

arterie als Bildungsfehler neben einander vorkommen, die letztere immer das Primäre ist, und dass in ihrem Vorhandensein nicht nur die Unvollständigkeit der Kammerseidewand begründet ist, sondern auch die übrigen gleichzeitig beobachteten Bildungsfehler in Bezug auf den Ursprung der Aorta, das Foramen ovale, den Ductus Botalli und die Arteriae bronchiales.

XXXII.

Bericht über einige Leberkrankheiten.

Von Dr. C. Klinger in Würzburg.

Wenn ich es jetzt erst versuche, nachträglich einige Fälle von Leberkrankheiten zu beschreiben, welche ich als Assistenzarzt auf der medicinischen Klinik des Herrn Hofrath von Marcus in den Jahren 1849—52 zu behandeln Gelegenheit hatte, so geschieht dies einerseits, um einer Verpflichtung und einem lange gehegten Wunsche nachzukommen, von dessen Realisirung mich anderweitige Beschäftigungen bis zur Zeit abgehalten hatten, andererseits, um diese Beobachtungen des allgemeinen Interesses wegen, das sie bieten und verdienen, der Wissenschaft nicht verloren gehen zu lassen. Wenn wohl nicht zu läugnen ist, dass gerade in den letzteren Jahren die Pathologie der Leberkrankheiten um Wesentliches gefördert wurde, so wird auf der anderen Seite wohl Niemand im Stande sein, zu behaupten, dass diese Lehre schon zu jener Vollkommenheit gelangt sei, in welcher weitere Beobachtungen unnütz wären. Besonders ist es die Diagnose, welche durch stete Ansammlung frischer Thatsachen nur gewinnen kann, sei es, dass die alten Beobachtungen bestätigt oder dass neue Anhaltspunkte erreicht werden.

Unter den einzelnen Krankheiten der Leber, welche zur Behandlung kamen, herrschten der Krebs und die Cirrhose vor, deren Häufigkeit sich wie 3 : 2 verhielten; verhältnismässig selten waren Fettleber und Echinococcus. — Hyperämie der Leber und Muscatusleber begegnete ich stets als secundären Zuständen anderer pathischer Veränderungen und sie wurden nur bei Hemmungen der Blutcirculation beobachtet, so bei Klappenaffectionen des Herzens, besonders der Valvula mitralis, und bei Krankheiten der Lunge, unter denen Emphysem und Pleuritis exsudat. die gewöhnlichsten waren. Dagegen bot sich mir nie die Gelegenheit, eine hyperämische Anschwellung der Leber nach Intermittens oder bei Typhus zu constatiren, selbst in ganz veralteten Fällen von Intermittens, welche einen bedeutenden Milztumor zurückgelassen hatten, war die Leber als nicht vergrössert nachzuweisen. — Der Leberabscess kam nur in zerstreuten Heerden als Begleiter des pyämischen Zustandes zur Beobachtung neben weiteren Entzündungskeilen und Abscessen in anderen Organen.

I. Krebs.

Diese Krankheit war gewöhnlich nicht auf die Leber allein beschränkt, sondern es fanden sich auch in anderen Organen Krebsdepots vor, zweimal konnte man den Leberkrebs aus einem carcinomatösen Magengeschwür abgeleitet mit Bestimmtheit annehmen, nur in einem einzigen Falle unter 9 war der Krebs beschränkt auf die Leber.

Fall I. Es betraf dieser eine 65jährige, noch im Zustande der Virginität befindliche Person, welche Anfangs Juni 1850 in die Krankenanstalt aufgenommen wurde. Seit einem halben Jahre fing sie an zu kränkeln, während sie früher der besten Gesundheit sich erfreut haben wollte, sie verspürte gastrische Störungen, Schmerzen in der rechten Seite, Unregelmässigkeiten im Stuhl. An Icterus wollte sie nie gelitten haben. Der Status praesens war bei der Aufnahme folgender: Körperbau gracil, Grösse mittelmässig, Hautfarbe blassgelb, besonders im Gesicht und in der Conjunctiva, Zunge belegt, pappiger Geschmack, Puls 76, klein, Musculatur schlaff, Oedem an beiden Knöcheln, Lungen und Herz nicht abnorm, Unterleib von Gasen mässig aufgetrieben, die Leber beginnt im 5ten Intercostalraume und ragt zwei Finger unter den falschen Rippen hervor, zeigt auf der Oberfläche ungleich knollige Erhabenheiten, besonders im Scrobiculo cordis, der Rand der Leber scharf, Berührung der Leber nicht schmerhaft, Milz scheint nicht vergrössert. Die

