

Mémoire sur l'urétrotomie externe ou périnéale (opération de la boutonnière), comme méthode de traitement des rétrécissements organiques de l'urètre / présenté à l'Académie des Sciences par le professeur C. Sédillot.

Contributors

Sédillot, Charles-Emmanuel, 1804-1883.
Académie des sciences (France)
University of Glasgow. Library

Publication/Creation

[Paris] : [Imprimé par E. Thunot et Ce.], [1854]

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/adu3dmgr>

Provider

University of Glasgow

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The University of Glasgow Library. The original may be consulted at The University of Glasgow Library. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>





Ueber

XI
Chente (13)
*copy from recd
anphile*
cterus typhoides.

Von

Prof. Dr. H. Lebert.

Zweiter Theil.

Berlin.

Gedruckt bei Georg Reimer.

1855.

eternus typoides.

Profr. H. H. Robert.

Necker Thell

Berlin
Gebäude des Grossen Rathes
1857

Krankengeschichten und Bemerkungen über das Wesen der Krankheit.

Es ist um so nothwendiger, diesen allgemeinen Theil mitbringung einiger wichtigen Krankheitsgeschichten anzufangen, einerseits die Materialien sehr zerstreut sind und andererseits von Horaczek gesammelten Beobachtungen nur ein höchst unvollständiges Bild der Krankheit geben.

Erste Beobachtung.

Scheinbar einfacher Icterus während fünf Tage, plötzliches Auftreten von Delirien, welchen bald Trismus und Coma folgt. — Am 7ten Tage. — Schwarze blutige Flüssigkeit im Magen und Intestinum; gelbe Färbung der Leber mit nur geringer Volumenabnahme, zahlreiche Ecchymosen im Peritonäum, der Pleura und dem Pericardium.

Susette H. von Winterthür, Dienstmagd in Zürich, 20 Jahre alt, kräftig gewachsen, von mittlerer Grösse, gut genährt, tritt am 17. Februar 1854 in das Zürcher Spital ein. Sie sagt nur, dass sie bis zum Anfang ihrer jetzigen Krankheit ein leichtes und vorübergehendes Unwohlsein abgerechnet, stets wohl befunden sei. Erst seit kurzer Zeit in Zürich, hatte sie früher in Winterthür als Magd in einem Wirthshause einen schweren Dienst. Ueber den etwaigen Einfluss von Arbeit und Gemüthsbewegung haben wir Nichts erfahren.

Am 12. Februar erkrankte sie nach einem Frostanfalle, auf welchen grosse Schüttelfröste und Hinfälligkeit folgte, und gleich war der Appetit vollkommen verloren und die Kranke war von beständigem Ekel und Brechneigung geplagt.

Am 14. Februar zeigte sich eine icterische Färbung, zuerst im Gesicht, welche sich dann bald auf den übrigen Körper ausdehnte und einen mittleren Intensitätsgrad erreichte. Die Kranke konnte am Tage ihrer Aufnahme noch gehen, war Fuss ins Spital gekommen, mit aufrechtem, nichts Besonderes darbietendem Gange vor der Aufnahmscommission erschienen, jedoch war schon vor ihrem Eintritt in den Krankensaal eine gewisse Mattigkeit auffallend. Sie geht mit gesenktem Haupte und halbgeschlossenen Augen. Bei dem Abendbesuch gab die Kranke dem Assistenzarzte, Hrn. Dr. Ernst, guten Bescheid, und die genaue Untersuchung ergab Symptome eines gewöhnlichen Icterus mittlerer Intensität. Jedoch schon am Abend um 9 Uhr soll die Kranke, nach Aussage der Wärterin, angefangen haben beständig zu deliriren, wobei sie von Zeit zu Zeit einen heftigen Schrei ausstieß und unruhig war, dass sie sogar einmal aus dem Bette sprang. Bevor diese Delirien eingetreten waren, hatte die Kranke eine vermehrte Schlafsucht gezeigt, die Augen waren geschlossen, aber man konnte sie leicht aus diesem soporösen Zustand wecken; sie antwortete alsdann vernünftig und auch die Augen konnte sie öffnen und diese reagierten normal gegen Lichtreiz. In der Nacht vom 17ten auf den 18ten wechselten Sopor und Delirien ab; sie stöhnte dabei bei jedem Athemzuge. Der Puls hatte sich zwischen 70 und 80 erhalten, die Zunge war trocken, gelblich belegt, die Lippen trocken und schuppig, eher blass, die Wangen ziemlich scharlachroth und so mit der icterischen Färbung sehr contrastirend, übrigens hatte die Haut war trocken. Die Untersuchung der Brust ergiebt nichts Abnormes, einen sehr intensen Herzstoss abgerechnet. Die Systole ist bedeutend über die Diastole überwiegend. Leber und Milz zeigen sich in ihren Durchmessern weder vergrößert, noch verkleinert; hingegen ist die Gegend derselben auf Druck empfindlich; der Leib ist klein, weich, schmerzlos, nirgends Petechien oder Roseolen.

Als ich am 18. Februar Morgens die Kranke klinisch vorstellen und untersuchen wollte, lag sie ganz bewusstlos da, stieß alle 3 bis 5 Minuten fürchterliche Schreie aus, hatte die Augen fest geschlossen, und sobald man die Augenlider auf die Höhe hob, wobei die Pupillen sehr erweitert und auf Lichtreiz wenig reagirbar gefunden wurden, schloss sie dieselben schnell wieder. Auf die gestellten Fragen erfolgte keine Antwort; nur mit Mühe konnte man die Kranke dazu bewegen, die Zunge herauszustrecken, was auch nur unvollkommen geschah, wobei dieselbe dick gelblich belegt und an der Spitze und den Rändern etwas geröthet zu sein schien. Verschiedene Reizungsversuche, Bespritzen des Gesichts mit kaltem Wasser, Rütteln der Kranken, selbst Einathmen von Salmiakgeist erweckte sie nicht aus ihrem Coma. Sie wälzte sich dann nur bald auf die eine, bald auf die andere Seite und stieß von Zeit zu Zeit einen Schrei aus. Der Puls war um 9 Uhr Morgens noch 70—80, weich, mässig voll, aber leicht zusammenzudrücken, die Hauttemperatur war normal, der Urin dunkelbraun. Die vorgenommene Untersuchung der Brust ergab das gleiche Resultat, wie an den vorhergehenden Tagen. Auffallend war es mir, dass von Zeit zu Zeit der Puls sich beschleunigte. Ich verließ dieses Bett und besuchte die Kranke nach beendigter Klinik wieder. Der Puls hatte sich schon bedeutend beschleunigt, zeigte 110 Schläge in der Minute, die Pupillen waren weit und starr, das immer ausgesprochenere Coma war nur

zu Zeit durch Schreien und Seufzen unterbrochen. Während ich die Kranke untersuchte, schwankte der Puls zwischen 110 und 124. Es wurde ein Ablass verordnet, welcher aber trotzdem, dass Herr Dr. Ernst ihn selbst, und durch dessen Geschicklichkeit gemacht hatte, nur 4 Unzen eines dicken, kirschbraunen, nicht fliessenden Blutes ergab, welches auch in dem Geschirr nur unvollkommen war. Innerlich wurden zweistündlich 2 Gran Calomel verordnet, ferner Sinapismen auf die unteren Extremitäten. Im Laufe des Tages blieben die Erscheinungen die gleichen, der Puls wurde kleiner und häufiger und war Abends um 11 Uhr auf 140 Schläge in der Minute gestiegen, das Schreien wurde häufiger und meistens bei der geringsten Berührung, welche der Kranken sehr schmerzhaft zu erscheinen. Von Zeit zu Zeit zeigte sich Brechreiz, jedoch kam es nicht zu wirklichem Erbrechen. Der Harn war nur in geringer Menge im Lauf des Tages gewonnen worden und zeigte Gallenfarbestoff. Schon am Abend des 18ten stellte sich heraus ein, so dass die untere Zahnreihe ganz hinter die obere gepresst wurde und das Oeffnen des Mundes unmöglich war. Die Patientin konnte nicht schlucken. Die Schläfe gesetzte Blutegel blieben ohne alle Erleichterung. Vom Nachmittag des 18ten an wurde kein Harn mehr gelassen, auch Stuhlgang trat nicht ein. Da nichts genommen werden konnte, wurden Sinapismen auf die Magengegend und grosse Vesicatorien in den Nacken und an die Schenkel gelegt, allein ohne Erfolg. Der comatöse Zustand wurde immer mehr vorherrschend, und so kam am 19. Februar, Morgens 5 Uhr, der Tod ein. Auffallend war in den letzten Tagen die energische Herzthätigkeit. Obgleich durch Percussion nicht auf ein festes Herz geschlossen werden konnte, so war der Herzstoss doch stark, man nahm aber nur die Systole, welche auch von Zeit zu Zeit und immer häufiger aussetzte; die Frequenz war auf 140—150 gestiegen.

Leichenöffnung 29 Stunden nach dem Tode, bei $+2-3^{\circ}$ R.

Die Nervencentra bieten keine bedeutenden Veränderungen dar. Die *Dura mater* ist gelb gefärbt, die Arachnoidea und *Pia mater*, sowie die Oberfläche des Gehirns, leicht hyperämisch, ihre Venen, sowie die Sinus, mit dickem, schwarzem Blut gefüllt. Die Meningen sind im Ganzen trocken. Die Gehirnssubstanz zeigt Capillarhyperämie und überall gute Consistenz. Es findet sich nur sehr wenig Flüssigkeit in den Seitenventrikeln. Die Centraltheile des Gehirns haben weniger feste Consistenz, als die übrige Marksubstanz, jedoch nirgends zeigt sich eigentliche Erweichung. In der *Medulla oblongata* und dem kleinen Gehirn findet sich ebenfalls nicht Abnormes.

Im Thorax sieht man vor Allem an der Oberfläche des Herzens, besonders hinten, viele kleine Ecchymosen. Sowohl in der Pleura, wie im Pericardium findet sich sehr wenig Flüssigkeit. Auch an der Pleura zeigen sich Ecchymosen. Die Schleimhaut der Trachea ist mit zähem, schaumigem Schleim bedeckt, und in diesem sind auch viele kleine Petechien. Die Lungen sind blutreich, an ihrer Oberfläche mit Petechien übersät. Der reichliche Schaum in den Bronchien zeigt icterische Färbung. Das rechte Herz ist mit dünnflüssigem Blut gefüllt, und an der Tricuspidalklappe sind wenige gallertartige Gerinnsel; das ganze Endocardium ist icterisch gefärbt. Die Muskulatur ist dünn, blass, das Aussehen wie

bei Fettdegeneration darbietend. In dem einen Centimeter dicken, festen, linken Ventrikel mit normaler Muskulatur befinden sich nur kleine, lockere Blutgerinnsel. Die Klappen sind normal. Die Aorta ist icterisch gefärbt. In einzelnen Bronchialdrüsen zeigen sich Spuren von Tuberculosis. In der Bauchhöhle finden wir ganz besonders zahlreiche Ecchymosen im ganzen Verlaufe des Peritonäums, sowohl subperitonäalen, als auch im retroperitonäalen Zellgewebe.

Die Leber zeigt eine nur unbedeutende Volumsverminderung, wenn überhaupt eine solche anzunehmen ist. Sie hat 24 Centimeter grösster Breite, 18 Centimeter Höhe im rechten, 11 im linken Lappen, 5 Centimeter Dicke im rechten, 18 Millimeter in dem überhaupt nicht sehr entwickelten linken. Die ganze Oberfläche des rechten Leberlappens ist mit Ecchymosen bedeckt, welche eine dunkelbläuliche Färbung darbieten und die sich mehrere Millimeter tief in das Leberparenchym erstrecken. Auch das Zellgewebe um die grossen Lebergänge herum zeigt zahlreiche kleine Blutextravasate. Die Leber selbst ist überall icterisch, ihre Consistenz zähe und fest. Sie enthält eine geringe Menge hellrothen Blutes. Man erkennt deutlich eine abwechselnd gelbe und braune Farbe. Die Schleimhaut der Gallengänge und der Gallenblase ist normal; diese enthält eine geringe Menge dunkelgrüner Galle. Die Mündung des *Ductus cysticus* in die Gallenblase scheint spastisch contrahirt und ist für die Sonde undurchgänglich; jedoch zeigt sich weder ein Schleimpfropf, noch eine organische Veränderung; auch nirgends eine Concretion. Der *Choledochus* und der *Ductus hepaticus* in seinen Wurzeln sind vollkommen durchgängig; auch auf ihrer Schleimhaut zeigt sich nicht die Spur eines Catarrhs. Der wenige Linien lange, undurchgängige Theil des *Ductus cysticus* ist gerundet und contrahirt, besonders im Vergleich mit den übrigen Gallengängen. Auffallend ist die blassere Entfärbung des *Ductus cysticus* und des *choledochus*, während der *hepaticus* noch gallige Färbung fortbesteht. Die Pfortader ist überall normal, fallend blutleer. Die Milz ist nicht vergrössert; sie hat 14 Centimeter Länge, 7 Centim. Breite, 2 Centim. Dicke; ihre Consistenz gut, ihre Färbung hellroth; sie ist durchaus nicht von Blut strotzend. Die Nieren sind normal, ihr Parenchym ist icterisch, ziemlich blutreich. Im Zellgewebe um die Gefässe der rechten Niere herum befinden sich kleine hämorrhagische Heerdchen. — Der Pharynx und Oesophagus bieten nichts Abnormes dar. — Der Magen und das Duodenum sind mit einer schwärzlichen, zähen Masse gefüllt, in welcher das Mikroskop ausgelagerte Blutkörperchen, verändertes Hämatin und viele Epithelien nachweist; die Schleimhaut ist normal. — Die im unteren Theil des Darmkanals enthaltenen Fäcalmassen sind grau und entfärbt.

Epicrise. Wir sehen hier ein junges kräftiges, 20jähriges Mädchen plötzlich nach Frostanfall von den Prodromen des Icterus befallen werden, welchen nach zwei Tagen die deutlich ausgesprochene Gelbsucht folgt. Schon am Ende des dritten Tages nach ihrem Auftreten zeigen sich deutliche Cerebralsymptome, Erscheinungen, Schlafsucht, dann Delirien mit heftigem Schreien.

nach 24stündiger Dauer zeigt sich nach vorher eingetre-
 nem Trismus andauerndes Coma, und nach 32stündiger Dauer
 Cerebralerscheinungen am 5ten Tage des Icterus, am 7ten,
 Prodrome mit eingerechnet, stirbt die Kranke. Bei der
 Leichenöffnung zeigen sich zahlreiche Ecchymosen in den ver-
 weideten Theilen, ein überall dünnflüssiges Blut, fast ohne
 Färbung, eine große Menge eines schwarzen, zersetzten Blutes
 im Magen und Duodenum; das Gehirn aber zeigt keine Ver-
 änderungen, die icterische Leber ist gar nicht oder nur unbe-
 merkend in ihrem Volumen vermindert, sie ist gelb gefärbt, ihre
 Consistenz normal, es findet sich nur wenig Galle in der Blase
 und in den Gängen, der *Ductus cysticus* ist an seinem Ur-
 sprunge spastisch contrahirt, die Milz und die Nieren sind normal.

Es könnte wohl kein unbefangener Beobachter, nach der
 Czerny'schen, von der Wiener Schule angenommenen An-
 sicht, diese Krankheit als acute Leberatrophie bezeichnen; die
 anatomischen Charaktere derselben fehlen, und wir finden ana-
 tomisch nur die zahlreichen Blutergüsse und die schwarzen
 Massen im Magen und Duodenum, ganz ähnlich, wie man sie
 beim gelben Fieber beobachtet. Auch der schnell tödtliche
 Verlauf, die tiefe Prostration, die außerordentliche Beschleu-
 nigung des Pulses in den letzten 20 Stunden erinnern unwill-
 kürlich an den *Typhus icteroides*. Ich bemerke aber hier
 noch, daß ich in diesem Vergleich nur auf eine Aehnlichkeit
 keineswegs eine vollkommene Identität beider Krankheits-
 zesse aufmerksam mache. Wir werden bald sehen, daß
 ähnliche Fälle beobachtet und ähnliche Deutungen von Män-
 nern, wie Andral und Rayer, aber auch nur approximativ
 gemacht worden sind. Suchen wir uns über den Grund des
 Alles hier Rechenschaft zu geben, so sehen wir, daß eine
 Gallenstauung nicht stattgefunden hat, daß der *Ductus chole-*
dochus und *hepaticus* vollkommen durchgängig waren, daß
 nur wenig Galle von der Leber excernirt wurde. So liegt
 so der Gedanke nahe, daß eine Blutvergiftung durch Be-
 standtheile der Galle stattgefunden habe, und daß diese letz-
 teren, vielleicht durch Spaltung oder sonstige Veränderung des

einen oder anderen Gallenbestandtheils, oder vielleicht auch durch ihre bloße Gegenwart eine plötzlich eintretende toxische Wirkung hervorgebracht haben, in Folge welcher eine tiefe Blutzersetzung und der Tod unter cerebralen, typhoiden Erscheinungen eingetreten ist.

Zweite Beobachtung.

