die schon einen Theil der Geschwürsfläche bildete und mit Geschwulstmasse besetzt war, begrenzt wurde. Diese Höhlung bildete eine Geschwürsfläche von zerfallenden Geschwulstmassen bekleidet, von gelbgraulicher Farbe und unebenem Grunde. Nach der Gegend der Carotis cerebialis hin waren einige kleinere Blutgerinnsel sichtbar.

Die Ablagerung der Neubildung ging jedoch weit über die Grenzen der Zerstörung hinaus. In dem Unterhautzellgewebe der linken Wange befanden sich zahlreiche Ablagerungen, die dieselbe stellenweise bis zu 1 Zoll verdickten. Merkwürdiger Weise waren jedoch die Lymphdrüsen des Halses verschont. Das rechte Oberkieferbein zeigte sich ebenfalls in seinem grössten Theil von Neubildung durchdrungen. Der Gaumenfortsatz liess sich mit dem Messer mit Leichtigkeit schneiden; in dem wachswweichen Alveolarfortsatz liessen sich die Zähne hin und her biegen.

Die Knochen der Schädelbasis waren in grosser Ausdehnung von Caries ergriffen. Sie waren missfarbig, von braunröthlicher Jauche durchtränkt, die schwammige Substanz rareficirt. Am stärksten war der Türkensattel ergriffen. Die hintere Lehm war von der herüberwachsenden Geschwulst umhüllt und theilweise zum Schwund gebracht; der Keilbeinkörper war so erweicht, dass man ihn mit dem

Messer schneiden konnte; von ihm erstreckte sich die Caries rechts bis zur Felsenbeinpyramide, nach hinten bis gegen das Hinterhauptsloch in der Mittellinie; links fehlte die Basis der mittleren Hirngrube vollständig; der Pyramidentheil des Felsenbeins war zur Hälfte cariös, nach vorn griff der Prozess sogar in die vordere Gehirngrube ein.

Was das Gehirn und seine Häute betrifft, so erwies sich die Dura mater verdickt, injicirt, mit zahlreichen, straffen, kurzen Adhäsionen besonders nach vorn an das verdickte, sclerosirte Schädeldach angeheftet. Pia mater und Arachnoidea zeigten keine Abnormitäten. Das Gehirn, gross, von normaler Consistenz, war anämisch, die Ventrikel normal. Der mittlere Theil der linken grossen Hirnhemisphäre war im Umfang eines Silbergroschens an die Dura mater geheftet, die an dieser Stelle, wie schon bemerkt, die Decke der Höhle bildete, und der Sitz eines bohnergrossen Abscesses.

Von den Gehirnnerven war Opticus und Olfactorius normal. Der I. Oculomotorius war im letzten Theil seines Verlaufes in die Geschwulstmasse eingebettet. Bei seinem Eintritt in dieselbe verschmälerte er sich etwa um die Hälfte, dann drängte sich die Geschwulst zwischen seine Fasern, in der er später ganz unterzugehen schien. Den Quintus umgab ebenfalls eine Ablagerung von Bohnengrösse an seiner Durchtrittsstelle durch die Dura mater. Der Trochlearis war verdickt vor seinem Verlassen der Schädelhöhle und zeigte schon früher einige ockerfarbige Streifen, die unter dem Mikroskop sich als körniges Pigment in Gewebstrümmer eingelagert zeigte. Die Primitivfasern jenseits der Compressionsstelle erschienen beim Oculomotorius, dessen Verlauf leichter verfolgt werden konnte, etwa um ein Dritttheil verschmälert, sehr blass mit zahlreichen oft perlschnurartig aufgereihten Fetttropfen. — Facialis und Acusticus sowie die übrigen Hirnnerven waren innerhalb ihres Verlaufs in der Schädelhöhle normal und wurden nicht weiter verfolgt. Den ersten traf die lähmende Ursache also erst später und wahrscheinlich im Felsenbein.

Die I. Carotis cerebialis war vollständig in die Geschwulstmasse eingebettet. Sie enthielt kleine atheromatöse Ablagerungen. Neben einer solchen in der Nähe des Türkensattels befand sich ein atheromatöses Geschwür mit einer erbsengrossen Perforation nach der Höhle zu.