Schmerzen im rechten Hypochondrium sind sehr variabel, gewöhnlich während der Nacht stärker. Urin dunkelgefärbt, ohne Fremdbestandtheile. Nach sechswöchentlichem Aufenthalt in der Anstalt, in welcher sie mit leicht nährender Kost, Aloëtica, Rheum, Chelidonium nebst Opiaten behandelt wurde, war die Krankheit rasch vorgeschritten, die Abmagerung wurde immer auffallender, die Schmerzen in der Leber heftiger, der Tumor selbst etwas grösser, die Hautfarbe citronengelb am ganzen Körper, Ascites deutlich wahrnehmbar, das Oedem erstreckte sich bis auf die Oberschenkel; Urin dunkelroth, zeigte bei Zusatz von Salpetersäure das bekannte Farbenspiel, Intellectualität nicht gestört. Am 24. Juli stellte sich Dyspnoe und Husten nebst fieberhafter Aufregung ein, Auscultation wies Rhonchi mucosi und crepitant. nach, am 26sten erfolgte der Tod. Die Section ergab: Lungen hyperämisch und ödematos in den unteren Lappen, im Unterleib ziemlich grosse Menge gelblicher Flüssigkeit, Leber stark vergrössert, von meistens bohnengrossen Medullargeschwüsten ganz durchsetzt, das intermediäre Parenchym comprimirt und icterisch, Gallenblase leer, Milz weich, nicht besonders gross.

Merkwürdig bleibt in diesem Falle bei der grossen Ausdehnung des Krebses in der Leber das Isolirtbleiben desselben, woran vielleicht nur der rapide Verlauf Schuld trug; durch die Geschwülste wurden hauptsächlich die Gallengefässe comprimirt, aus deren Compression sich der intense Icterus ableitete. Das Oedem der unteren Extremitäten ging dem Ascites voraus und beide waren wahrscheinlich durch Druck auf die Vena cava von Seiten der vergrösserten Leber und durch Compression der Lebervenen in Folge der Krebsgeschwülste entstanden. Die Abmagerung des Körpers hielt gleichen Schritt mit der Krebsablagerung.

Die Krebsgeschwülste waren gewöhnlich in der Leber in grosser Menge vorhanden, einzelne oder confluirende Knoten darstellend, und Cruveilhier's Angabe ist sicher richtig, dass Zahl und Grösse der Krebse in umgekehrtem Verhältnisse zu einander stehen. Die Krebse waren nie in einer Capsel eingebettet, sondern stets vom Leberparenchym umgeben, das die Veränderungen der Compression, meist der Atrophie darbot. Die Krebse an der Leberoberfläche zeigten gewöhnlich im Centrum eine Delle, aus den einzelnen Krebsknoten war fast immer der milchige Saft auszudrücken, Gallenblase war immer intact geblieben, die Leber war in ihrem Volumen und Gewicht vergrössert, nur in einem Falle eher verkleinert, der durch den krankhaften Prozess bedingte Verlust des Parenchyms ward durch die verschiedenen Krebsdepots reichlich aufgehoben; —

die Ansammlung seröser Flüssigkeit im Bauchfellraume war stets vorhanden, die Quantität jedoch nie gleich und zwar in zwei Dritttheilen der Fälle sehr bedeutend, so dass der Unterleib ausgedehnt und gespannt war, dessen Muskeln atrophirten und einen viel bedeutenderen Schwund zeigten als die übrige Muskulatur; in dem übrigen Dritttheil unbedeutend ohne Ausdehnung des Unterleibes. Als Ursache des Ergusses konnte man theils die Compression der Lebervenen durch die Krebse oder durch den Gerinnungsprozess, theils den Druck annehmen, der durch krebsige Drüsen oder durch das vergrösserte leidende Organ auf die Vena cava ausgeübt ward. Mit Ausnahme eines Falles ging Oedem der Füsse stets voraus und verbreitete sich successive bis zum Ende der Krankheit auch auf die Oberschenkel. Milz war nie erkrankt und zeigte, einen Fall ausgenommen, stets ein normales Volumen. Gallensteine fanden sich nie.