Icterus mit 24stündigen Prodromen, 3tägiger Dauer, 1tägige Cerebralerscheinungen am letzten Tage, welche in 14 Stunden den Tod herbeiführten. — Leber ein wenig verkleinert, im Magen eine grosse Menge blutiger Flüssigkeit, viele Ecchymosen im Peritonäum an den Pleuren, im Pericardium und vorderen Mediastinum. (Budd *On diseases of the liver*. London 1852. p. 258.)

Dieser Fall war Herrn Budd von seinem Bruder mitgetheilt worden, welcher ihm hierüber folgende Mittheilung machte:

„Vor einigen Tagen wurde ich zu einem Fall von Gelbsucht gerufen, dessen Einzelheiten für Dich einiges Interesse haben können. Der Gegenstand derselben war eine verheirathete Dame von 37 Jahren, zart, aber gesund. Montag den 1. war sie ganz wohl; Dienstags schwach; Mittwochs gelb geworden, doch nicht krank, um das Bett zu hüten. Donnerstags und Freitags hütete sie das Bett, befand sich häufig sehr übel, doch war sie munter und aufgelegt und ohne beunruhigendes Symptom. Wenig oder kein Fieber, noch sonst allgemeine Störungen irgend einer Art. Freitags im Laufe des Abends ward sie schlimmer, namentlich in Hinsicht auf Uebelkeit. — Den ganzen ersten Theil der Nacht über ward sie durch fast beständiges Erbrechen beunruhigt, um 5 Uhr Morgens verlor sie plötzlich die Besinnung, erkannte Niemanden und machte beständige Anstrengungen aufzustehen. Um 8 Uhr war sie ganz bewusstlos. Es war etwa 8½ Uhr, als ich sie zuerst sah. Sie lag in einem Zustand von tiefem Stupor; Hautoberfläche gelb; Lippen und Nase livid, Extremitäten kalt, Puls kaum zu fühlen. Die Pupillen waren sehr erweitert, und die rechte merklich breiter als die linke. Der Mund war nach der linken Seite gezogen. Kurz, sie lag bereits im Sterben. Sie erlangte das Bewusstsein nicht wieder und starb ¼ vor 9 Uhr am gleichen Abend, also in weniger denn 14 Stunden nach dem Eintreten der ersten Kopferscheinungen. — Einige Zeit vor dem Tode hatte ihr Athem einen eigenthümlich üblen Geruch.

Ich machte die Leichenuntersuchung 36 Stunden nach dem Tode, also unter Umständen, wo sie nicht so vollständig sein konnte, als zu wünschen gewesen wäre. Gleichwohl sind die Einzelheiten bemerkenswerth. Die Leber zunächst bot kein einziges Zeichen von Entzündung dar. Sie war nicht vergrößert, sondern noch kleiner als gross, die Capsel glatt und sich leicht abschälend; die Ränder scharf. Im Ganzen war das Organ schlaff, seine Substanz aber ziemlich fest und nicht leicht brechbar; es zeigte nur eine Farbe, und diese war roth. Es enthielt nicht viel Blut. In der Gallenblase befand sich ungefähr eine Drachme chocolade-

er Galle. Die Kanäle waren leer und alle wegsam. Blaues Lakmuspapier, in Berührung gebracht, wurde augenblicklich hellroth, und die Galle in der Gallenblase erschien nach derselben Probe stark sauer. Der Magen enthielt mehr drei Schoppen schwarzer Flüssigkeit, in Ansehen und Eigenschaften mit jenen identisch, die als „schwarzes Erbrechen“ bekannt ist. Diese Flüssigkeit war ergossen worden, als sie nicht mehr ausgestossen werden konnte. Im Dünndarm befanden sich schleimige Massen, mit grüner Galle reichlich bedeckt, und, ich kann hier beifügen, während des Lebens waren die Stühle niemals frei von Galle. Drei andere Umstände waren besonders bemerkenswerth: Tendenz zu Fäulniss, flüssiger Zustand des Blutes und eine ungeheuere Anzahl grosser Ecchymosen. Mit Ausnahme eines sehr kleinen fibrinösen Klümpchens in dem linken Ventrikel war das Blut allenthalben flüssig. Hunderte von Ecchymosen, von der Grösse einer kleinen Erbse bis zu der Grösse eines Fleckens von einem Schillings, waren über das Mesenterium zerstreut. Aehnliche Ecchymosen fanden sich in dem Fette der Abdominalwandungen, so wie in dem Fette des Mediastinum. Eine grosse Anzahl befand sich unter der *Pleura parietalis* auf beiden Seiten und die ganze Oberfläche des Herzens war durch sie bunt gezeichnet. Es wurde nicht erlaubt, den Kopf zu eröffnen. Ueberall zeigten sich Zeichen vorgerückter und schneller Fäulniss; das Blut im rechten Ventrikel war reichlich von der Entwicklung von Gas. Auch das Mesenterium in der Nähe des Blinddarmes war emphysematös und ein grosser Theil der Schleimhaut des Dünndarms war durch Luftentwicklung in die Höhe gehoben. — Nieren und Milz waren normal. Die Lungen in ihrer hinteren, unteren Hälfte mit Blut überfüllt. Erst am vierten Tage wurde die mikroskopische Untersuchung der Leber angestellt, man fand keine deutliche Zellen mehr, was wohl mit der sehr bedeutenden Fäulniss zusammenhängen mag."

Epicrise. Diese Beobachtung von Budd hat mit der von Budd sehr viele Aehnlichkeit. Am Dienstag fühlt sich die Kranke wohl, am Mittwoch wird sie icterisch, aber ohne das Bett zu verlassen; am Donnerstag und Freitag ist sie zwar viel kränker, ohne irgend ein bedenkliches Symptom. Am Sonnabend stirbt sie, also am 5ten Tage der Krankheit, treten plötzlich typhöse Erscheinungen ein, welche in 14 Stunden mit dem Tode enden. Bei der Leichenöffnung ist die Leber nur sehr unbedeutend verkleinert, was mit der geringen Menge von Blut und Galle zusammenhängt. Zahlreiche Ecchymosen zeigen sich auf serösen Häuten, und eine grosse Menge von schwarzer galliger Flüssigkeit findet sich im Magen.

Es wäre auch hier eine mehr als gewagte Hypothese, den vorliegenden und wohlklingenden Namen der *Atrophia hepatis flava*

als Diagnose anzugeben. Die Leber war hier weder atrophisch noch gelb, und höchst wunderbar wäre es gewesen, wenn dreitägiger Icterus bei vollkommener Durchgängigkeit der Gall- und Blutgefäße der Leber eine idiopathische Atrophie des Organs hervorgerufen hätte. Nach dem Resultate der vielen analysirten Leichenöffnungen ist es eben so unwahrscheinlich, daß hier der Tod durch eine hydrocephalische oder entzündliche Gehirnkrankheit eingetreten sei. — Auch hier finden wir flüssiges und dissolutes Blut, zahlreiche Ecchymosen und Exavasate und eine große Menge veränderten Blutes im Magen. Die Cerebralerscheinungen, der böartige Ausgang und das tödtliche Ende erklären sich daher viel ungezwungener durch eine allgemeine Erkrankung des Blutes in Folge gestörter Gallenbereitung.

Wir wollen nun einige Fälle citiren, in welchen die Analogie mit dem gelben Fieber noch viel deutlicher hervor-
Wir protestiren aber auch hier gleich wieder gegen die Identification beider Krankheitsprozesse.

Dritte Beobachtung.

Schneller mit gefährlichen Erscheinungen auftretender Icterus, häufiges blutiges Erbrechen, Blutharnen, Krämpfe in den Gliedern, blutige Stühle; nach fünftägiger Dauer bedeutende Besserung, 6ten Tage Convalescenz und nach kaum 14tägiger Dauer vollkommene Genesung. (Siphnaïos, *Thèse sur la fièvre jaune sporadique présentée à Paris le 27 août 1852*).

Der Verfasser dieser Dissertation, selbst Arzt, erzählt hier seine eigene Krankheitsgeschichte, und wir werden sehen, dass die Diagnose nicht durch ihn, sondern durch zwei der besten Aerzte von Paris, Andral und Monneret, gestellt war. Wir lassen also den Autor selbst sprechen:

„Ich bin, — sagt er, — seit 6 Jahren in Frankreich, mein Temperament scheint nervoso-sanguinisch zu sein; meine Constitution ist ziemlich gut. Ich bin 28 Jahr alt; ich finde in meinen Antecedentien nichts Erwähnungswerthes. Am 3. Juli 1852 war meine Gesundheit gut.

Am 3. Juli war ich ein wenig traurig, abgespannt und hatte keinen Appetit. Am Nachmittag fand ich meinen Harn stark gefärbt, orangegelb. Die Conjunctiven beider Augen wurde gelb und diese Färbung dehnte sich schnell auf die Nasen- und Theile des Gesichts aus. Am Abend tritt Fieber mit erhöhter Hauttemperatur ein.

In der Nacht kann ich nur 2—3 Stunden schlafen, sonst bin ich aufgeregt. Ich leide an sehr lästiger Hitze. Es zeigen sich Krämpfe in den oberen

Extremitäten, besonders in der Gegend der grossen Gelenke, zuweilen so dass ich Klagen ausstossen muss.

Am 4. Juli beim Aufstehen ist mir der Kopf schwer, Kopfschmerz, Schwindel, ein Icterus, Schwere im Magen, leichter Ekel. Ich verordne mir eine Limonade von citronensaurer Magnesia. Das erste Glas ist leicht vertragen, aber beim zweiten nehmen Ekel und Brechreiz zu; eine halbe Stunde später zeigt sich Erbrechen, zuerst des Abführmittels, dann schleimiger Massen am Ende fast reiner Galle. Ich lasse nun 2 Gran Brechstein holen, von welchem ich ungefähr 1 Drittel nehme. Nach einer halben Stunde erscheint das Erbrechen wieder, und zwar von gelber, galliger Flüssigkeit. Später zeigt sich schwarz, ölig, klebrig, wahrscheinlich schon Blut enthaltend. Dann folgt orange- oder gelbgefärbte Stuhlausleerung. Der Harn ist schwarz, dick, krümelig, ablassen schwierig. Während 3—4 Stunden sind Erbrechen und Stuhlausleerungen häufig; auch letztere werden flüssig und schwarz. Gegen 5—6 Uhr hören diese Ausleerungen auf, aber sobald ich während des brennenden Erbrechens einige Tropfen Flüssigkeit trinke, werden sie sogleich wieder erbrochen.

Nachher folgt bald ein heftiger Schmerz, wie ein Pressen und Zusammendrücken der Magengegend, so dass er mich zu lauten Klagelauten zwingt. Der Puls beträgt 100 Schläge in der Minute. In diesem Zustand fand mich Dr. Coffin, der eine Mixtur verordnete: *Rep. Syrup. Diac. unc. β., Magnesia ustae dr. i, Aq. Aurantior. dr. i, Aq. destill. unc. iij*, Theelöffelweise viertelstündlich zu nehmen. Ausserdem wurde gerathen, kleine Stücke Eis zu verschlucken und eine Knebel auf das Epigastrium verordnet, jedoch ohne Erleichterung; auch die Knebel wurde nicht ertragen. Während der schlaflosen Nacht war der Kranke sehr unruhig.

Am 5. Juli, dem dritten Tage der Krankheit, ist der Icterus noch allgemässiger und dunkler. Auf dem rechten Hypochondrium sieht man eine handgrosse Geschwulst. Auch die Blutegelstiche sind ecchymotisch. Die Krämpfe in den Extremitäten sind weniger stark. Die Constriction im Epigastrium, so wie das Erbrechen, ist gering, jedoch durch Trinken stets wieder hervorgerufen; das Erbrochene ist schwarz; der Urin ist roth, weniger dick. Ein blutiger Stuhlgang zeigt sich. Die Schwäche ist bedeutend, das Gesicht sehr verändert, der Puls 110, die Haut heiss, die Zunge gelb belegt, der Durst immer lebhaft (Verordnung: ein warmes Bad, eine mit Eis gefüllte Blase auf den Magen, Eis in kleinen Stücken verschlucken, eiskaltes Getränk und viertelstündlich 1 Theelöffel einer Mixtur von *Tinctura nucis vomicae* in 3 Unzen Wasser). — In dem 40 Minuten dauernden Bade stillt sich das Erbrechen und die Mixtur wird vertragen, die Schwäche aber nimmt zu, die Nacht ist schlaflos. Herr Coffin verlangte eine Consultation mit Herrn Monneret.

Am 6. Juli, dem 4ten Tage der Krankheit, sind die Magenschmerzen weniger heftig, die Brechneigung dauert fort, aber Erbrechen ist selten, der Urin immer blutig, ablassen schwierig, ein neuer ganz blutiger Stuhl. Die Schwäche nimmt zu, es kommen häufige Ohnmachten ein, der Puls steigt auf 124. Die genau untersuchte Leber zeigt normalen Umfang. Herr Monneret stellt die Diagnose auf ein gelbes Fieber, in Folge primitiver Blutveränderung. Die Aerzte ver-

ordnen Eis auf das Hypogastrium, Limonade mit Schwefelsäure, kleine Mengen Fleischbrühe, Chinawein und ein Klystier aus 20 Gran Chinin, durch etwas Schwefelsäure gelöst, 20 Tropfen Laudanum mit 4 Unzen Wasser. Die Limonade nicht vertragen, das Klystier geht nach $1\frac{1}{2}$ Stunden mit Blut wieder fort. Abend gesellen die beiden Aerzte sich noch Herrn Andral hinzu, welcher Diagnose vollkommen bestätigt, ein neues Chininklystier und schwefelsaure Limonade mit Wein verordnet.

7. Juli. Nach einer schlaflosen Nacht Schwäche bedeutend, das Gesicht verändert, abgemagert, sehr blass und anämisch, Lippen, Mund und Zunge trocken, Puls 120, der Harn weniger blutig. Ekel und Erbrechen haben aufgehört, ein Gefühl von Wohlbehagen giebt; das Getränk wird ertragen, der Gebrauch Eises wird ausgesetzt und ein neues Chininklystier verordnet. Gegen 7 Uhr Abends steigt der Puls auf 160, ist sehr klein und wegdrückbar. Während einer Schritt heftiges Schluchzen ein; die Muskeln der linken Seite des Kinns contractiren sich von Zeit zu Zeit krampfhaft und senken die untere Lippe. Schnelle und unendete Phrasen werden ausgesprochen, Aufregung und Angst sind sehr bedeutend und wechseln nur momentan mit Betäubung; übrigens weder eigentliches Delirium noch Coma. Während der ganzen Nacht dauerte die Ueberreizung fort, jedoch gegen Morgen ab.

Am 8. Juli, dem 6ten Tage der Krankheit, bessern sich schnell alle Erscheinungen und machen einer Behaglichkeit Platz, die zu grosser Geschwätzigkeit Veranlassung giebt. Der copiöse Urin ist kaum noch geröthet, die Ecchymosen fast geschwunden, der Puls ist von 130. Das Chinin wird ausgesetzt, aber mit Wein gemischte Getränk und die kalte Fleischbrühe werden fortgesetzt. Am Abend ist der Puls 126.

Am 9. Juli, dem 7ten Tage der Krankheit, zeigt sich eine entschiedene Convalescenz, die Färbung der Haut nimmt schnell ab, von Tag zu Tag wird jetzt der Zustand ein besserer und vom 14. Juli an konnten schon einige solidere Nahrungsmittel genommen werden. 10 Tage nach der Convalescenz war fast die frühere Wohlbeleibtheit zurückgekehrt, aber die Muskelschwäche war noch gross. Eine gesenkte Lage der unteren Gliedmaassen bewirkte leicht Oedem des unteren Theils der Beine und des Fussrückens. Ausserdem zeigte sich leichte Diarrhoe mit geringer Kolik und einige Prurigopapeln an den Gliedern. Der Durst intens, der Harn reichlich und stinkend. Die beiden letzten Erscheinungen dauerten noch längere Zeit. Wie vollkommen aber bald die Genesung wurde, kann daraus sehen, dass schon gegen Ende August der Kranke seine Doctordissertation vertheidigen konnte."

Epicrise. Vergleichen wir diese Krankheit mit den oben erwähnten, so finden wir auch hier im Beginn eine derartige ausgesprochene Gelbsucht, bei welcher es bald zu verschiedenen artigen Hämorrhagien kommt, wobei die Kräfte des Kranken schnell sinken und gegen den 6ten Tag hin der Beginn

boralerscheinungen eintritt, die jedoch am anderen Tage abklingen und nun einer schnell fortschreitenden Convalescenz Platz machen. Zwei in der medicinischen Welt gewiss als Autoritäten geltende Aerzte erklären die Krankheit für einen icterischen Fall von gelbem Fieber. Es wird wohl auch hier wieder einfallen, die Krankheit für *Atrophia hepatis flava* zu erklären. Auf der anderen Seite aber kann man sie gewiss mit den bereits beschriebenen Fällen nicht trennen. In den meisten Krankengeschichten, welche wir consultirt haben, lassen sich alle möglichen Uebergänge zwischen dieser und jenen langsam verlaufenden Formen des bösartigen Icterus. Die Ähnlichkeit mit dem gelben Fieber fällt um so weniger in die Augen, als wohl auch bei diesem neben dem specifisch causal-miasmatischen Moment eine ausgesprochene Perturbation in der Gallesecretion vorhanden ist, und gerade dieser Berührungspunkt erklärt auf die ungezwungenste Art, weshalb ähnliche Fälle sporadisch auftreten können.