Die mikroskopische Untersuchung ergab Folgendes:

Der Charakter des auf der Schnittfläche körnigen, festen Carcinoms war der epitheliale und zwar fand sich derselbe in allen Theilen der Geschwulst. Die Anordnung der nichts Auffallendes bietenden Epithelialzellen liess die Nesterbildung jedoch an den meisten Stellen vermissen; manche Schnitten boten ganz den Habitus des Pflasterepithels. Neben den in lebhafter Vermehrung begriffenen Zellen erschienen Kerne und Körnchen und ein sehr spärliches Bindegewebsgerüst. Auch in den von Caries ergriffenen Knochen erschienen hier und da, je näher nach dem Herde der Krankheit zu, desto reichlicher Ablagerungen von Epithelialzellen und Kernlager. Die Fettzellen des Markes waren grossentheils zu Grunde gegangen, doch wollte es manchmal scheinen, als ob sie sich theilweise auch in Cancroidzellen verwandelt hätten. Man erblickte nämlich Haufen von sehr blassen, zarten

Zellen mit kleinen Kernen, auf die Aether keine Wirkung mehr ausübte, die ihrem Habitus nach zwischen Epithelial- und Fettzellen in der Mitte zu stehen schienen. Die Section der übrigen Körperhöhlen war nicht gestattet.

Epikrise.

Der vorliegende Fall regt zu mehreren Betrachtungen an.

1. Erweist er wieder schlagend, dass keine neuroparalytischen Entzündungen existiren. Der 1. Trigeminus vollständig comprimirt und doch das 1. Auge nur ein wenig kleiner als das andere, sonst ganz normal. Unser Fall ist gewissermaassen das Snellensche Experiment, der das Ohr den Kaninchen vor das Auge nähte und dadurch die Augenentzündung nach Quintusdurchschneidung verhütet, auf klinischem Wege wiederholt. Das obere Augenlid war wegen Oculomotoriuslähmung unbeweglich, allerdings auch unempfindlich und schloss das Auge fortwährend.

2. Der langsame Verlauf zeigt den eigenthümlichen Standpunkt des Cancroids zwischen gutartigen und bösartigen Geschwülsten. Nach einem verhältnissmässig geringen Fortschreiten während 15 Jahren tritt eine ausserordentliche Beschleunigung des Verlaufs mit massenhafter Vermehrung der Ablagerungen auf, nachdem ein Aetzungsverfahren eingeleitet war. Ein Beweis, wie wenig gerade diese Geschwulstform kleine reizende Eingriffe verträgt. Dabei aber bestanden doch, wie wenigstens die nicht infiltrirten Lymphdrüsen des Halses zu beweisen scheinen, keine secundären Ablagerungen in anderen Organen.

6.

Ein Fall von Chloroformtod.

Von Dr. Louis Büchner in Darmstadt.

Photograph T. in Darmstadt, 40 Jahre alt, heftigen Charakters und sehr begabt, dabei geistig ganz gesund, bekam vor 6—7 Jahren plötzlich Anfälle von Gallensteinikolik. Dieselben wurden durch Gaben von Morphinum beseitigt oder gelindert. Diese Gaben mussten nach und nach derart gesteigert werden, dass nach Verlauf von zwei Jahren der Kranke jeden Tag durchschnittlich zwölf Gran Morphinum verbrauchte, welches er, da ihm die ärztliche Verordnung zuletzt verweigert worden war, direct aus der Fabrik bezog, selbst abwog u. s. w. Hatte er kein Morphinum genommen, so gerieth er in einen Zustand von Unbehaglichkeit, Aergerlichkeit, Unlust, Unfähigkeit zur Arbeit. Hatte er welches genommen, so konnte er seine Geschäfte besorgen, litt aber zugleich an einem Zustand grosser geistiger Erregtheit und Ueberspannung, der ihn veranlasste, sich mit den höheren Fragen der Religion und Philosophie zu beschäftigen und ihm den Glauben einflusste, dass er des Wesens Urgrund erfasst habe, direct mit Gott verkehre, dass er fliegen könne und nichts mehr zu essen und zu arbeiten brauche. Eine Zeitlang reducirte er auf Zureden des Arztes und seiner Freunde seinen Morphinum-