Dass der Krebs die maligne Eigenschaft hat, Nachbarorgane oder selbst entfernte Theile in dasselbe Leiden mithineinzuziehen, fand man fast immer bestätigt, und als Vermittler konnte man weniger den Contact gegenüber liegender Flächen beschuldigen, als vielmehr und hauptsächlich die Lymphgefässe, die nach der Richtung des Lymphstromes hin Ectasien bildeten, mit Krebsmasse gefüllt waren und gewöhnlich auf dem secundär ergriffenen Organe zierliche Netzwerke darstellten. Dass Venen die Communication ausübten, wurde in unseren Fällen nicht beobachtet.

Unter den 9 Fällen von Leberkrebs war Brustdrüsenkrebs nie vorhanden, zweimal war es Krebs des Magens und einmal des Colons, aus welchen der Leberkrebs secundär sich entwickelte, einmal war er primär, zweimal war er mit Ectasie der Lymphgefässe und krebsiger Infiltration des oberflächlichen Lungenparenchyms verbunden; in diesen und den noch restirenden Fällen war gewöhnlich auch eine Complication mit Krebs des internen Drüsensystems vorhanden. Zweimal war exquisiter Morbus Brightii mit Leberkrebs combinirt, die Erscheinungen desselben, welche sich begreiflicher Weise nur im Harne nachweisen liessen, da schon hydropische Symptome existirten, traten erst im letzten Dritttheil der Krankheit auf, und ich nehme keinen Anstand, sie als Conse-

eutivzufälle der Circulationsstörung und Blutstauung zu betrachten. Denn, so wie ein Vitium cordis in so häufigen Fällen Congestionen gegen die Nieren veranlasst, welche im Laufe der Zeit sich zu wirklicher Brightischer Krankheit entwickeln, ebenso liegt kein Grund vor, dies bei Leberkrebs zu verneinen, wo doch auch oft durch die verschiedenen und mehr minder grösseren Depots Hemmungen des Blutumlaufs zu Stande kommen.

Was das Alter der Individuen betrifft, welche an Leberkrebs litten, so fand ich die allgemeine Regel bestätigt, dass er nicht vor dem 35sten Lebensjahre sich entwickelt, nur in einem Falle fand sich der Krebs bei einem 30jährigen Mädchen; am häufigsten wurde er beobachtet zwischen dem 45sten und 56sten Lebensjahre. Hinsichtlich des Geschlechts waren in unseren Beobachtungen 3 Weiber, 6 Männer davon ergriffen.

In einem Falle, der mir jetzt zur Behandlung steht, betrifft er ein 32jähriges Mädchen, bei welchem man deutlich eine bedeutende Vergrösserung der Leber, im Epigastrium zwei welschnuss grosse, empfindliche Knoten, die deutlich mit der vergrösserten Leber zusammenhängen und durch den Respirationsact verschiebbar sind, Schmerzen unter den Rippen, besonders im 5ten und 6ten Intercostalraume, icterische Hautfärbung, dunkel gefärbten Harn, Venengeräusch, Oedem der Knöchel, grosse Abmagerung und Muskelschwäche als Krankheitssymptome erkennt, Menstruation ist unregelmässig, ebenso Verdauung. Anfangs anhaltend dysenterische Stühle, jetzt mehr angehalten. Die Therapie war Anfangs gegen die Dysenterie gerichtet, jetzt gegen den anämischen Zustand nebst Beruhigung der Schmerzen. Ich wandte das kohlensaure Eisen an, täglich nur 10 Gran nebst entsprechender leichter Kost, und ich muss gestehen, dass sich bis jetzt das Uebel nicht verschlimmerte, und man mehr als zufrieden mit dem jetzigen Zustande sein kann, obwohl ich nicht verkenne, dass natürlicher Weise von einer Heilung keine Rede sein kann. — Hinsichtlich der ätiologischen Momente war es unmöglich, in den bekannten Erfahrungen um einen Schritt weiter vorzurücken; als schädliche Einflüsse konnte ich nur bei 2 Männern, einem 50- und 60jährigen, den excessiven Genuss von Branntwein nachweisen, hierzu kommt noch, dass mit