Vierte Beobachtung.

Icterus, Nasenbluten, Blutbrechen, Darmblutung, Ausschlag, Roseola, Delir, Coma, Tod. — Bei der Leichenöffnung Magenschleimhaut erweicht, Leber weich und icterisch, von normalem Volumen. (Aus den Krankensälen Rayer's im *Hôpital de la Charité*. — *des Hôpitaux* 1845. p. 369.)

Ein 35jähriger, kräftig gebauter Mann, von gewöhnlich guter Gesundheit, kommt am 30. Juli 1845 in einen der Krankensäle Rayer's. Er antwortet nur schwer auf die Fragen, welche man an ihn richtet; jedoch geht aus seinen Antworten hervor, dass er wenige Tage vorher einen bedeutenden Excess im Genuß gemacht hat, nach welchem eine Verdauungsstörung, von Icterus gefolgt, eintrat. Dieser Mann zeigt gleichmässig über den ganzen Körper eine höchst ausgeprägte, orangegelbe icterische Färbung; die Haut ist trocken, heiss, nicht der Jucken; die Augen, die untere Fläche der Zunge sind gleichfalls dunkel, die obere Fläche ist mit einem reichlichen schleimigen Belege bedeckt. Der Kranke hat häufige Brechneigung, aber erbricht nicht. Der Leib, leicht aufgetrieben, ist bei Berührung nur am Niveau des rechten Hypochondriums schmerzhaft. Percussion erscheint das Volumen der Leber normal. Die Stühle sind galle gelb gefärbt, wenig reichlich und von normaler Beschaffenheit. Der Harn sehr icterisch, färbt die Leinwand gelb. —

In der Brusthöhle wird weder durch Auscultation noch durch Percussion Abnormes wahrgenommen. Bei sehr starkem Athmen empfindet der Kranke

einen stechenden Schmerz in der Lebergegend. — Der Puls ist voll, häufig, regelmässig. — Der Kranke klagt bloss über Schmerz im rechten Hypochondrium und heftiges Kopfwel. — Ein Aderlass von 12 Unzen wird gemacht; das bedeckt sich bald mit einer dichten Entzündungskruste.

Am folgenden Morgen, dem 1. Juli, ist der Zustand des Kranken nicht wesentlich verändert. Der Schmerz in der Lebergegend dauert fort. Schröpfköpfe auf die Stelle applicirt, führen aber keine merkliche Besserung herbei. Am gleichen Tage wird auf das rechte Hypochondrium ein Vesicans gelegt und ein salinis Abführmittel verordnet. Unter dem Einfluss dieser Behandlung wird der Verlauf langsamer, das Allgemeinbefinden scheint sich zu bessern.

Am 2. Juli tritt indessen ohne bekannte Ursache Brechneigung ein und Erbrechen schwarzer blutiger Massen. Die Stühle, flüssig und reichlich, wenig zahlreich, bestehen aus schwarzem Blut und gelbgefärbten Faeces. — Nasenbluten tritt ein und wiederholt sich mehrmals im Lauf des Tages. Der Puls sehr beschleunigt, nicht besonders voll. — Der Kranke klagt über Kopfwel, ist immer in einem Zustand von Somnolenz, aus dem er leicht zu erwecken ist; er antwortet langsam, aber richtig, auf die an ihn gerichteten Fragen. Die Zunge ist trocken, mit einem dichten und rissigen Beleg bedeckt. Die Zähne sind mit einem braunen Beleg incrustirt. — Das Abdomen ist leicht aufgetrieben, auf mässigen Druck, selbst in der Lebergegend, nicht schmerzhaft; leichter Husten, schleimigem und reichlichem Auswurf begleitet. — Dieser Zustand dauert bis zur wesentlichen Veränderung den 3ten und 4ten fort.

In der Nacht des 4ten hatte der Kranke leichtes Delir, antwortete am Morgen auf die an ihn gerichteten Fragen richtig. Er hat weder Frost noch deutlich ausgesprochene Remittenz. Man findet auf der Haut keine Flecken, keine typhoide Erhabenheit; überall zeigt sie eine orangegelbe Färbung, wie in den ersten Tagen; bloss an der Stelle des rechten Arms, wo der Aderlass gemacht wurde, und um die Schröpfköpfe auf dem rechten Hypochondrium bemerkbar leichte Ecchymosen.

Am 6ten scheint der Zustand des Kranken sehr erheblich gebessert. Der Puls hat sich merkwürdig verlangsamt, das Delir hat aufgehört, die Symptome nachgelassen; ein neues Phänomen ist eingetreten. Die Haut des ganzen Körpers, die des Gesichts und der oberen Gliedmaassen insbesondere, ist mit kleinen, knötchenförmigen Erhabenheiten bedeckt, unter dem Finger hart, ähnlich denen bei Variola. Der Kranke trägt ausserdem seit langer Zeit tiefe Pockennarben.

Am 7ten zeigt dieser Ausschlag, dessen Farbe in die icterische Färbung der Haut hinüberspielt, ein anderes Aussehen; er wird gebildet durch wirkliche Flecken, sehr zahlreich über den ganzen Körper verbreitet; aber die Hervorhebung, die sie dargeboten hatten, besteht nicht mehr. Diese Flecken sind unregelmäßig abgerundet, unter Fingerdruck verschwinden einige, andere, und es sind dergleichen, die bleiben ohne die Farbe zu ändern. Sie sind ziemlich breit; variiren von 2 bis 12 Millimeter Durchmesser und sind auf dem Arm und im Gesicht mehr entwickelt als am übrigen Körper. Diese Flecken erinnern an die hämorrhagischen Netze Flecken, aber der Kranke hat weder Coryza noch Bronchitis; lebhaftes Lie-

schmerzhaft die Augen, die weder thränend sind, noch injicirt. Der Ausschlag keinem Jucken begleitet. Der Allgemeinzustand scheint befriedigend. Einige Fleischbrühe werden dem Kranken gegeben, der sie mit Vergnügen nimmt. Seinen Zustand befragt, antwortet er, dass er sich besser befinde und dass er durchaus keinen Schmerz fühle. Er scheint Neigung zu Schlaf zu haben.

Am 8ten ist das Allgemeinbefinden weniger befriedigend. Man constatirt die Anwesenheit eines Schorfs am Sacrum von 5 Centimeter Durchmesser. Man räth dem Kranken, die horizontale Lage zu verlassen, in der er seit dem Beginn seiner Krankheit beständig verharret und er legt sich von selbst auf die linke Seite und so liegen.

Am 10ten ist der Ausschlag erbleicht; man sieht wohl noch die Flecken, aber bald kaum deutlich. Der Urin ist immer icterisch, der Stuhl blutig, enthält gelbgefärbte Faeces. Der Kranke erkennt die Farben; er antwortet genau auf an ihn gerichteten Fragen, aber er ist immer in einem Zustand von Lethargie, aus welcher er weniger leicht zu erwecken ist, als an den vorhergehenden Tagen. Er hat einige Male Brechreiz, aber kein Erbrechen.

Am 11ten ist der Ausschlag verschwunden; die ziemlich ausgedehnte Ecchy-
mum die Stelle des Aderlasses ist fortwährend sehr deutlich. Der Kranke ist etwas schlaff, als an den vorhergehenden Tagen, bietet übrigens kein neues Symptomen dar.

Am 12ten bleibt er beständig in einem tiefen, fast comatösen Schlaf, und stirbt, um 5 Uhr Morgens, stirbt er fast plötzlich, ohne Agonie, ohne ein Symptomen darzubieten, das so rasch einen schlimmen Ausgang voraussehen lassen

Die Leichenöffnung wird 28 Stunden nach dem Tode gemacht.

Äusserer Zustand. Die Leiche ist in sehr vorgerückter Fäulniss. Die Haut löst sich mit grosser Leichtigkeit; die Färbung ist icterisch, wie während des Lebens. Die Todtenstarre besteht nicht mehr; der Schorf auf dem Sacrum ist sehr ausgedehnt; der Bauch ist platt; im Niveau des Aderlasses findet man auf der Haut einen ziemlich ausgedehnten blutigen Erguss; nirgends blutigen Erguss in den Intermuscularräumen.

Thorax. Die Lungen sind gesund, knisternd; sie enthalten eine ziemlich beträchtliche Menge Schleim und Blut. Die der rechten Seite zeigt einige alte Abscessen. In den Pleuren besteht kein Erguss. — Das Pericardium enthält nur seröse Flüssigkeit. — Das Herz ist weich, von normalem Volumen. Die Arterien sind gesund, das Blut ist überall schwarz; die Gerinnsel sind sehr weich.

Abdomen. Die Gedärme, wenig ausgedehnt, bieten äusserlich nichts Bemerkenswerthes dar. Die Schleimhaut des Magens ist erweicht, weinhefenfarbig, gleichfalls mit einigen wenig markirten Verzweigungen im Niveau der grossen Curvatur. Duodenum zeigt auch einige Spuren blutigen Ergusses. Dieser Theil der Gallengefässe enthält grünliche Galle. Im übrigen Theil des Dünndarms findet man gelben Schleim und gelbe Fäcalmassen. Die Peyer'schen Drüsen sind nicht mehr vergrößert, als im gesunden Zustand. — Im Dickdarm besteht keine krankhafte Veränderung.

Die Leber hat ein normales Volumen; sie ist weich, bietet eine gleichförmige icterische Färbung dar. Man bemerkt weder Ablagerung von Eiter, noch irgend eine krankhafte Veränderung. Die Pfortader und ihre Abtheilungen, die *Vena cava* und ihre hauptsächlichsten Zweige sind gesund und enthalten schwarzes flüssiges Blut. Die Gallenblase enthält eine ziemlich grosse Menge schwärzlich grüner Gallenflüssigkeit, ihr Ausführungskanal ist gesund. — Die Milz ist weich, von normalem Volumen, die Nieren gelb gefärbt, erweicht, fast zerfliessend. Die Nebennieren zeigen eine sehr ausgesprochene gelbe Farbe.

Kopf. Das Gehirn ist sehr weich und zeigt eine icterische Färbung.

Epicrise. Wir haben es also hier mit einem 35jährigen kräftigen Manne zu thun, welcher nach einem Excesse icterisch wird, neben einem sehr wandelbaren Pulse und den gewöhnlichen gastrischen Erscheinungen des Icterus bald blutige Stühle, ferner Nasenbluten, intercurrente Cerebralerscheinungen zeigt. Zwischen dem 7ten und 11ten Tag besteht ein Roseolöähnlicher Ausschlag, ausserdem Ecchymosen; schnell entwickelt sich ein Brandschorf am Sacrum. Gegen den 13ten Tag verfällt der Kranke in Coma und stirbt fast plötzlich am 14ten. Der Körper geht schnell in Fäulniß über, die Magenschleimhaut ist erweicht, ein Theil des Duodenums mit Blut unternommen, die Leber weich, icterisch, aber von normalem Umfange. Alle Organe übrigens in Folge der vorgerückten Fäulniß sehr weich. Auch dieser Fall hat seine eigenthümliche Physiognomie. Wie bei den übrigen sehen wir Icterus, gastrische Erscheinungen, bestimmte hämorrhagische Tendenz, aber ausserdem noch den typischen Ausbruch von Roseola und Durchliegen am Kreuz. In einer früheren Periode zeigen sich vorübergehende Cerebralerscheinungen, am 14ten Tage aber geht der Kranke erschöpft und comatös zu Grunde. Auch Rayer erklärt, wie für den früheren Fall Andral und Monneret, daß eine gewisse Analogie mit dem gelben Fieber hier nicht zu verkennen ist. Auch ein typhoider Charakter der Krankheit ist hier nicht zu leugnen, und kann man deutlich bei diesem Falle, wie bei vielen andern, einen typhoiden Zustand von einem typhösen Fieber unterscheiden. Interessant ist, daß auch hier die Leber keineswegs atrophisch war, und ebenso wenig die Milz anschwellt. Auch in diesem Falle wäre daher gewiß nicht

typhus hepatis flava anzunehmen, sondern ein Icterus mit dem Allgemeinleiden und typhoidem, dem *Typhus icterodes* nach dem Charakter.

Fünfte Beobachtung.

Icterus, welcher Aehnlichkeit mit dem *Typhus icterodes* dar-
; Ausschlag von Roseola und Petechien, verschiedene Blu-
ten, Entwicklung einer Parotitis. — Heilung. (Baudon, *Bulletin*
de thérapeutique. Tom. XXXIII. p. 299. Oct. 1847.)

Mules Bellegueule, 23 Jahr alt, von sanguinischem Temperament, befand sich
im 1846 mehrere Tage lang unwohl. Unter dem Einfluss einer Temperatur
von 30 bis 32° Cent. liess er wenig, unterbrach seine Beschäftigung als Tuch-
macher und schmerzhaft. — Von einigen Freunden zu einem Fest auf einem
fernen Dorfe abgeholt, bringt er daselbst die Nacht des 7. Juni zu und
gegen seine Gewohnheit bis zu dem Punkte, einen leichten Excess zu be-
gehen. Montag den 8ten arbeitet er bis 5 Uhr Abends; er hat sehr starkes
Fieber, und obwohl übel aufgelegt, trinkt er mit mehreren Personen 5 Maass
Wein. — Nach Hause gekommen geniesst er als Abendmahlzeit Spargel und
esset sich während der Nacht über Erstickungsanfälle.

Dienstag den 9ten, erster Tag. — Das Uebel nimmt zu und zwischen 11 und
12 Uhr erbricht der Kranke eine grosse Menge gelber Galle. — Der Stuhl ist
häufiger; der Kranke beklagt sich über Beklemmung in der Präcordialgegend, die
unter das Hypochondrium erstreckt; die Aufregung ist ungemein gross,
Schmerzen in den Beinen und der Rückengegend begleitet. Der Kranke kann
nicht aufrecht halten, ohne Ohnmachten zu bekommen. Der Durst ist lebhaft,
er darf, um ihn zu stillen, nur etwas kaltes Wasser in den Mund nehmen,
andere Getränke, die zum Magen gelangen, werden bald ausgeworfen; es besteht
außer noch Kopfschmerz.

Dritter Tag. Ich sehe den Kranken zum ersten Male am Abend; er zeigte
Fiebererscheinungen; der Puls war eher klein; die Hitze der Haut sehr
hoch; das Gesicht von der gewöhnlichen Farbe, aber die Augen matt und ein-
gedunkelt; die Züge verriethen Schmerzen. Die Zunge war mit einem weisslichen,
dickem Beleg überzogen; die Ränder waren nicht roth. Bange Ahnung des
Todes. Das Abdomen war durchaus nicht gespannt, auf Druck wenig schmerz-
haft. Seit dem vorhergehenden Tag war keine Stuhlentleerung eingetreten. Die
Blase über dem Schambein war ein wenig gespannt, denn die Blase enthielt
wenig; der Kranke beim Liegen nicht von sich geben konnte. Durch dring-
ende Reden und Drohungen, ihn zu catheterisiren, brachte ich ihn dazu, hinzu-
treten. Nach einigen Minuten entleerte er ein Maass eines röthlichen Urins, dessen
Ausfluss von einem brennenden Gefühl im Kanal der Harnröhre begleitet war. (Bad
zu jeder Stunde, Klystier mit Leinsamenabkochung und einigen Löffeln Olivenöl.
Zu Nacht mit Senfmehl, kaltes Lindenblütheninfus, 10 Blutegel auf das Epigastrium.)

Die Nacht verging ohne Besserung; das wenige Getränk, das der Kranke nicht bleibt im Magen, häuft sich daselbst an und wird endlich erbrochen.

Dritter Tag. Die Aufregung besteht fort; der Kranke leidet viel in Beinen, Knien und im Kreuz; er wirft sich im Bette unruhig umher. Die cordialbeklemmung ist die gleiche; er lässt häufig Urin, obwohl er nur sehr trinkt. Galliges Erbrechen weniger häufig, häufiges Aufstossen. Der Puls ist am vorhergehenden Tag, das Abdomen weich; kein Stuhlgang, die Klystiere bleiben bei dem Kranken. Verordnet wird:

Aq. florum. tiliae unc. iij

Extr. opii gr. i

Syr. flor. aurantior. unc. β

Liq. anod. Hoffm. gtt. x.

S. Stündlich 1 Esslöffel voll zu nehmen.

Cataplasmen auf den Leib, öliges Klystier.

Die Mixtur ist nicht vertragen worden. — Schlaflosigkeit.

Vierter Tag. Am 12ten bestehen die Symptome des vorhergehenden fort. Die Wangen behalten ihre gewöhnliche Farbe; das Gesicht, der Hals, Arme, die Brust sind leicht gelb gefärbt; die Augen gelb und stark injicirt erscheinen in die Augenhöhlen zurückgesunken. Der Urin ist gelb und immerlich. Diese gelbe Farbe der Sclerotica, verbunden mit der Injection der Capillargefäße, giebt der Physiognomie einen sonderbaren Ausdruck. (Gleiche Verordnung mit Ausnahme der Mixtur; grosses mit Campher bestreutes Vesicans auf Epigastrium.)