Ausnahme des letztgenannten Falles Alle mit Armuth und Dürftigkeit zu kämpfen hatten, so dass ich nicht mit der Angabe Budd's übereinstimmen kann, dass eine luxuriöse, indolente Lebensweise, welche Gicht und Gallensteinen so oft zu Grunde liegt, auch zur primären Krebsbildung in der Leber zu disponiren scheint.

Der Verlauf war in allen Fällen, mit Ausnahme des ersten, chronisch, im Anfange immer latent und aus diesem Grunde bleibt es auch unmöglich, eine bestimmte Angabe über die ganze Dauer der Krankheit zu geben.

Symp to me. Die ersten Symptome bestanden in Verdauungsbeschwerden, Appetitlosigkeit, Schmerzen im rechten Hypochondrium und zeigten sich nach Angabe der Kranken 5—3 Monate vorher, ehe sie eine zunehmende Geschwulst im Unterleib wahrnahmen. Nausea, Vomituritiones, Singultus, auf welche Monneret*) bei der Diagnose soviel Gewicht legt, fehlten in unseren Fällen, selbst da, wo carcinomatöse Veränderungen im Magen coincidirten. Die Leber bot die meisten Anhaltspunkte, jedoch in vorgerückterem Stadium; in 8 Fällen war sie grösser, in 1 eher kleiner, aber stets unter den falschen Rippen hervorgetrieben und das Epigastrium bedeckend, wo man am besten die Palpation vornehmen konnte. Es wäre überflüssig, diese Untersuchungsmethode näher zu berühren, da sie von Anderen, namentlich von Bamberger in seinem Lehrbuche **), auf eine vortreffliche Weise beschrieben wurde. In allen unseren Beobachtungen war die Oberfläche der Leber mit grösseren, harten, knollenartigen Prominenzen besetzt, dazwischen war eine ebene, glatte Fläche; der Leberrand hatte stets seine scharfkantige Beschaffenheit beibehalten; die untere Fläche war nur in 2 Fällen uneben, höckerig anzufühlen. In zweifelhaften Fällen liessen wir während der Palpation eine tiefe Inspiration machen, welcher Act den Lebertumor unter der Hand verschiebt und zugleich Gelegenheit giebt, einen grösseren Theil der Leberoberfläche untersuchen zu können. Der Stand des Zwerchfells und somit auch jener der Leber wurde durch die Percussion eruiert und dadurch das Grössenverhältniss derselben nachgewiesen.

*) Archiv. général. de Méd. 55. Mai et Juin.