Fünfter Tag. Am 13ten ist der ganze Rumpf und die Beine goldgelb, leichtem grünlichen Anstrich, Schluchzen, das nur in kurzen Zwischenräumen hört und den Kranken sehr ermüdet; er klagt fortwährend über die Beine Ohnmachten. Integrität der intellectuellen Fähigkeiten, bange Ahnungen über Ausgang der Krankheit (Cataplasmen mit Zusatz von Laudanum auf das Abdomen, ölige Klystiere, Lindenblüthentisane).

Sechster Tag. Das Schluchzen dauert fort (Mixtur mit Schwefeläther und Opium). Der blosse Geruch des Aethers verursacht Ekel. Abends ein Vesicans. Kaum beginnt es gefühlt zu werden, als das Schluchzen aufhört und nicht wiederkommt.

Siebenter Tag. Die gleichen Symptome, ausgenommen das Schluchzen, bestehen sehr reichlich, sehr gefärbt, ohne Sediment, beim Erkalten grün werdend. Stuhlausleerung, Aufstossen und galliges Erbrechen; schleimig belegte Zunge, untere Partie ist gelb.

Achter Tag. Die Färbung der Haut ist stärker, die Augen sind fortwährend gelb und stark injicirt. Der Kranke hat einige Minuten während der Nacht Ruhe gehabt; er trinkt immer noch sehr wenig und spült sich den Mund aus. Die Präcordialbeklemmung und das Erbrechen sind ein wenig geringer; Abgeschlagenheit in den Beinen. (Erweichende Fomentationen auf den Bauch.)

Die Symptome, so heunruhigend sie waren, haben gleichwohl nicht an

angenommen. Man musste auf Reichen der Arznei durch den Mund verzichten
die hartnäckige Verstopfung bekämpfen; ich blieb bei den öligen Klystieren.

Sechster Tag. Die gelbe Farbe der Haut hat sich vermindert; die Augen sind
nicht mehr gefärbt, aber noch injicirt und eingesunken in die Augenhöhlen; der Puls
ist, der Bauch weich, die Schmerzen in den Knien dauern fort. (Kleienklystier
mit etwas Seife.) Es erfolgt ein gelblicher Stuhl, noch immer dunkler Harn.
Esslust, der Ekel hat nachgelassen. (Einige Esslöffel Kalbfleischbrühe.)

Siebenter Tag. Der Kranke hat in der Nacht ein wenig geschlafen, die Augen
sind noch gelb und injicirt, Zunge gelb. Vier gelbe, dicke Ausleerungen. Reichliche
Stühle, keine Fieber. Minderung der gelben Hautfarbe. Rothe linsenartige
Pusteln von ungefähr 5 Millimetern Durchmesser erscheinen auf der Haut, wie
Pflecken verbreitet und durchaus der Roseola des Typhus ähnlich. Man sieht
sie an den Vorderarmen und der inneren Seite der Kniee. (Milch und Fleischbrühe.)
Am 11ten auf den 12ten Tag graue, mit Blut vermischte Stühle, später von
anderer Beschaffenheit; nicht starkes Nasenbluten. Geschwulst auf der rechten
Halshälfte. Schlaflosigkeit.

Am 13ten Tage sieht man eine enorme Parotidengeschwulst von der rechten
Halsseite bis unter den Kiefer. Die Schmerzen haben den Kranken am Schlaf ge-
hindert, die Gelbsucht nimmt ab, die Augen sind nicht mehr geröthet, der Roseola-
ausbruch geschwunden, Zunge normal, Harn weniger dunkel. Normaler Stuhlgang.
Der Kranke ist sehr schwach, Puls und Haut in der Norm, Appetit, starker Durst.
Knebel und Cataplasmen auf die Geschwulst des Halses, Einreibungen mit
Jodsalbe, Milch und Fleischbrühe).

Am vierzehnten Tag. Nacht gut. Drei feste, gelbe Stühle. Urin noch dunkel, an-
fängt grünlich werdend. Nasenbluten von einem halben Glas ungefähr, Paro-
tidengeschwulst weniger schmerzhaft. Haut noch icterisch. Puls kräftiger, Leib
nicht mehr schmerzlos.

In den beiden folgenden Tagen nimmt die Geschwulst, wie die Schmerzen
ab. Der Icterus erbleicht, der Harn wird heller. Durst noch stark.
Trinken täglich. Wasser mit Wein.)

Die Geschwulst der Parotis nimmt nun ab und die Convalescenz macht Fort-
schritt. Nasenbluten tritt noch von Zeit zu Zeit ein. Das Gesicht ist schwächer
gelblich.

Epicrise. Auch hier haben wir es mit einer Krankheit
zu thun, in welcher mannigfache Berührungspunkte mit der
typhoid-epidemischen Form des Icterus, dem *Typhus icterodes*
bestehen. Sogar die Röthe der Augen, die Schmerzen im
Bauch und den Gliedern fehlen nicht. Neben dem ausge-
prägten Icterus sehen wir auch hier eine deutliche hämorrhagi-
sche Tendenz und es spricht das Auftreten der Roseola, sowie
der Convalescenz sich zeigende Parotidengeschwulst noch
für die Aehnlichkeit mit typhoiden Krankheitsprozessen.

Wir könnten die Zahl solcher Beobachtungen noch vervielfältigen, namentlich auch noch die von Garnier-Létheu hinzufügen, welche uns, während wir diese Arbeit abfassen, im Manuscript mitgetheilt worden ist. Die angeführten Beispiele werden aber genügen, um die Aehnlichkeit einiger Formen des *Icterus typhoides* mit dem *Typhus icterodes* zuweisen. Wir wollen jetzt einige Beispiele von der mehr paralytischen Form des bösartigen Icterus mit plötzlich eintretenden Cerebralerscheinungen und tödtlichem Ausgange citiren.

Sechste Beobachtung.

Schwere Form des Icterus mit langsamem Verlauf. Nach d wöchentlicher Dauer Gehirnerscheinungen, welche nach 2 Ta mit dem Tode enden. — Schwarze Flüssigkeit im Magen, viele Ecd mosen im Peritoneum; Leber klein und roth. Milz umfangre (Ozanam, *Thèse sur la forme grave de l'Ictère essentiel*. p. 64.)

Gona (Catherine), 27 Jahre alt, am 7. December 1848 in No. 15 des S St. Monique in die Abtheilung des Herrn Guerard eingetreten, ist seit 3 Wo an einer starken Gelbsucht krank. Sie hatte indessen bis dahin nur Zufälle Wichtigkeit gehabt, aber einen lebhaften Schmerz in der Magengrube, Anor etwas Abgeschlagenheit. Zur Zeit ihres Eintritts ins Spital traten die Regeln ihr ein, hörten aber bald auf.

Magenschmerz und Verstopfung waren die vorherrschenden Erscheinungen; intenser orangegelber Icterus, natürlicher Puls.

Am 9ten verordnete man 1 Unze *Natron sulphuricum* in Kräuterbrühe. Kranke hatte keine Ausleerung und erbrach die Arznei; zu gleicher Zeit ward Magenschmerz sehr stark, die Zufälle vermehrten sich im Laufe des Abends. Beklemmung ward gross, in der Nacht war die Kranke sehr aufgereg, verlor Bewusstsein und stiess durchdringende Schreie aus; sie warf sich dergestalt um, dass sie zweimal aus dem Bette fiel.

Am Morgen des 10ten kein Fieber; kleiner langsamer Puls; die Augen geschlossen und lichtscheu; die Pupillen ein wenig erweitert. Die Kranke gekrümmt im Bett und wirft sich umher, durchdringende Schreie ausstossend; sind die Leber und Magengegend auf Druck nicht schmerzhaft, aber es be häufiges und sehr starkes Schluchzen. Die Kranke scheint weder zu hören zu verstehen, wenn man zu ihr spricht. (Mixtur mit 20 Tropfen *Tinct. cast*

Am Abend fehlt das Bewusstsein noch immer, die Pupillen weniger erw und contractil; die Aufregung vom Morgen hat Convulsionen Platz gemacht; Augapfel ist in die Höhe gerichtet, stossweise in Bewegung gesetzt; der die Glieder, selbst die Muskeln des Unterleibs werden spasmodisch bewegt; Erbrechen, noch Stuhlausleerungen; Magen auf Druck nicht schmerzhaft; Puls

regelmässig, giebt bei vollständiger Ruhe 60 Schläge, steigt bis auf 90 und 100, wenn man die Kranke in Aufregung bringt. Tod um 2 Uhr Morgens.

Leichenöffnung. Lungen gesund, ohne Congestion, noch Hyperämie; kein Erguss in der Pleura oder dem Pericardium.

Magen von flüssiger, ganz schwarzer Galle angefüllt; die Schleimhaut ist sehr entzündet und scheint in ihrem ganzen Umfang von seröser Flüssigkeit infiltrirt; die Leber von auffallender Weisse, ausgenommen in der Mitte der grossen Curvatur, wo eine sehr leicht injicirte Stelle von 1 Zoll Ausdehnung wahrnimmt.

Man bemerkt im subperitonealen Zellgewebe eine Menge kleiner blutiger Ecchy-
 mbraunroth, von wechselnder Grösse; das grosse Netz ist damit besät, sowie
 die Fettanhänge an den Rändern des Dickdarms; aber auf der inneren Darm-
 fläche finden sich keine derselben.

Die Leber klein, sehr roth, an ihrem convexen Rande zwei blutige subperitoneale
 Abscesse von der Grösse eines Frankenstückes zeigend. — Die Gallenblase schlaff,
 enthaltend eine geringe Menge sehr schwarzer Galle; unter ihrem Peritonealüberzug
 findet man eine Menge linsengrosser Ecchymosen.

Die Gallengefässe, ihrer ganzen Länge nach eingeschnitten, waren voll-
 kommen frei, so wie auch ihre Mündung ins Duodenum.

Man bemerkte in der Kopfschwarte mehrere Ecchymosen, ähnlich denen im
 Peritoneum. Das Gehirn hatte seine normale Farbe behalten, seine Gefässe
 keine krankhafte Injection. Jeder der Ventrikel enthielt einen halben
 Teller voll citronengelber, seröser Flüssigkeit. Nichts schien in der Structur des Ge-
 hirns verändert, nur war es nicht sehr fest.

Die Milz war ziemlich umfangreich, zeigte aber sonst nichts Abnormes.

Epicrise. Wir haben es hier mit einer Krankheit zu thun, welche in vieler Hinsicht den beiden ersten Beobachtungen ähnlich ist, aber sich von denselben durch den bis in die vierte Woche sich hinausziehenden Verlauf unterscheidet. Während bei jenen beiden Fällen der Verlauf der eines gewöhnlichen Icterus, bei diesen cerebralerscheinungen traten schnell auf und waren schon in wenigen Tagen tödtlich. Auch hier finden wir bei der Leichenöffnung eine schwarze Flüssigkeit im Magen und viele Ecchy-
 mosen im Peritoneum; das Gehirn ist gesund, aber die Leber verkleinert und die Milz vergrößert, was mit den von Czerny angegebenen Resultaten etwas mehr übereinstimmt, als mit den früheren Beobachtungen; jedoch war die kleine Leber nicht gelb, sondern roth, und da meist die Verkleinerung der Leber erst bei längerem Verlauf eintritt, und in den schneller verlaufenden, selbst tödtlichen Fällen, nicht oder nur in unbedeutendem Grade besteht, so spricht auch dieser Fall für unsre

Meinung, dass die Verkleinerung der Leber Coëffect und nicht Grund der Krankheit sei.

Siebente Beobachtung.

Schwere Form des Icterus, Delirien, Coma, Contractur, unvollkommene Lähmung. Besserung der Erscheinungen, Convalescenz vom 13ten Tage an und Heilung gegen das Ende der dritten Woche (Ozanam, *op. cit.* p. 26.)

Carrier (Jean), 30 Jahre alt, Hutmacher, gewöhnlich gesund, von ziemlich starker Constitution, wird plötzlich von einem allgemeinen Unwohlsein und Kopfschmerz befallen, am 11. December 1847. — Der Appetit hört auf, die Nahrung nehmen ab, er fühlt Unbehaglichkeit in der Gegend des Epigastrium; am 3ten bemerkt er, dass die Haut gelb wird, er strengt sich an, ein wenig zu essen, erbricht, aber nicht die genommene Nahrung, sondern Wasser. Der Kopfschmerz verschwindet am 4ten Tage; er hat jeden Tag leichte Fieberschauer zu unregelmässigen Stunden. Er macht Versuche, Nahrung zu nehmen, aber er erhält keine. Zu gleicher Zeit Verstopfung, Schlaflosigkeit, fortschreitende Schwäche. Die Haut wird mehr und mehr gelb. Der Kranke kann nur mühsam zu Fuss zum *Hôtel Dieu* kommen, wo er am 19. December 1847 aufgenommen wird.

Er hatte zur Zeit seines Eintritts sein volles Bewusstsein; er erzählte den Anfang seiner Krankheit folgendermassen: Sie war mitten im Zustand vollkommener Gesundheit ausgebrochen; keine augenscheinliche besondere Veranlassung schien sie entwickelt zu haben; er beklagte sich damals nur über grosse Schwäche. Am demselben Abend begann er zu deliriren; dieses Delir, ziemlich ruhig, dauerte nach 3 oder 4 Stunden auf, um einem tiefen Schlaf Platz zu machen. In diesem Zustande sah man ihn beim Besuch am Morgen des 20sten.

20sten. Er liegt auf dem Rücken, die Augen geschlossen; die Pupillen sind natürlich, für Licht empfindlich. Sobald man den Kranken berührt, geräth er in lebhaftere Unruhe, aber ohne die Augen zu öffnen und Etwas zu sagen. Sensibilität und Motilität sind am ganzen Körper erhalten. Man kann kein Wort aus dem Kranken herausbringen; er hat eine sehr ausgesprochene icterische Färbung der ganzen Haut und mehr noch auf der Sclerotica (Aderlass am Arme).

21sten. Der Kranke bewegt oft den Kopf von links nach rechts, ohne vom Kissen aufzuheben; die Scleroticae sind noch gelber; kein Stuhlgang, zeitweilige Schluchzen. Er hat einmal diesen Morgen erbrochen und macht von Zeit zu Zeit die Bewegung, als ob er eine Pfeife rauche; der Mund scheint leicht nach der rechten Seite gezogen.

Die 4 Gliedmaassen sind im Zustand der vollkommensten Schwäche; wenn man die Arme kneipt, fühlt der Kranke wenig und zieht sie fast nicht zurück. Die unteren Gliedmaassen sind ein wenig empfindlicher als die Arme und der Stamm. Der Kranke wird ungehalten, wenn man ihm die Augen öffnet. Puls 60, etwas weniger stark; keine Hitze auf der Haut. Heute nimmt der Schmerz nicht zu, wenn man den Kranken aufregt, die Gegend des Epigastriums ist nicht schmerzhaft, der Magen scheint durch Gase gespannt.

Das Blut des Aderlasses ist zerfliessend, mit leichter und weicher Kruste; Serum ist schwärzlich grün, mit Salpetersäure behandelt giebt es viel Eiweiss. Erregendes Klystier; dann Abführung mit *Calom.* gr. xv, *Syrup. cathart.* unc. j. (als Tisane; 2 Vesicatorien hinter die Ohren).

Am Abend um 4 Uhr ist die Haut heisser, ein wenig feucht; der Puls stärker, auf 72; die Arme sind flektirt; man gelangt ohne grosse Anstrengung die Arme auszustrecken, aber sich selbst überlassen, nehmen sie ihre frühere in geraden Winkel gebogene Lage wieder an; die Zunge ist weiss, etwas belegt, breit, das Schlucken erschwert, Nasenlöcher trocken.

22sten. Die Leber ist nicht vergrössert, aber es besteht eine lebhafte Empfindlichkeit in der Gegend des Epigastriums im Verlauf der Gallenkanäle und der Gallenblase; der Schmerz ist viel weniger lebhaft in der rechten Seite; es besteht allgemeine Schmerzlosigkeit auf der ganzen linken Seite.

Der Bauch ist etwas aufgetrieben, schmerzlos; Verstopfung; unwillkürlicher Stuhl, der die Leinwand gelb färbt; die Respiration gut; nichts Abnormes am Herzen. — Der Puls auf 80, stark, voll, regelmässig, etwas schwirrend; aber so- bald der Kranke aufgeregt wird, steigt er auf 100; er scheint am rechten Arm etwas weniger voll zu sein. Die Haut ist weich, ohne Feuchtigkeit und von natürlicher Wärme (Aderlass am Arm; 10 Schröpfköpfe auf das Epigastrium; Abführung aus Calomel und Scammonium $\bar{a}\bar{a}$ scr. β).

Am Abend um 4 Uhr steht der Puls auf 62; die Empfindlichkeit der Arme und des Stammes ist noch schwächer, aber der Kranke bewegt die Beine, sobald sie nur leicht kneipt; er hat auch während der Anlegung der Schröpfköpfe keinen Schmerz. Um 5 Uhr ist er am ganzen Körper sehr kalt geworden. Die Nacht ist er unbeweglich im Bette, die Augen geschlossen; die Finger und das Knie sind gebogen, ohne Contractur. Wenn man die rechte Seite des Knie kneipt, so bewegt der Kranke mühsam die Hand nach der Stelle; er hat in den Zwischenräumen einige tonische Krämpfe. — Am Herzen nichts Abnormes; der Puls ist stark; 14 Athemzüge in der Minute; wenn man ihm die Augen zu und sie durch lebhaftes Vorüberführen eines Gegenstandes zu reizen sucht, bleiben sie unbeweglich; die Pupillen sind fortwährend contractil, aber ein wenig erweitert, das rechte Auge ist etwas injicirt; es sind Ausleerungen eingetreten, und da das Schlucken sich wieder einstellte, so wurden durch die spasmodischen Bewegungen einige Schlucke Tisane erbrochen. Die gelbe Farbe ist noch da; der Kranke ist beständig sprachlos, bewegt seinen Kopf von rechts nach links.

23sten. Einmal Erbrechen und ein ziemlich reichlicher Stuhl seit gestern. Diesen Morgen hat sich der Kranke in seinem Bette bewegt; Puls auf 68, etwas weniger stark; die Arme sind nicht mehr gebeugt; das Schlucken ist noch etwas schwieriger; Zunge immer gleich; zeitweises Schlucken; ausgesprochenere Unruhe; die Vesicatorien haben fast nicht gezogen. — *Calom.* gr. xx *Pulv.* *op.* gr. xv. (Zwei Vesicatorien auf die Wade, abführendes Klystier.)

Am Abend kleiner Puls, 68. Der Kranke versteht und antwortet, wenn man ihn redet; er trinkt besser und will sich aufrecht setzen. — Keine Ausleerungen; die Vesicatorien ziehen gut.

24sten. Es sind 3 gelbliche Stühle eingetreten; der Kranke befindet sich besser, spricht und verlangt zu essen; Puls schwach, auf 60.

25sten. Puls ebenso; die Besserung dauert fort (2 Bouillons). — Am Abende ist der Puls stärker, voll, auf 68, Haut ein wenig heiss.

26sten. Die Convalescenz stellt sich rasch ein; die gelbe Farbe nimmt etwas ab (2 Bouillons, 2 Suppen).

27sten. Der Kranke befindet sich sehr wohl (Eine Portion).

28sten. Der Kranke isst zwei Portionen, aber er hat Schmerz im Epigastrium.

30sten. Die Gelbsucht verschwindet nach und nach.

5. Januar. Der Kranke steht ein wenig auf; er empfindet immer noch eine Unbehaglichkeit in der Gegend des Epigastrium nach dem Essen.

9ten. Die Haut ist kaum noch gelb, die Empfindlichkeit in dem Epigastrium nach der Mahlzeit dauert fort, der Puls steht immer auf 60.

11ten. Die Verdauung ist gut; der Stuhl ist regelmässig, die Gelbsucht kaum noch merklich. Da sich der Kranke sehr wohl befindet, so verlässt er das Spital.

Epicrise. Auch in dieser Beobachtung herrscht wie in der vorigen ein essentieller Icterus mit schwerem und bedenklichem Charakter vor. Vom 6ten bis zum 11ten Tage zeigen sich sehr schlimme Cerebralerscheinungen, sogar Paralyse und Contractur. Dennoch lassen dieselben allmählig nach und am 15ten Tage ist der Kranke in Convalescenz, nach 3 Wochen ist der Icterus verschwunden, nach ungefähr einem Monat ist der Kranke geheilt. Zu bemerken ist, dass in den Gliedern weder Schwellung noch Contractur zurückbleibt, so dass auch hier anzunehmen ist, dass im Gehirn keine tiefen materiellen Störungen eingetreten waren. Charakteristisch ist noch an dieser Beobachtung die außerordentliche Wandelbarkeit und Erregbarkeit des Pulses. Der ganze Verlauf, die schnell eintretende Convalescenz und die Heilung sprechen auch hier wieder gegen die hypothetische Annahme der *Atrophia hepatis flava* als des letzten Grundes der Krankheit.

Achte Beobachtung.

Hepatitis cum Ictero. Complication mit *Phrenitis potatorum*. Erbrechen. Coma. Tod am 13ten Tage. — Leichenbefund: Hydrocephalische Gehirnerweichung. Atrophie der Leber. Grosse, leberzerreißliche Milz. Auflockerung der Magen- und Darmschleimhäute. Atrophie und Tuberculose der rechten Niere. (Horaczek, Die allgemeine Dyskrasie mit acuter gelber Atrophie der Leber. Wien 1843. p. 93.)

Leopold K., gewesener Caffeesieder, 47 Jahre alt, kräftigen Körperbau, schwarzhaarig, ziemlich wohl genährt, hatte, namentlich in den letzten Jahren,

holten Malen an rheumatischen Gelenkschmerzen, im 14ten und 37sten Jahre Alters an Wechselfieber und einmal an Gelbsucht und zwar in jüngeren durch 4 Wochen gelitten. Seit 2 Jahren in seinen Vermögensumständen leidet, sah sich L. K. Nahrungssorgen preisgegeben, welcher Umstand den sonst regten und lebhaften Geist desselben so beugte, dass er eine regellose Lebensweise lieb gewann und Excesse im Trinken an der Tagesordnung waren. Ein solcher gab auch Veranlassung zur gegenwärtigen Krankheit. Nach einer durchwachten Nacht und übermässig genossenen geistigen Getränken fühlte sich L. K. am 7. Juli 1837 äusserst abgeschlagen und ermattet und die in den Gliedern umhergestellten herumziehenden Schmerzen mahnten ihn an die schon zu mehreren überstandenen rheumatischen Affectionen. Um diesem zu begegnen, den dumpfen Kopfschmerz zu lindern und die sich eingestellte Brechneigung niederdrücken, trank der Patient mehr als eine genügende Menge eines jungen (mannten heurigen) Weines, jedoch ohne den gewünschten und gehofften Erfolg. Nach einer äusserst elend zugebrachten Nacht war der Zustand am nächsten Morgen gebessert, vielmehr erbrach der Kranke zu mehreren Malen eine gallige Flüssigkeit. Nichts desto weniger schleppte sich derselbe, trotz eines hinzugekommenen Seitenstechens, trotz eines mit fliegender Hitze abwechselnden Fröstelns und einer beginnenden gelben Entfärbung der Haut noch eine ganze Woche elend fort, ohne zu etwas Anderem, als zu seinen specifischen Mitteln, Wein und bittrig-agentropfen seine Zuflucht zu nehmen. Den 3. und 4. August war L. K. so schwach, dass er das Bett zu verlassen nicht im Stande war, und als auch auf reichlich getrunkenen Hollunderaufguss keine Besserung erfolgte, liess er sich am 5. August in's allgemeine Krankenhaus bringen, wo er über heftigen Kopfschmerz, dessen die Schädelknochen auseinander getrieben, und Druck in der Stirn- und Augengegend klagte. Das intensiv gelbe Auge schien gegen Lichtreiz empfindlich zu sein; die Zunge war roth und trocken; Appetit keiner vorhanden, der Geschmack blass und der Durst gross, das Athmen von mässigem, feuchtem Husten mit spärlichem Auswurfe begleitet, etwas beschleunigt und nicht ganz frei, das tiefere Athmen jedoch wegen Erregung starker Schmerzen in dem rechten Hypochondrium gehindert; der Unterleib nicht sehr aufgetrieben und sehr empfindlich; Gefühl von Völle und Druck in der Präcordialgegend; anhaltende drückende und stechende Schmerzen in der Leber, die bei jedem Drucke exacerbiren und wobei der Kranke in Zittern und Zuckungen verfällt und unter lauten Schmerzensäusserungen seine Gesichtszüge verzerrt; die Haut gelb tingirt, im Gesichte und auf der Brust intensiver, mit einem Anstrich in's Grünliche, dabei trocken, spröde, brennend; der Puls sehr beschleunigt, unterdrückt, unregelmässig, der Kranke klagt über grosse Mattigkeit, Schmerzhaftigkeit und Einschlafen der Glieder. Ein Aderlass von 12 Unzen, warme feuchte Umschläge auf die Lebergegend nebst einer salzig-purgirenden Mixtur wurden angeordnet und ein entsprechendes Regime beobachtet.

Am 6. August. Der Krankheitszustand hat sich nicht im mindesten geändert. Der Aderlass brachte nur eine momentane Linderung und lieferte ein mehr oder weniger, als geronnenes Blut, mit nur wenig gelben Serum's, und keine Ent-

zündungshaut. Die Nacht ward sehr unruhig und schlaflos zugebracht und das mehrmaliges Irrereden unterbrochen; Patient klagte fortwährend über Kopf- und Leberschmerz; der Kopf war aber nicht sehr heiss und turgescirend, die Augen dagegen sehr empfindlich, daher gerne geschlossen; die Zunge rein und feucht; zum bitteren Geschmacke hatte sich häufiges Aufstossen gesellt; die linke Thoraxhälfte sich während des nur wenig beschleunigten Athmens freier bewegend, als die rechte, Husten etwas häufiger, aber nicht lästig; der Unterleib eingefallen, der Schmerz in der Lebergegend gesteigert, durchdringend stechend, zeitweise exacerbirend; eine entzündliche Anschwellung der Leber liess sich nicht deutlich wahrnehmen; Stühle waren vier erfolgt, sie waren breiig, dunkel, später gelbbraun; der Harn gallig gefärbt, dunkel braunroth, halb durchscheinend, ohne Bodensatz; die Färbung der Haut hat an Intensität zugenommen; die Haut selbst war warm und feucht; der Puls frequenter, mässig stark, nicht hart und nicht ganz regelmässig; der Kranke zeigte eine auffallende innere Angst und Unruhe, war wohl bei vollem Bewusstsein, doch unstät in seinem Benehmen, heftig im Antworten.

Nebst dem innerlichen Gebrauche eines *Decoct. antiphlog.* mit *Tart. stib.* wurden acht blutige Schröpfköpfe auf die Lebergegend gesetzt.

Im Verlaufe des Tages nahm die Unruhe des Kranken zu. Derselbe erbrach ohne Erleichterung mehrere Male eine schwarze, gallige Flüssigkeit in bedeutender Menge, und fing an, in kurzen Zwischenräumen aufzufahren und irre zu reden. Gegen Abend trat eine Exacerbation ein, während welcher Patient auffallende Symptome einer gesteigerten, perversen Geistesthätigkeit zeigte, doch ohne dass diese angedauert hätten; allmählig beruhigte sich derselbe, genoss aber während der Nacht eines unruhigen, durch jocose Phantasmen und lautes Reden unterbrochenen Schlafes.

Den 7. August. Des Morgens war Patient aufgeregter als je und nicht bei vollem Bewusstsein. Hände und Kopf waren in beständiger Agitation; das ständige Irrereden und Toben, das heftige Auffahren und Zurückdrängen der stehenden, deuteten bei einem nicht sichtbaren congestiven Zustande auf ein inneres Hirnleiden; das Antlitz war eingefallen, die Gesichtszüge ganz entstellt und verzerrt, das Auge geschlossen, die Zunge feucht; nach Trank kein Verlangen brechen seit 12 Stunden nicht mehr erfolgt; das Athmen beschleunigt, der Unterleib zusammengefallen und in der Lebergegend sehr schmerzhaft; Oeffnung seit 24 Stunden zweimal, flüssig und braun; Urin wie gestern; die Hautentfärbung stärker hervortretend und ins Schmutzig-gelbgrüne sich verlierend; die Hautwärme mässig; die Haut nicht turgescirend und leicht, aber ungleichmässig transpirirend; der Puls deutlich beschleunigt, weich, Vermehrung der Brechweinsteingabe auf *grana pro die*, ein Vesicator im Nacken, und Senfteige auf die Waden und Schenkel, doch ohne Erfolg auf den tobenden Kranken zu äussern, der endlich mit Gewalt im Bette erhalten werden musste. Héftiges Zittern und Zuckungen der Extremitäten traten hinzu, der Kranke liess unwillkürlich den Stuhl unter sich und endlich gegen Mitternacht aus Ermattung in einen Schlaf, der bis zum Morgen dreimal, durch Delirium, Toben und Schreien mit heiser gewordener Stimme unterbrochen wurde.

Den 8. August. Weit verschieden war das heutige Krankheitsbild vom
 gen, der Kranke lag in tiefen Sopor versunken, aus dem er zum Bewusstsein
 zu bringen war, und murmelte unzusammenhängende, unverständliche Worte mit
 heiserer Stimme; der Kopf war warm, doch ohne Gesichtsturgor; die
 sehr erweitert und unbeweglich; die Lippen und Zunge trocken; die
 ation verlangsamt und mühsam, der Herzschlag schwach, unregelmässig; der
 ein wenig von Luft aufgetrieben und immer in der Lebergegend empfindlich;
 einer Collapsus der Haut, diese selbst kühl und feucht; der Puls sehr fre-
 aber weich, schwach, zitternd, leicht zu unterdrücken und unregelmässig,
 massetend; auch alle Muskelkraft war erloschen, der Kranke lag träge, nach-
 im Bette, liess die gehobenen Arme, als wenn selbe von Blei wären, sinken
 war unempfindlich gegen jeden Reiz. Trotz der noch angewandten Reizmittel,
 , Campher u. dgl. m. starb 3 $\frac{3}{4}$ Uhr Nachmittags der Kranke an lähmungs-
 Erschöpfung der Kräfte.

Nach 40 Stunden ergab sich bei der Leichenöffnung folgender Befund:

Die Kopfknochen dick, compact, gelb gefärbt; im Sichelbehälter wenig flüssiges
 die innere Fläche der *Dura mater* mit dünnem, gelblichem Exsudate über-
 ; die Hirnsubstanz weich, schmierig, serös infiltrirt, gelb tingirt, sammt den
 der *Pia mater* wenig Blut führend, in den Seitenventrikeln nur wenig
 Serum enthalten; die Adergeflechte blassroth.

Die Lungen mit Blut überfüllt.

Das Herz schlaff, blass; in den Herzhöhlen und grossen Gefässen nur
 flüssiges Blut; die Aortaklappen von Knorpelsubstanz verdickt und rigid.

Die Leber auf die Hälfte und mehr ihres Volumens geschwunden, ihre
 Fläche geschrumpft und von grob granulirtem Aussehen, die convexe Fläche
 rechten Lappens dunkelgrün tingirt; die Substanz lederartig zähe, ziem-
 licht, blutleer, gelblich grün, die braune Substanz völlig ge-
 wunden, der Zellstoff dazwischen verdickt. In der Gallenblase dunkle, grün-
 Galle.

Die Milz mit der Umgebung durch dichten Zellstoff verwachsen; die Kapsel
 Linie knorpelig verdickt; dem Umfange nach noch einmal so gross; die
 ganz zu einem dunkelrothen Brei zerreiblich.

Das Pancreas zähe, grobkörnig.

Der Magen dunkelbraun, mit zähem Schleime untermischte Flüssigkeit ent-
 ; seine Schleimhaut durchaus aufgelockert, verdickt, warzig hervor-
 and, gegen die Cardia hin dunkelroth tingirt, im übrigen Theile grünbläulich
 tingirt. Die Dünndarmhäute aufgelockert, die Peyerschen Drüsenhaufen
 geschwollen.

Die linke Niere etwas grösser, dunkelroth, aufgelockert, blutreich; die
 rechte Niere auf den vierten Theil des gewöhnlichen Volumens geschwunden, die
 Kapsel mit der Fettkapsel innig verwachsen, die Substanz mit zerstreuten,
 mass- und bohnergrossen, erweichten, käsigen Tuberkel-Massen durchweht, die
 von dieser Seite zur Dicke eines Daumens ausgedehnt, eine bräunliche, zer-
 Flüssigkeit führend.

Epicrise. Wir haben es hier mit einem der wenig schnell verlaufenden Fälle des typhoiden Icterus zu thun. Erst am 9ten Tage treten die Cerebralerscheinungen auf und am 13ten Tage enden sie mit dem Tode. Auch hier läßt sich wie so häufig in ähnlichen Fällen, eine bestimmte Gelegenheitsursache nachweisen, nämlich bedeutende Excesse. Wir finden hier bei der Leichenöffnung zum ersten Male ein gelbliches Exsudat auf der inneren Fläche der *Dura mater* erwähnt, zugleich die Gehirnsubstanz als weich, schmierig und sehr infiltrirt angegeben. In den Seitenventrikeln ist wenig Serum. Einerseits ist bei der bekannten schnellen Fäulniß dieser Leiche die allgemeine Weichheit der Hirnsubstanz, besonders im Mesencephalon, nicht von großem Belang, andererseits müssen wir darauf dauern, daß über das Exsudat auf der *Dura mater* so wenige Details gegeben sind. Auch als reine Leberatropie kann dieser Fall nicht gelten, da offenbar, nach der Beschreibung, dieselbe im Zustand der Cirrhose sich befand.