**) Virchow, spec. Path. u. Ther. VI. 2.

Schmerzen im rechten Hypochondrium gehörten zu den frühesten Symptomen und waren nur von Spannung oder entzündlichen Zuständen des Peritonealüberzugs abzuleiten, was hauptsächlich von der Lage der Aftermassen abhing. Das Leberparenchym als solches ist nicht besonders empfindlich gegen Druck, wie man sich bei gesunden Leuten überzeugen kann; ebenso fehlt bei tiefer liegenden pathischen Produkten fast gänzlich der Schmerz, Ausstrahlung des Schmerzes gegen die rechte Schulter beobachtete ich in einem Falle und es blieb zweifelhaft, ob nicht Rheumatismus mit im Spiele wäre. — Urin zeigte keine besonderen Eigenthümlichkeiten, zeitweise harnsäure Sedimente bildend, bei Icterus mit Gallenfarbstoff imprägnirt. Die Verdauung blieb variabel, die Defäcation gewöhnlich erschwert, Fäces selbst bei Icterus noch einigermaassen gallig gefärbt, nur im Falle I. ohne Gallenfarbstoff, von weisser Farbe. Hämorrhagien fand ich nur einmal bei einem 30jährigen Mädchen und zwar durch die Nase, jedoch in solcher Intensität, dass Anämie eintrat und in Folge deren der Tod. Der Icterus war ein steter Begleiter unserer Kranken und fehlte in keinem einzigen Falle. Anfänglich gab er sich nur durch eine blassgelbliche Färbung der Haut und der Conunctiva des Auges zu erkennen, steigerte sich im Laufe der Zeit und erreichte in einem Falle die intensiv dunkle Farbe einer Citrone. Fast in allen Beobachtungen war auch das Velum palat. von einem gelblichen Teint umgeben und schützte vor Verwechslung mit der anämischen Wachsfarbe. Ascites wurde bei unseren Kranken nie vermisst, gewöhnlich ging ihm Oedem der Füsse voraus, nur in einem Falle war Ascites das erste hydropische Symptom und erst am Ende der Krankheit trat Oedem der Füsse hinzu. Die Quantität der Flüssigkeit war stets eine beträchtliche, was schon, wie oben bemerkt, durch die Atrophirung der Bauchmuskeln, die zu dünnen Strängen geschwunden waren, und durch die Ausdehnung des Unterleibs nachgewiesen ist. War der Ascites einmal aufgetreten, so war er unwandelbar und bestand bis zum Tode fort. — Fieberscheinungen fehlten anfänglich, nur in zwei Fällen leiteten sie die Krankheit ein und verschwanden dann wieder, begleiteten aber mit torpidem Charakter die letzten Tage unserer Kranken, ohne

die Form des hectischen Fiebers mit Schweißbildung darzustellen. Dasselbe ereignete sich mit der Nutrition, welche erst mit der fortschreitenden Krebsentwicklung immer mehr aufgehalten wurde und allmälig eine progressiv zunehmende Abmagerung bedingte. Zugleich war die Physiognomie eine solche, wie sie den Krebskranken im Allgemeinen eigen ist, mit charakteristischem Hervortreten der Nasolabialfalte und jenem schmerzhaften Ausdruck, welcher schweren Leiden zukommt. Wie fast in allen Krankheiten die Lungen participiren, so war es auch in unseren Fällen, und bei 5 Kranken war Oedem der Lungen die nächste Ursache der Lethalität.

Zur Constatirung des Gesagten lasse ich einige der wichtigeren Krankheitsgeschichten folgen.

Fall II. St. K., 50 Jahre alt, Taglöhner von Heidingsfeld, eingetreten am 21. November 1850, erfreute sich früher stets einer guten Gesundheit, zeugte 3 gesunde Kinder, untergrub aber allmälig durch übermässigen Genuss der Spirituosa seine Kräfte. Vor 6 Jahren befiel ihn in Folge eines heftigen Aergers durch seine Frau, mit der er nicht sehr amical lebte, ein Unterleibsleiden, dessen Localität nicht näher zu bestimmen ist. Er befand sich bald darauf wieder wohl, arbeitete viel, trank nicht wenig, was einen beständigen Catarrh mit nächtlichen Beengungen hervorrief. Vor 9 Wochen trat mit Fieber, Beklemmung, Abgeschlagenheit allmälig ein Schmerz in der Lebergegend auf, der sich bei Druck bedeutend mehrte und von einer deutlich auftretenden Härte im Epigastrium begleitet war. Icterische Erscheinungen mangelten, doch waren die Füsse ödematos. Pat. schleppte sich einige Wochen ohne Behandlung in und ausser dem Bette hin, Appetit blieb gut, Stuhl war träge. Endlich trat er ins Juliusspital ein.

Stat. praes. 22. November. Die Physiognomie des Kranken ist apathisch, Züge schlaff, Gesicht blassgelb, Muskulatur ziemlich gut, Fett atrophirt, grosse Schwäche, besonders in den unteren Extremitäten, Oedem an beiden Knöcheln, Hautwärme, Puls nicht abnorm, am Herzen ist zugleich mit dem Tönen ein systolisches Geräusch hörbar, am deutlichsten an der Aorta. Das Athmen ist etwas beengt, chronischer Catarrh der Bronchien. Zunge weisslich belegt, Appetit gut, Durst etwas vermehrt, Stuhl angehalten. Das Epigastrium aufgetrieben, der ganze Bauch leicht ausgedehnt, ohne Venosität; Bauchdecken schlaff, teigig, Fluctuation im unteren Theile. Vom Processus xiphoideus an fühlt man eine harte, höckerige, schwer bewegliche, bei Druck schmerzhafte Geschwulst, die fast bis zum Nabel herab und einige Zoll über die Mittellinie des Bauchs nach links, rechts aber durch das ganze Hypochondrium nach hinten ragt, seitlich die Crista oss. ilei berührt, und unter der palpirenden Hand leicht ballotirt. Der Leberrand ist scharf, die untere Fläche nur schwer zu fühlen. In dieser ganzen Ausdehnung ist der Perussionston leer. Milz nicht vergrössert, Harn- und Sexualsystem normal. Ordin.