Wir wollen nun einige Beispiele von der schweren Form des Icterus mit mehr rein typhoidem Verlauf und tödtlichem Ausgang ohne deutlich ausgesprochene Cerebralerscheinungen anführen.

Neunte Beobachtung.

Icterus. — Hartnäckiges Erbrechen. Miliaria. — Mehrfache Blutflüsse. — Roseola. — Allmäliger Collapsus. — Tod. — Keine genügende Auskunft bei der Leichenöffnung. (Ozanam *op. cit.* p. 100.)

Ein 40jähriger Kranker von mittlerer Grösse und kräftiger Constitution, bedeutender Wohlbeleibtheit, war nie vorher krank gewesen. — In Folge eines heftigen Streites mit einem Kameraden, bei dem er sich befand, ward er plötzlich von heftigem Kopfschmerz, Fieberschauer und Erbrechen ergriffen. Das Unwohlsein war so stark, dass er genöthigt war, sich bei seinem Kameraden zu Bett zu legen. Er blieb daselbst bis zum Eintritt in's Spital, drei Tage nach Beginn der Zufälle.

Am folgenden Tage, den 26. Juli, als wir den Kranken sahen, fühlte er einen lebhaften Kopfschmerz, Betäubung, Krämpfe in den Gliedern. Er erlitt nicht mehr, hatte aber immer Ekel. — Das Fieber war nicht sehr stark; es stand keine Diarrhoe. Man verordnete ihm eine Lösung von *Syrupus Rubi* und Limonade.

Am 27sten kam ein stark ausgesprochener Icterus zum Vorschein. Indeß war der Kranke ohne Fieber, seine Haut kühl, der Kopfschmerz weniger heftig.

er sich beklagte, dass er nicht habe schlafen können. Der Geschmack war bitter, der Leib schmerzlos, die entleerten Stoffe hatten ihre natürliche Farbe; weder Percussion, noch Palpation konnten eine Affection der Leber erkennen lassen.

Am 28sten und 29sten schien der Zustand des Kranken besser; aber in der Nacht vom 29sten auf den 30sten Juli wurde er von einer Dyspnoe ergriffen, die rasch zunahm. Zur Zeit des Besuchs fanden wir ihn in einem Zustand tiefen Comas. Die Athemnoth war gross, und die ganze Seite des Thorax zeigte eine verhärtete Mattigkeit.

Bei der Auscultation vernahm man Schleimrasseln und feines Knistern im vorderen Umfang der rechten Lunge; kein Wiederhall der Stimme, noch bronchiales Râle. Der Puls war breit, schwirrend; Alles deutete auf eine heftige Lungeninflammation. — Ein Aderlass von mehr als einem Pfund ward unverzüglich gemacht, und erleichterte sehr den Kranken. Die Athembeschwerden dauerten in minderm Grade den ganzen Tag über fort, und in der folgenden Nacht ward der Kranke, der bisher von Nasenbluten nicht unterworfen war, um 4½ Uhr Morgens von einer Epistaxis aus der Nase befallen, die bis 8 Uhr dauerte. Beim Besuch war der Kranke sehr bleich, seine Haut sehr kühl, aber ohne kalten Schweiss; Puls auf 60; Athembeschwerden geringer; Brust volltönender, weder Husten, noch Auswurf. Uebler Geruch im Munde, die Zunge mit gelblichem Beleg bedeckt, der Urin dunkelbraun; ein heftiger, lebhafter Schmerz ward in dem Epigastrium gefühlt. Man verordnete ein *Decoctum hordei* und *Radix graminis* und 6 Schröpfköpfe auf das rechte Hypochondrium.

Am 1. August stellte sich wieder heftiges galliges Erbrechen ein; der Kranke war in einer fast anhaltenden Somnolenz; er hatte ein sehr lebhaftes Fieber; ein Ausschlag von Miliaria zeigte sich auf der Brust und verschwand am folgenden Tage. Die Behandlung mit dem *Decoctum hordei* und *Radix graminis* fortgesetzt und eine Mischung von Ricinusöl mit Süssmandelöl gereicht. Diese Arznei wurde im Lauf der Nacht erbrochen und die Verstopfung dauerte fort.

Am 2. August. Das gallichte Erbrechen besteht noch, bald mit heftigen Anstrengungen, bald unter blosser Aufstossung. Leichtes Nasenbluten, Verstopfung. Man liess den Kranken Pillen aus Kalomel und Opiumextract nehmen.

Am 3ten hatte der Kranke leichtes Nasenbluten.

Am 4ten derselbe Zustand. Am Abend, als die Athembeschwerden zuzunehmen schienen, machte man einen Aderlass von 8 Unzen.

Am 5ten legte man ein grosses Vesicans auf die rechte Seite und verordnete ein *Ferrocyanicum* 3j in 2 Maass Zuckerwasser.

Am 6ten dauerte das Erbrechen fort; man bemerkte mitten in der Galle, dass das Erbrechen bestand, weisse, und wie pseudomembranöse Flocken. Das Fieber war lebhaft und der Kranke in einer fast anhaltenden Somnolenz. (Gleiche Behandlung.)

Am 7ten derselbe Zustand. Alles Getränk ward von dem Kranken erbrochen, das Erbrechen dauerte fort. Man gab neben dem *Kali ferrocyanicum* noch Eis, damit das Getränk vertragen werden sollte.

Am 8ten war Besserung eingetreten, der Kranke erbrach weniger, die Somno-

lenz schien vermindert; es zeigte sich während des Tags ein Ausschlag von kleinen rothen, unregelmässig abgerundeten Flecken von 1 Centimeter Durchmesser, in Kreise, bald unregelmässige Figuren bildend, welche Beine und Schenkel bedeckten. Zu gleicher Zeit hatte der Kranke heftiges Schluchzen. An den folgenden Tagen nahm die Somnolenz bedeutend ab, aber Icterus und Erbrechen blieben auf dem gleichen Punkte. Der Ausschlag befiel nach und nach die Arme und den Stamm ward allgemein, und die Flecken bildeten, indem sie zusammenflossen, rothe, sehr breite Plaques, deren Farbe merkwürdig gegen die gelbe Farbe der übrigen Haut abstach. Das Schluchzen nahm an Heftigkeit zu.

Am 11ten, immer noch sehr heftiges Erbrechen; man bemerkte darunter manchmal einige Streifen Blut. Im Uebrigen der gleiche Zustand, das Schluchzen dauerte fort, Fieber immer sehr lebhaft. Man liess den Kranken Stückchen Eis nehmen, etwas Bouillon, ferner Laudanum 15 Tropfen und *Syrupi aetherei* 3j.

Am 12ten im Lauf des Tages keine Veränderung. Man fuhr mit der Arznei fort. Ausserdem ein Klystier mit *Natron sulphuricum* und Sennadecoct.

In der Nacht vom 12ten auf den 13ten war der Kranke sehr beengt; zahlreiche Stuhlausleerungen; am Morgen war sein Gesicht blass, fahl, höchst erschlagen; kaum vermochte er mit einigen unterbrochenen Worten auf die Fragen zu antworten. Der Puls war nicht sehr häufig, aber ohne Kraft, die Zunge trocken und gelb; das Erbrechen, das Schluchzen hatten nicht aufgehört, Alles verheissend einen schlimmen Ausgang. Man verordnete Sinapismen auf die Füsse und Waden von Vichy, mit Eis abgekühlt.

Im Lauf des Tages verlor der Kranke das Bewusstsein und starb um 6 Uhr Abends.

Leichenöffnung 40 Stunden nach dem Tode.

Ausserer Zustand. Die Wohlbeleibtheit hatte nicht sehr abgenommen, erschien beträchtlich. Der Icterus hatte seine frühere Intensität, aber der Ausschlag zeigte sich fast nicht mehr.

Thorax. Die Lungen waren gesund und knisternd, ausgenommen die linke rechte Seite, die noch im Zustande der Congestion war, besonders an ihrer Basis. Nichts im Pericardium und Herzen.

Abdomen. Der Magen zeigte keine krankhafte Veränderung; er enthielt keine Galle; seine Schleimhaut war gesund; nur sah man im Niveau der grossen Curvature im Umfang eines Zolles eine Menge roth-brauner Blutpunkte, die auch ungefähr einen Zoll vom Anfang des Duodenum einnehmen. Im Uebrigen war keine Hyperämie vorhanden und die Schleimhaut erschien im Zwischenraum der punctirten Stellen gesund.

Der Darmkanal enthielt grünliche Galle.

Die Leber von normaler Grösse und Farbe, war nicht entzündet; in Section geschnitten zeigte sie weder Abscesse noch sonst etwas Krankhaftes.

Die Gallenblase enthielt eine dicke und sehr schwarze Galle, aber keine Gallensteine. Eine Sonde drang ohne Mühe in die ganze Weite ihrer Gänge, nachher geöffnet wurden, ohne dass sich irgend eine Verletzung in denselben erkennen liess.

Epicrise. Wir haben es auch hier mit einem mehr in Länge gezogenen Falle von Icterus zu thun, in welchem Zorn bedeutendes Fieber eintritt, alsdann nach 3 Tagen Haut icterisch wird und die Gelbsucht ihren Verlauf durchläuft. Heftiges Nasenbluten war aufgetreten; vorübergehende Gegencongestionen zeigten sich hier mit gröfserer Heftigkeit, als man dies gewöhnlich beobachtet; das Erbrechen war während der ganzen Zeit sehr hartnäckig. Auch bei diesem Kranken zeigte sich ein roseolähnlicher Ausschlag. Ohne deutlich ausgetretene Cerebralerscheinungen verfällt der Kranke in Collaps und stirbt am 20sten Tage. Das ganze Bild der Krankheit hatte den typhoiden Charakter. Ecchymosen im Magen und Duodenum abgerechnet, zeigte sich nichts bei der Leichenöffnung, was von der Krankheit hätte Rechenschaft geben können; es ist ausdrücklich gesagt, dafs die Leber von normaler Gröfse und Färbung gewesen wäre. Möglich wäre es wohl, dafs ein leichter Grad der gelben Atrophie hätte übersehen werden können; indessen zeigt jedenfalls das ganze vorhandene Krankheitsbild vielmehr ein Allgemeinleiden, als einen örtlichen Krankheitsprozeß.

Zehnte Beobachtung.

Icterus bei einem an Schanker leidenden Kranken. Allmälige Schwöpfung und Tod am 17ten Tage, nach vorhergehendem Brand des männlichen Gliedes und mehrfachen Blutungen, sowohl aus der Harnröhre als auch aus den brandigen Theilen. Bei der Leichenöffnung zeigte sich die Leber mit mehr gleichmässigem Gefüge und normalem Volumen. (Verdet: *De l'Ictère essentiel grave. Thèse soutenue à Paris le 17 Décembre 1851*, Erste Beobachtung.)

Ein gewisser Trouvillier, Gerber, 28 Jahre alt, ist am 20. November in das Hôtel Charité, Saal St. Louis eingetreten. Mit einer beträchtlichen Muskelstärke wurde dieser Mann vor 4 Tagen, inmitten einer vortrefflichen Gesundheit, von einem allgemeinen Unwohlsein ergriffen, das ihn seither nöthigte, das Bett zu hüten. Dieses Unwohlsein war von einer leichten Diarrhoe, vielem Kopfschmerz und schwankendem Gang begleitet.

Bei seinem Eintritt in die Charité erscheint er im Zustande einer sehr grossen Schwäche; kein Stupor, noch Störungen in seinen geistigen Fähigkeiten, mässiger Kopfschmerz. Die Conjunctiva leicht injicirt, Gesicht voll, von normaler Färbung; Augen grau und feucht, Mund bitter, ausgesprochener Durst, keine Kolik, Verstopfung seit 2 Tagen. Abdomen von normaler Form, ein wenig Gurren in der

Ileocöcalgegend, Haut weiss, Puls klein, 100. — Dumpfe Schmerzen in den Oedern. Der Kranke hat so starken Schwindel, dass er nicht aufrecht stehen kann und in dieser Stellung fast ohnmächtig wird. — Am Präputium befindet sich Schanker mit Balanitis complicirt. (Aderlass von 16 Unzen.)

21. November. Das gelassene Blut zeigt ein sehr reichliches, gelbes Serum. Seit gestern ist Icterus eingetreten; keine Aufregung, weniger Kopfschmerz und Schwindel. Zunge weiss. Die Leber überragt nach unten den Rand der Rippen. Puls weich, weniger häufig. — Am folgenden Tag sind Schwindel und Schwäche wieder sehr bedeutend. Der Kranke hat täglich starkes Nasenbluten. Die Haut sehr heiss; Präputium mehr geschwollen. — Am 25sten war das Nasenbluten sehr stark, dass tamponirt werden musste. — Sehr aufgeregte Nacht. Orangefarbene Färbung des Körpers. Verstopfung. Puls beschleunigter. — In den folgenden Tagen schwillt die Haut des Penis so an, dass bei dem drohenden Brande mehrere Einschnitte gemacht werden müssen. Aus einem der syphilitischen Geschwüre tritt eine copiose Blutung ein. Die Nächte sind schlecht. Häufiges Schluchzen. Hauttemperatur wieder fast normal (Limonade — Cataplasmen).

29. November. Beständiges Schluchzen. Puls 80, Haut heiss. Etwas Empfindlichkeit auf Druck oberhalb der Symphyse der Schambeine. Wenig Harn. Verstopfung. (Limonade mit Wein. — *Potio antiemetica Riverii*). — Das Schluchzen wird immer häufiger. Intelligenz normal; Zunge feucht und weiss, etwas Appetit. reichlicherer Harn. Der Brand des Präputium nimmt zu. Am 30sten verordnet man Selterwasser und Fleischbrühe zur Nahrung.

Die Symptome dauern an den folgenden Tagen fort; der Puls steigt auf 100. Die Verstopfung ist immer hartnäckig; der Brand nimmt etwa 3 Viertel der vordern Theile des Penis ein. Die Lippen werden bleich. Man nimmt am 3. December die Brandschorfe des Penis weg, wobei der Kranke ziemlich viel Blut verliert. Haut kühl, Puls 100. — Im Laufe des Tages nimmt die Schwäche des Kranken bedeutend zu, er behält aber vollkommenes Bewusstsein und kündigt nahes Ende an. Er stirbt am 4. December 4 Uhr Morgens, nachdem die Schwäche immer mehr zugenommen hatte.

Leichenöffnung. Gehirn normal; *Pia mater*, Serum des Gehirns, Oberfläche der Ventrikel und *Plexus chorioidei* etwas gelb gefärbt. — Lungen gross, Herz gross, besonders der linke Ventrikel dick, mit weiter Höhle. Im rechten Herzen ist ein fibrinöser intens-gelber Pfropf. Magen gesund; Duodenum bläulich grauen Schleim enthaltend; im Jejunum etwas gelbliche Flüssigkeit, welche im Ileum copioser ist. Im Colon feste, normale Faeces; die Peyer'schen Drüsen etwas geschwellt.

Die Leber ist von normalem Umfang, olivenfarbig, gelblich grün; ein frischer Schnitt ist glatt, feucht, etwas weich; die Granulationen sind verschwunden. Man sieht viele polygonale, olivengrüne Linien, die eine mehr graue Substanz einschließen. Die Gallenblase ist ausgedehnt, von einer braunrothen, wenig consistenten Flüssigkeit gefüllt. Schleimhaut normal. Auch in den grossen Gallengängen findet man eine ähnliche Galle; sie sind überall frei durchgängig. — Die Pfortader ist geschwellt. In der Hohlvene sind wenig umfangreiche, gelb gefärbte Pfropfe; Milz mässig

; die Corticalsubstanz der Nieren ist gelb gefärbt. — Auf der Schleimhaut des Harnbecken sind mehrere Ecchymosen. In der Blase ist eine reichliche Menge dunklen Urins.

Epicrise. Dieser Fall ist ein interessantes Beispiel des Icterus mit tödtlichem Ausgang ohne alle Cerebralsymptome, ohne alle Leberschmerzen, weder von Atrophie, noch von Hypertrophie dieses Organs begleitet. Die Schwäche und der Collapsus sind wohl auch hier zum Theil auf Kosten des großen Blutverluste zu stellen. Wir glauben nicht, dass der Brand der Haut des männlichen Gliedes, welcher offenbar oberflächlich war, die Schuld des schlimmen Ausgangs zu können. Interessant ist die Complication mit Syphilis, wie wir schon früher gezeigt haben, als Causalmoment in der Entwicklung des bösartigen Icterus wirken kann. Der Patient war frisch, nicht mit Mercur behandelt, also konnte es, wie es öfters geschehen, kein Antheil an der Entstehung des Icterus beigelegt werden.

Elfte Beobachtung.

Icterus mit typhoidem Verlauf, am 15ten Tage nach dem Beginn der Prodrome tödtlich. — Bei der Leichenöffnung nichts Abnormes. (Wisshaupt, Bericht über die Oppolzer'sche Klinik: Prager Vierteljahrsschrift Band XXII. p. 97.)

H., 39 Jahre alt, Knecht, im Elende lebend, erkrankte 14 Tage vor der Aufnahme ins Spital auf einer Nachtreise. Mattigkeit, Schauer mit Hitze, Durst, Kopfschmerz, Magendrücken, waren die ersten Symptome; am 8ten Tage wurde er fieberhaft; am 12ten kam abermals Kälte, dann Hitze, Erbrechen einer bitteren grünlichen Flüssigkeit; Diarrhöe; am 13ten Tage ikterische Hautfärbung; Schwindel und Diarrhoe geringer, Jucken der Haut. Bei der Aufnahme am 14ten (November) fand man den Kranken sehr schwach, die Muskeln schlaff, unthätig, die Farbe der Haut intensiv gelb, ebenso die Sclerotica sehr gelb; Extremitäten zitterten bei jeder Bewegung. Leichter Stirnschmerz, Schwindel, Pupillen eng, wenig beweglich, Stimme schwach, heiser. — Geistesvermögen nicht getrübt. Kein Schlaf. Lippen livid. Zunge feucht, weiss, Durst sehr heftig, Rauch eingezo-gen, beim Drucke empfindlich. Die Percussion gab in der Epigastrie 1 Zoll, in der Papillarlinie 3 Zoll, in der Axillarlinie 4 Zoll Dämpfung. Der Thorax war wenig grösser. Etwas Husten und Schluchzen. Puls 96, doppelt. Gesicht mit kaltem Scheweisse bedeckt. Calomel 1 Gran mit Opium, 3 Schläge auf den Kopf. Essigwaschungen. — Am 15ten Tage Indifferenz, keine Antworten, Bauch weich. Leber schien kleiner, doch war der Meteorismus sehr beträchtlich, folglich das Urtheil unsicher, Athmen mühsam, Extremitäten kalt,

mit Schweiss bedeckt, Nachmittags Sopor und Tod. Die Section berechtigt keiner andern Diagnose, als zu der von Polycholie; die Leber bot nichts Abnormes in ihrem Substrate dar.“

Epicrise. Wir citiren diesen Fall besonders wegen bei tödtlichem Icterus in der Oppolzerschen Klinik so constatirten Abwesenheit der *Atrophia hepatis flava*.

Zwölfte Beobachtung.

Icterus mit Leberschmerz. Cephalische Symptome. To 16ten Tage. — Leichenöffnung: Gelbe Atrophie der Leber. raczek, Die gallige Dyskrasie mit acuter gelber Atrophie der Leber: Wien 18

„Ein Mädchen von 16 Jahren litt schon seit 14 Tagen an der Gelbsucht gegenwärtig schlechten Geschmack im Munde, erbricht sich oft; die Stuhlausgänge sind blass und lehmartig; der Mund ist trocken; die Zunge ist rein; der Urin sparsam und gelb gefärbt; der Puls 80 Schläge in der Minute macht dabei Schmerz in der Lebergegend und beim Einathmen; Drücken über den Lebertrichter sieht Alles gelb gefärbt, ist schlaftrunken, sehr niedergeschlagen, schreit weiss nicht wohl zu antworten. Zwei Tage nach ihrer Aufnahme in's Spital kam der Tod.

Leichenbefund. Die *Dura mater* ist stark gefärbt, ebenso die Pacci schen Drüsen; die Hirnwindungen sind flach; die Seitenblutleiter voll Blut, kein Bluterguss oder abnorme Gefässentwicklung in der Hirnsubstanz. Die Haut des oberen Theiles der Luftröhre ist sehr gefässreich; in der Bronchie an der Bifurcation der Luftröhre fand sich ein erdiges Concrement von der Grösse einer Kastanie.

Die Leber weich, schlaff, augenfällig klein, ihre Substanz zum Theil m gelb gefärbt; der gemeinschaftliche Gallengang war nicht verstopft, aber sehr we

Die linke Niere hatte eine glänzend gelbe Farbe, die rechte war ab so gelb; das Herz war klein, seine innere Haut und die halbmondförmigen der Aorta stark gelb gefärbt. — Die innere Haut des Magens körnig u Galle unterlaufen. Die Milz gesund, das Pancreas nicht gefärbt.“

Epicrise. Auch diese Beobachtung zeigt ein Beispiel typhoiden langsamen Verlaufes, mit dem Tode am 16ten jedoch ohne dass die eigentlichen Erscheinungen cerebrale Natur, Delirien, Convulsionen aufgetreten wären. Die Symp tolenz kann wohl hier ebenso gut auf Kosten des Collapsus gebracht, wie als cerebrale Erscheinung aufgefasst werden. Auf der andern Seite zeigt eben dieses Factum, dass auch die Grenz ung zwischen der typhoiden und cerebralen Form nicht scharfe ist. Interessant ist hier noch das Gelbsehen der Kr

alle Leberatrophie ist hier angegeben, aber nur sehr kommen beschrieben worden.

Wir wollen nun noch 2 Beispiele von Icterus bei mehreren Andern derselben Familie, wahrscheinlich durch ein locales hervorgerufen, nach den Beobachtungen von Griffin Graves mittheilen. Wir citiren hier dieselben nach der Rich'schen Uebersetzung, deren Genauigkeit wir durch Vergleich mit den Originalbeobachtungen, wie sie von Budd theilt werden, verificirt haben.

Dreizehnte bis sechzehnte Beobachtung.

(Vergleiche Fälle von Icterus in derselben Familie vorkommend. Beobachtungen von Griffin.)

Eine arme Frau ersuchte mich, ihre 20jährige Tochter Mary Barry zu besuchen, welche seit drei Tagen kränkelnd, jetzt sprachlos und dem Tode nahe dahlte. Beim Eintritte in das Krankenzimmer fand ich sie in der That sterbend. Haut noch warm und am ganzen Körper von dunkelgelber Farbe, das Gesicht oedematos gedunsen, die Pupillen erweitert. Fernere Nachforschungen bestätigten, dass die Krankheit des Mädchens mit allgemeiner Abgeschlagenheit begonnen, am zweiten Abende Uebelkeit, Erbrechen und icterische Stühle am folgenden Morgen heftige Kopfschmerzen hinzugetreten waren. Das Aussehen der Kranken beunruhigte die Mutter, welche die Kranke bestürmte, die Klinik ärztliche Hülfe zu suchen; allein das arme Mädchen schüttelte traurig den Kopf, fühlte sich zu schwach, um das Haus zu verlassen, und zog es vor, sich ins Bett zu legen. Seit dieser Zeit hatte sie nicht wieder gesprochen. Sie sank darauf in einen soporösen Zustand, aus welchem sie zwar mit vieler Mühe geweckt werden konnte, ohne jedoch auf die vorgelegten Fragen zu antworten.

Ungefähr drei Wochen später wurde ich zu einer Schwester der Verstorbenen, Mary, gerufen, die ich in einem ganz ähnlichen Zustande antraf. — Nach Uebelkeit, Erbrechen und allgemeine Gelbsucht eingestellt. Die Kranke lag in einem comatösen Zustande, aus dem sie zwar erweckt werden, aber kein Wort sagen konnte. Kräftige Ableitungen auf den Darmkanal retteten sie; die Uebelkeit verschwand allmählig und schon nach wenigen Tagen war die Gesundheit wieder hergestellt.

Wenige Zeit darauf erkrankte ein drittes Mitglied derselben Familie, ein 13jähriger Knabe. Mein Bruder, bei dem man Hülfe suchte, fand denselben wimmernd im Bett daliegend, mit empfindlichem Unterleibe, langsamem Pulse und safranfarbener Haut. Dieser Fall war um so merkwürdiger, als der ganz gesunde Knabe am Abend der Nacht plötzlich von Uebelkeit und Erbrechen befallen worden war, am nächsten Morgen bereits gelbsüchtig und comatos wurde. In diesem Zu-

stande blieb er bis zum Abend des zweiten Tages ohne alle ärztliche Hülfe, als sie verlangt wurde, natürlich zu spät kam. Alle Versuche, die hartn. Verstopfung zu heben, blieben erfolglos und schon nach wenigen Stunden e. der Tod.“

„Man begreift leicht, dass die Eltern von nun an die grössten Besorgnisse ihre übrigen Kinder hegten, und, wie man bald sehen wird, auch nicht ohne. Schon nach Verlauf weniger Monate zeigten sich bei dem 11jährigen John Symptome der Gelbsucht; der Knabe wurde hinfällig, träge, und zwei Tage war die Haut und die Albuginea dunkelgelb gefärbt. Stuhlverstopfung und Empfindlichkeit des Unterleibs gegen Druck begleiteten diesen Zustand, zu w. sich auch bald Uebelkeit und Erbrechen gesellten. Da ich frühzeitig von Erkrankung Kunde erhielt, so war es vor Allem mein Bestreben, die Entw. des comatösen Zustandes zu verhüten, obwohl, mit Ausnahme einer unbedeut. Erweiterung und Trägheit der Pupillen, kein einziges Symptom eine solche Furchtung rechtfertigte. Der Knabe konnte sogar im Zimmer umhergehen und überhaupt gar nicht ernstlich krank zu sein; allein das Schicksal seiner Geschw. war mir eine Warnung, und ich schärfte desshalb der Mutter ein, sobald leisesten Anzeichen von Stupor einträten, mir sofort Nachricht zu geben. Ich verordnete ich kräftige Abführungsmittel. Bis zum zweiten Morgen hatte Zustand des Kranken durchaus nicht verändert, als ich plötzlich in der Fr. Nachricht bekam, dass der Knabe während der Nacht bewusstlos geworden nicht zu erwecken sei. Ich fand ihn in der That völlig soporös, mit lar. Pulse, erweiterten Pupillen, aller Empfindung und willkürlichen Bewegung. Nur beim starken Kneifen der Hand gab er Zeichen von Schmerz und su. Hand zurückzuziehen. Ich entzog sogleich 10 Unzen Blut aus der Schläfe, liess die Haare abscheeren, den Kopf mit kalten Fomentationen bedecken und 1. *Oleum ricini* nehmen. Da aber die Stuhlverstopfung andauerte, verord. gegen Abend ein Klystier und applicirte ein breites Blasenpflaster in den. Der Erfolg dieser Mittel war ein günstiger. Nach reichlichen Stuhlentl. gaben sich gegen Morgen die ersten Zeichen des zurückkehrenden Bewusstseins. Der Zustand besserte sich von Tag zu Tag und der kleine Kranke wurde v. hergestellt. Nach einiger Zeit wurden die Angehörigen zwar durch die W. des Erbrechens und der Gelbsucht in Schrecken gesetzt, allein tüchtige Purg. genügten, dem Fortschritt der Krankheit Einhalt zu thun.“

Siebzehnte bis neunzehnte Beobachtung.

Mehrere Fälle von Icterus in derselben Familie vork. (Beobachtungen von Graves.)

Fall I. „Die 17jährige Maria B. hatte seit 8 Tagen an biliösem E. hartnäckiger Stuhlverstopfung und intensivem Icterus gelitten. Die Z. gelblich belegt, die Magen- und Lebergegend beim Drucke empfindlich, trübe und dunkel, der Durst lebhaft. Eine Pulsfrequenz von 80 Schlägen Minute und ein leichter Kopfschmerz begleitete diesen Zustand, welcher bindung mit der Schlaflosigkeit und ungewöhnlichen Unruhe und Aengstlich.

wohl Besorgnisse erregen konnte. Oertliche Blutentleerungen, der innere Gebrauch des Calomels und einer abführenden Mixtur bewirkten zwar einen Nachlass der Erscheinungen, doch schon am folgenden Morgen steigerte sich der Kopfschmerz wieder zur grössten Heftigkeit, Lichtscheu, Erbrechen dunkelbrauner kaffeesatzähnlicher Massen und Sopor gesellten sich hinzu. Die Pupillen erweiterten sich, der Puls sank auf 60 Schläge, die gelbe Färbung der Haut nahm auffallend zu. Trotz der energischen, unmittelbar gegen das Cerebralleiden gerichteten Antiphlogistica besserte sich der Zustand der Kranken durchaus nicht; vielmehr traten gegen heftige Convulsionen, vorzugsweise der rechten Körperhälfte ein, wobei der linke Arm links verzogen wurde. Alle Mittel blieben nun erfolglos, die Convulsionen wiederholten sich in Zwischenräumen von 30 bis 40 Minuten, die Pulsfrequenz stieg wieder auf 108 Schläge, welche auffallende Intermissionen darboten; die Excremente gingen unwillkürlich ab, und am folgenden Morgen unterlag die Kranke in einem vollkommen comatösen Zustande. Die Erlaubniss zur Section wurde verweigert.

II. „Neun Monate später wurde der Verfasser zur 11jährigen Schwester gerufen. Sie klagte seit zwei Tagen über fieberhafte Zufälle, die auf eine Hirnaffection hinführung zugeschrieben wurden. Die Zunge war belegt, das Epigastrium schmerzhaft, der Darmkanal verstopft. Pulsfrequenz 120; Urin trübe und hochgefarbt. Die Behandlung bestand in topischen Blutentleerungen, Purge und diaphoretischen Mitteln. Am folgenden Tage schien die Kranke etwas besser: sie hatte mehrere Stunden geschlafen, Stuhlgang war reichlich erfolgt, der Puls sank auf nur 92 Schläge und die Schmerzhaftigkeit der obern Bauchgegend war vermindert. Gegen 3 Uhr Nachmittags aber fing sie an, über grosse Mattigkeit, Kopfschmerzen und Lichtscheu zu klagen. Die Haut bekam eine leichte, gelbe Färbung, es trat zu wiederholten Malen Erbrechen dunkler kaffeesatzähnlicher Massen. Die Kranke verfiel allmählig in einen comatösen Zustand. Gegen Abend traten heftige Convulsionen aus, die gelbe Farbe der Haut trat mehr und mehr hervor. Bei dem Druck auf das rechte Hypochondrium schienen lebhaftere Schmerzen zu entstehen. Die Behandlung wurde in derselben Art, wie im ersten Fall, geleitet, aber die kräftigsten Mittel erfolgte bereits am nächsten Morgen der Tod.“

Wenige Stunden nach demselben wurde die Section vorgenommen.“

Kopf. Schädelhöhle. Die Pacchionischen Drüsen ungewöhnlich vasculös; venöse Congestion auf der ganzen Oberfläche des Gehirns, vorzugsweise auf dem mittleren und vorderen Lappen der linken Hemisphäre; die Hirnsubstanz blutreicher, als im gesunden Zustand; der *Plexus chorioideus* lebhaft injicirt; die Ventrikel leer.“

Brusthöhle. Zahlreiche kleine Blutextravasate im grossen Netz; Sputa mit Blut gemischt; Entzündung im Dünndarm. Die Leber von natürlicher Grösse und blassgelblich, hier und da mit dunkeln Flecken von der Grösse einer halben Krone bedeckt; Consistenz geringer als im gesunden Zustand; Structur feinkörnig; Gallenblase mit gesund scheinender Galle ausgedehnt.“

III. „Drei Monate später wurde der Verfasser ersucht, die dritte achttjährige Schwester zu besuchen. Sie war im vollkommensten Wohlbefinden plötzlich von grosser Mattigkeit und biliösem Erbrechen befallen worden und bot neben der

beginnenden Gelbsucht alle jene Symptome dar, die bereits in den ersten Krankengeschichten erwähnt worden sind. Die Behandlung war auch hier die antiseptische, doch wurde den topischen Blutentleerungen eine allgemeine von 8 vorausgeschickt. Zum innern Gebrauch bekam die Kranke starke Dosen (20 Gran *pro dosi*) und kräftige Abführungsmittel. Da am folgenden Tage keine erhebliche Besserung eingetreten, vielmehr Kopfschmerz, auffallende Hitze und Lichtscheu hinzugetreten war, so wurden abermals 6 Blutegel an die Halsgegend und 4 an den Kopf gesetzt, der letztere kalt fomentirt und ein Blasenpflaster in den Nacken applicirt. Gleichzeitig wurden Mercurialeinreibungen und starkes Calomel verordnet. Durch diese Mittel gelang es, bis zum folgenden Abend die Vorboten der Salivation hervorzurufen, womit zugleich die drohenden Erscheinungen nachliessen. Die Kranke fuhr bis zu ihrer vollständigen Genesung fort, erhielt um den andern 4 Gran Calomel und den nächsten Morgen eine starke Dosis *Senn. compos.* zu nehmen, wodurch nach drei Wochen die Gelbsucht nebst allen anderen Symptomen gänzlich beseitigt wurde.“ (Graves *Clinical Medicine* p. 117)

Ueber das Wesen der Krankheit.