Leicht verdauliche, zugleich nahrhafte Kost und Extr. Chelidon. mj. Dr. j, Aq font. u. — menth. pip. ää Unc. ij. MDS. 2ständlich 1 Esslöffel voll zu nehmen.

17. December. Die Krankheit zeigt stetigen Fortschritt mit besonderer Zunahme der hydropischen Erscheinungen des Unterleibes; das Oedem der unteren Extremitäten wechselt, bald am rechten, bald am linken Beine stärker, Pat. hält beständig die Rückenlage ein, hat bei Linkslage das Gefühl, als ob eine ungeheure Last heruntersinken wolle. Die äussere Hautdecke und Conjunctiva insbesondere zeigen deutlich einen icterischen Teint, der Puls ist schneller, 85—90, die Hauttemperatur nicht erhöht. Der Lebertumor treibt das Epigastrum mehr hervor. Empfindlichkeit und Härte vermehrt, Stuhl wechselt, Harn zeigt Spuren von Eiweiss. Ordin. Chelidon. mit Extr. Conii macul., örtlich Ungt. Belladonn.

13. Januar 1851. Puls steigt auf 100, Hauttemperatur erhöht, Collapsus bedeutend, Abdomen meteoristisch aufgetrieben, mit ausgedehnter Fluctuation. Epigastrum kugelartig prominirend, mit bedeutenden Venennetzen. Appetit aufgehoben. Es tritt Dyspnoe ein, rechts unten hinten Dämpfung des Percussionstones nebst Knisterrasseln. Ordin. Abends Morph. acet. Gr. $\frac{1}{4}$, ferner Liq. Kali acet. Unc. β , Aq. ceras. nigr. Unc. v.

22. Januar. In den 2 letzten Tagen traten Fröste ein, auch links in den unteren hinteren Lungenpartien Knisterrasseln und der Tod.

Section am 23.

Die Bauchdecken sind durch den Druck des Fluidums, besonders über der Geschwulst sehr dünn, die Muskeln ganz atrophisch, Venen sehr dilatirt. In der Bauchhöhle viel icterisch gefärbte Flüssigkeit. Därme von Gas ausgedehnt, Netz durch die Leber nach links dislocirt. Fundus des Magens aufgebläht, der Pylorus zusammengeschnürt und in der Umgegend desselben ein grosses krebsiges Geschwür, ohne jedoch in dessen Kanal einzudringen. (Vomitus fehlte). Zwischen Magen, Duodenum und Pancreas zeigt sich eine vielappelige Geschwulst, ein Convolut krebsig infiltrirter Lymphdrüsen, deren einzelne ganz den Knoten in der Leber ähnlich, andere hämorrhagisch infarcirt und von der Grösse eines Taubeneies und darüber sind. Milz etwas vergrössert. Leber ungeheuer gross, mit einer Menge verschieden grosser Krebsknoten in reticulirter Form besetzt, über das Leber-niveau prominirend, in der Mitte mit einer Delle, in deren Umkreis ein rosiges Kränzchen sich entwickelte, die Knoten sind von weissgelblicher Färbung und lassen den milchigen Krebssaft ausdrücken. Der Leberdurchschnitt zeigt manche der Knoten in durch Gallenstauung ganz erweicht, icterisch, der zu ihm tretende Pfortaderast durch Einwucherung der Krebsmasse verschlossen, so dass der grösste Theil der Pfortader der Circulation unzugänglich ist. — Die Leber ist nirgends adhären. Herz normal, Aorta bis zur Durchtrittsstelle durch das Zwerchfell mit unzähligen atheromatösen Auflagerungen besetzt. Lungen etwas adhären, nach unten zu ödematos. — Nieren sehr klein, weik, brightisch erkrankt, Kapsel fest verwachsen.