Es fehlen uns freilich noch viele Elemente, um über die Natur und das Wesen des bösartigen und typhoiden Icterus eine bestimmte Ansicht zu haben. Genaue Blutanalysen einerseits sind hier nothwendig, andererseits Experimente an Thieren mit Injectionen von Galle im Allgemeinen und den verschiedenen Bestandtheilen derselben ins Blut. Ich habe über diesen Gegenstand eine Reihe von Versuchen mit meinem Freund und Collegen Herrn Professor Frei angefangen. Dieselben sind aber noch zu fragmentarisch, um bereits zu allgemeinen Conclusionen benutzt zu werden. Vor allen Dingen können wir mit Recht den Namen *Icterus typhoides* angreifen; in der That gerade seine vage etymologische Bedeutung scheint mir am meisten weilen passend, bis wir über das innere Wesen dieser Krankheit genaue Kenntnisse besitzen. Die Gelbsucht, und zwar diejenige, welche nicht von mechanischen und organischen Leberkrankheiten abhängt, also die bis jetzt noch als *typhische* Gelbsucht bezeichnete Krankheit, ist offenbar das schlimmste Leiden, und ist der ganze Verlauf dieser schlimmeren derselben derjenige, wie wir ihn bei typhoiden Zuständen kennen, besonders bei denen, bei welchen ein Fehler für das Blut im Princip mit im Spiele ist, beobachten. Die Krankheit

der Schule als gelbe Leberatrophie zu bezeichnen, scheint aus vielen bereits erwähnten und noch zu erörternden Gründen unpassend. Ebenso wenig sind wir geneigt, das Uebel paradiesches gelbes Fieber zu bezeichnen, mit welchem ein-
 l Formen dieses Icterus allerdings große Aehnlichkeit, aber
 sswegs Identität zeigen. Die Krankheit als *Icterus toxicus*,
remicus, *choletoxicus* u. s. w. zu bezeichnen, wäre erst
 erlaubt, wenn wir für eine solche Anschauung hinreichende
 eche Anhaltspunkte hätten. Es scheint uns immer besser,
 der Wissenschaft nicht zu sehr bezeichnende Namen für
 theiten zu wählen, so lange wir mit solchen Namen nicht
 eo bestimmte Begriffe verbinden.

Wir wollen nun die verschiedenen herrschenden An-
 tungsweisen dieser Krankheit kritisch beleuchten. Vor allen
 en kommen wir zuerst wieder auf die gelbe Leberatrophie.
 hat allerdings, als in dieser Krankheit nicht selten vor-
 end, eine große Bedeutung; indessen haben wir gesehen,
 sie in einer großen Menge der Fälle fehlt. Ausgezeichnete
 chter, wie Rayer, Briquet, Monneret, Ozanam,
 sie nicht gefunden. Fast allgemein fehlt sie, wie auch
 m ersten von uns mitgetheilten Falle, wenn die Krankheit
 in der ersten Woche tödtlich verläuft, und man kann
 , daß je intensiver und je schneller tödtlich dieser Icterus,
 seltener und geringer die Leberschrumpfung ist. Ein
 er Gegensatz zwischen dem sogenannten pathognomoni-
 Charakter und dem Wesen der Krankheit bei schnellem
 auf, spricht offenbar gegen die Essentialität und das constante
 etten der Leberverkleinerung bei diesem Uebel. Aber auch
 erst in der 2ten und 3ten Woche tödtlichen Fällen fehlt
 wie dies viele der analysirten Beobachtungen zeigen. Wir
 na ferner allen Mittheilungen über die gelbe Leberatrophie
 , daß die genauen Messungen der verschiedenen Durch-
 r des Organs, die eigentlich in keiner Leichenöffnung
 sollten, nebst Angabe der Körperlänge, in allen dahin
 lragenden Beobachtungen vernachlässigt sind. Wir haben
 oben gesehen, daß in einer aus der Oppolzer'schen

Klinik mitgetheilten Beobachtung, nach der Beschreibung seines Assistenten, Dr. Wifshaupt, alle Charaktere der gelben Leberatrophie fehlten, und doch ist Oppolzer einer der Hauptstüthender der uns jetzt beschäftigenden Ansicht.

Werfen wir einen Blick auf die verschiedenen Ursachen der Atrophie im Allgemeinen, so müssen wir schon von vorn herein zugestehen, daß eine solche Atrophie, wie sie hier der Leber angenommen wird, nach der einstimmigen Meinung aller Beobachter, ohne alle Entzündung, ohne ein Hinderniß im Kreislauf und im Flusse der Galle entstehend, ganz isolirt dastehen müsse. Diese Atrophie wäre hier gegen alle Analogie für ein in steter Function begriffenes Organ. Theorie und Facta sprechen also gegen die Essentialität der Leberatrophie beim schweren Icterus. Kann man die von Handfield-Jones, Budd und Andern angegebene partielle Zerstörung der Leberzellen als letzten Grund einer solchen Atrophie ansehen? Auch dies ist nicht wahrscheinlich. Nirgends bewirkt eine ähnliche Veränderung der Epithelien in wenigen Tagen eine solche Wirkung. Außerdem sind die Beobachtungen über diesen Gegenstand übertrieben. So kam noch kürzlich ein Fall dieser Art in der Oppolzer'schen Klinik in Wien vor, in welchem die Zerstörung der Leberzellen als allgemein angegeben wurde. Nach brieflichen Mittheilungen aber, gerade über diesen Fall von meinem früheren Assistenten Dr. Ernst, der mit dem Mikroskop sehr gut umzugehen weiß, waren die Leberzellen weder so tief, noch so allgemein zerstört, als dies in der Klinik angegeben worden war. Ich habe ferner eine solche Veränderung und selbst partielle Zerstörung der Leberzellen bei sehr verschiedenen Leberkrankheiten ohne Atrophie des Organs beobachtet: in einer Form von gelber icterischer Lebererweichung mit Mehrung des Umfangs des Organs, in der Leber, welche ebenfalls größer ist, als im Normalzustand, in einer Form der Leberhypertrophie bei Herzkrankheiten, welche ich kürzlich gesehen habe, wo die Leber so bedeutend in ihrem Innern schwarz pigmentirt war, daß man auf den ersten Blick an eine Menge hämorrhagischer Infarkte glauben konnte.

Im Falle waren die Leberzellen ganz mit Fettmoleculen voll und enthielten viel gelben Farbstoff; ihre Contouren zum Theil geschwunden, zum Theil sehr blafs, an vielen Orten waren sie durch Fettbläschen ersetzt. In dieser Leber hatte weder Professor Frei, noch mein jetziger Assistent, Wägelin, noch ich selbst, trotz vielfacher Präparate, eine einzige Blutzelle entdecken. Mit einem Worte, die Veränderung der Leberzellen kann beim typhoiden Icterus gewifs nicht als der Grund angesehen werden, wiewohl wir ihre Wichtigkeit nicht in Abrede stellen wollen.

Ich will es nun hier gleich sagen: Sowohl die Verkleinerung der Leber, als auch die partielle Zerstörung der Leberzellen scheinen mir Coëffecte der viel tiefer liegenden pathologischen Ursache und in bedeutend verminderter Function der Leber, durch verminderte oder gestörte Gallenbildung derselben, begründet zu sein. Unvollkommen fungirende Leber nehmen im Allgemeinen an Umfang ab und die in denselben enthaltenen Epithelien verschrumpfen oder gehen in Fettmetamorphose über und können am Ende nur kleine Aggregatkugeln bilden. Die Leerheit der Gallengänge, die unvollkommener Durchgängigkeit, die Entfärbung derselben, die sehr geringe Menge von Galle in der Gallenblase, die nach angegebene Kleinheit und Leere der Pfortader, sprechen zwar für eine bedeutend herabgesetzte Gallenabsonderung, meistens in einer Reihe der beobachteten Fälle, ohne ein speciell wahrnehmbares Hindernifs für dieselbe in der Leber aufzufinden. Eine zweite Ansicht, welche besonders von französischen Autoren vertheidigt worden, ist die der Identität der Krankheit mit dem sporadischen gelben Fieber.

Indessen auch hier sind wir nach den analysirten Beobachtungen nur berechtigt, eine gewisse Aehnlichkeit anzunehmen. Vor allem fehlen die eigenthümlichen miasmatischen Causalanteile und das gewöhnlich epidemische Auftreten des gelben Fiebers. Freilich läfst sich hier einwenden, dafs auch das gelbe Fieber, da wo es endemisch oder epidemisch herrscht, von Zeit

zu Zeit sporadisch auftritt, wovon Louis *) in seiner Beschreibung des gelben Fiebers in Gibraltar und Dutrouleau **) seinen Arbeiten über das gelbe Fieber der Antillen unläugbare Beispiele anführten. Wenn der schnelle Verlauf, das tiefe Grifffensein des Allgemeinbefindens, der Icterus, die Tendenz zu Blutflüssen, besonders zu Blutbrechen und zu Blutungen im Magen und Darmkanale einzelne Fälle der Art denen des gelben Fiebers so ähnlich machen, daß die Krankengeschichten der letzteren Krankheit durchaus gleichen, so haben wir da alle Uebergänge zu dem einfachen gutartig verlaufenden Icterus und andererseits zu den protrahirten Formen des bösartigen Icterus, welche dem gelben Fieber nicht mehr ähnlich sind.

Der Berührungspunkt zwischen jenen schnell verlaufenden Fällen des *Icterus typhoides* und dem eigentlichen *Typus icterodes* einerseits und dem von Griesinger vortrefflich beschriebenen biliösen Typhoid andererseits scheint uns besonders darin zu bestehen, daß in diesen verschiedenen Krankheitsprozessen eine durch Gelbsucht sich kundgebende Störung der Gallenbereitung stattfindet; nicht zu verkennen aber ist, neben diesem Berührungspunkte, dessen Wesen uns unbekannt ist, welcher durch die Symptomatologie und die pathologische Anatomie mannigfache Begründung findet, unläugbare Verschiedenheiten diese drei Krankheiten von einander trennen.

Wenn wir uns daher zu der Ansicht einer Cholaemie neigen, so geschieht dies einerseits, weil die Erscheinungen im Leben wie in der Leiche auf eine allgemeine Bluterkrankung hindeuten, andererseits weil für diese Ansicht noch die meisten Wahrscheinlichkeitsgründe vorhanden sind. Jedoch läugnen wir keineswegs, daß wir uns hier auf dem Gebiete der Hypothese befinden und daß die Art des Zustandekommens dieser Cholaemie uns durchaus unbekannt ist.

Ein Blick auf die Beschreibung der bösartigen Form des Icterus und die anatomischen so wie klinischen Zeichen dieser Bluterkrankung bei demselben, reicht hin, um demselben

*) *Mémoires de la société médicale d'observation.* T. II.

**) *Archives générales de médecine.* 1852.

ffse Analogie, nicht mit dem eigentlichen Typhusprozesse in
 en verschiedenen Gestaltungen, sondern mit jenen typhoiden
 ständen zu geben, welche wir bei der Pyämie, der Septic-
 tie, dem vorgerückten Stadium der Rotzkrankheit, und nicht
 ten bei der Urämie beobachten. Ueberhaupt scheint uns dieser
 llämische Zustand mit dem urämischen manche Analogie zu
 en. Man kann hier freilich einwenden, dafs man Harnstoff
 Excefs im Blute Urämischer finde, dafs man aber in demselben
 sser dem Gallenfarbestoff nur ausnahmsweise charakteristische
 standtheile bis jetzt bei den verschiedenen Krankheiten mit
 tturbation der Gallenbildung gefunden habe. Indessen ist es
 ggar lange noch nicht her, dafs wir die Bildung des Harn-
 ffs im Blute genauer kennen und wenn wir bedenken, wie
 ht sich die Grundbestandtheile der Galle, besonders ihre
 uren sich zersetzen und umbilden, wie gering überhaupt die
 llenbildung in Vergleich zur Harnbildung ist, so finden wir
 en in dem jetzigen Thatbestande vielmehr eine Aufmunterung
 späteren genaueren Forschungen als einen Beweis für die
 n mancher Seite ausgesprochene sonderbare Behauptung,
 ss die Leber die Galle bilde und nicht aus dem Blute aus-
 eide. Viel wahrscheinlicher ist es, dafs im Blute bereits
 ttimnte Elemente für die Gallenbereitung vorgebildet existiren,
 rr erst durch die mechanisch-chemischen Functionen der
 oer zu deren eigenthümlichem Sekret werden. Freilich ist
 ee zu weit getriebene Analogie zwischen Leber und Nieren
 r zurückzuweisen, aber die absolute Gallenbildung in der
 oer ohne präformirte Bestandtheile im Blute scheint uns eine
 exclusive Ansicht.

Beim gewöhnlichen idiopathischen Icterus nehmen die Einen
 en Duodenal-Catarrh mit momentaner Obstruction des *Ductus*
choledochus, die Anderen eine spasmodische Constriction dieses
 ssführungsganges an; indessen fehlen diese beiden mechani-
 en Hindernisse, sowie überhaupt ein mechanische Stauung
 Galle bedingendes Moment sehr oft gänzlich, wenigstens
 ll sie meist nicht anatomisch nachweisbar. Man hat nun die
 be Färbung vieler Körpertheile im Icterus durch Absorption

der bereits gebildeten Galle erklärt, indessen wird diese Entstehungsart der Gelbsucht bei dem häufigen Fehlen eines mechanischen Hindernisses als letzter Grund des Icterus gewiß nicht allein dastehen. Bedenken wir nun ferner, daß wir bei verschiedenen Leberkrankheiten, besonders bei einfacher ausgebreiteter Hypertrophie, wie dies schon Andral in seiner *Clinique médicale* wahrscheinlich gemacht hat, Integrität der Gallengänge und der Leberzellen mit bedeutend verminderter Gallenabsonderung beobachtet haben, so liegt die Schlussfolgerung sehr nahe, daß bei der Gelbsucht ohne mechanisches Hinderniß in der Gallenexcretion, eine geringere Gallenbildung stattfinde, daß auf uns unbekanntem Wege Gallenbestandtheile verschiedener Art im Blute sich befinden und daß das besonders mit dem Farbstoff imprägnirte Blut diesen auf viele Körpertheile ablagere. Höchst wahrscheinlich ist es auch, daß hier nicht der Farbstoff allein, sondern neben diesem noch andere Gallenbestandtheile abgesetzt werden.

Wir müssen uns daher schließlic in Bezug auf das Wesen der uns hier beschäftigenden Krankheit dahin aussprechen, daß die gelbe Leberatrophie nicht ausreicht, um derselben ein bestimmtes materielles Substrat zu geben, daß sie vielmehr ein Coëffect zu sein scheint, daß aber die Symptome sowie die anatomischen Veränderungen für die Aehnlichkeit mit jenen typhoiden Zuständen sprechen, in welchen eine allgemeine Blutkrankung der wahrscheinlichste letzte Grund ist. Ob nun hier Zurückhalten der gallebildenden Bestandtheile im Blute vielleicht Zersetzung derselben und so entstehende schädliche toxische Producte in manchen Fällen mit als letzter Grund in Spiele sein können, hat mannigfache Gründe der Analogie und der Induction für sich und muß daher zu weiteren und vor allem allseitigeren Forschungen über diesen für Physiologie und Pathologie gleich wichtigen Gegenstand aufmuntern, wiewohl ich selbst ein ganz besonderes Gewicht darauf lege, daß ich meine den älteren Ansichten und namentlich der von Budd aufgestellten sich anschließende Meinung eben zur Zeit nur als eine Hypothese ausspreche, welche aber diese ganze Reihe v

cheinungen wieder viel mehr discussionsfähig macht, als
 bei der scheinbar genügenden Erklärung der *Atrophia*
antis flava der Fall war. Die anatomische Forschung hat
 hier nicht bloß die Aufgabe zu untersuchen, in wie fern
 der gelben Leberatrophie die Leberzellen verändert sind,
 sondern muß auch die bei vielen anderen nicht atrophischen
 Leberkrankheiten vorkommende tiefe Veränderung und selbst
 ständige Zerstörung der Leberzellen in ihrem wahren klinischen
 Werthe zu würdigen suchen, denn, wie gesagt, ich habe die
 Leberzellen bei Leberkrankheiten sehr tief verändert gefunden,
 so: daß anatomisch Atrophie der Leber und klinisch die
 Leiden des *Icterus typhoides* bestanden hätten, während ich
 meinen, nach den angeführten Krankengeschichten, als häufig
 abhängig von jenen Structurveränderungen gefunden habe.
 Sondern aber bliebe zu eruiren, wie und unter welcher Form
 sich wirkende Gallenbestandtheile ins Blut gelangt sind. Ich
 habe mir hierüber nicht einmal eine Vermuthung, sondern
 dies ein neuer Gegenstand der Forschung werden.

Ich war bereits mit der Abfassung dieser Arbeit vollkommen
 fertig, als ich die Untersuchungen und Experimente zur Patho-
 genese des Icterus und der acuten Atrophie der Leber von
 Dr. v. Dusch in die Hände bekam und ich habe mich sehr
 freut, auch in dieser vortrefflichen Arbeit die Essentialität der
 Leberatrophie als unzureichend für die Erklärung des
 chronischen und tödtlichen Icterus, den wir als *typhoides* be-
 zeichnen, ausgesprochen zu finden. Die ganze Reihe von
 Experimenten, welche ich durch Injection verschiedener Gallen-
 bestandtheile ins Blut mit meinem Collegen, Herrn Professor
 v. Dusch, projectirt und begonnen hatte, findet sich in Herrn
 v. Dusch's Untersuchungen bereits ausgeführt. Nur möchte
 ich darauf aufmerksam machen, daß bei der von uns beob-
 achteten Unschädlichkeit in einem Versuche der Injection der
 Gallengalle in die Venen des Hundes es wohl geeignet wäre,
 die Gallenbestandtheile von dem gleichen Thiere zu