Fall III. A. M. R., 46 Jahre alt, von Zell, eingetreten den 10. Juni 1851, früher stets gesund, will im Winter 1848 und 49 an rechtsseitiger Pneumonie gelitten haben, indem sie Stechen in der rechten Seite, Fieber, mässigen Husten

ohne Auswurf hatte; sie war nie icterisch. Sie lebte in kümmerlichen Verhältnissen, hatte öfters eine Vorliebe für den Braantwein, ohne jedoch gerade hierin excessiv gewesen zu sein. Seit Mitte des Winters 1851 litt sie öfters an Verdauungsbeschwerden, Appetitlosigkeit, und seit Ostern desselben Jahres an häufigen Diarrhoeen, grossem Durst, zunehmender Schwäche und Abmagerung. Seit 4 Jahren traten die Menses nicht mehr auf, sie gebar 7 Kinder, wovon noch 4 ganz gesund leben.

Stat. praes. Grosse Abmagerung, ungeheurer Hydrops ascites, der sich nach der Pat. Angabe erst seit dem 2. Juni entwickelt haben soll, kein Oedem der unteren Extremitäten, Appetitlosigkeit, Harnbeschwerden, stark entwickelte Venen des Bauches, Haut trocken, schmutziggelb gefärbt. Lungen und Herz normal. Starke Diarrhoeen. Harn spärlich, mit Schmerzen entleert, enthält reichliche Sedimente von harnsaurem Ammoniak, die Leber ist nicht vergrössert, eher kleiner, besonders im linken Lappen, fühlt sich steinhart an, mit knolligen, mässig grossen Höckern besetzt, im Ascites ballotirend. Milz nicht vergrössert. Grosse Schmerzen im Bauche.

Die Therapie bestand anfangs darin, die erschöpfenden Diarrhoeen zu hemmen durch Decoc. Colombo, später zur Minderung des Ascites beizutragen durch Extr. Scill. mit Infus. Digital., durch Elaterium, Potio Frankii, Spec. diuret., jedoch Alles ohne Erfolg. Endlich starb sie unter zunehmendem Marasmus am 9. Juli 1851, nachdem sich noch in den letzten Tagen Oedem der Füsse hinzugesellte.

Section. Leiche abgemagert, erdfahl, Hydrops ascites, Oedem der unteren Extremitäten, aus dem Unterleib ergiesst sich eine grosse Menge trüber, gelblicher Flüssigkeit. Bauchdecken dünn, Muskeln derselben atrophisch. In der Mitte des Brustbeins und in der linken 8ten Rippe krebsige Infiltration. Lungen an einzelnen Stellen hyperämisch und ödematos, an den meisten hingegen anämisch, mit einzelnen kleinen Knötchen infiltrirt. Die oberflächlichen Lymphgefässe der Lunge sind ectatisch, mit Krebsmassen gefüllt und stellen ein äusserst zierliches Netzwerk auf der Lungenpleura dar. Im Pericard einige Unzen heller Flüssigkeit, alte Sehnenflecke am Herzen, das ganz atrophisch ist. Milz, Nieren sehr klein, anämisch. Die Leber mit den mannigfachsten Krebsknoten durchsetzt, die eine dichte, faserige Structur besitzen, keinen Krebssatt ausdrücken lassen und in ihrer Mitte eine Delle haben, das umliegende Leberparenchym atrophisch, besonders der linke Lappen, die Gallengefässe an einzelnen Stellen erweitert, Gallenblase verdickt, Galle dick, zähe, gelbbräunlich, im Magen ungefähr $\frac{1}{2}$ Zoll oberhalb des Pylorus ein vernarbtes, grosses Krebsgeschwür, in dessen Umgegend Krebsknoten vorhanden sind, nebst krebsiger Infiltration der Lymphgefässe. Krebsige Entartung der Lumbal-, mesenterischen und Inguinaldrüsen; colloide Erkrankung der Schilddrüse, im rechten Pleurasack eine ziemliche Menge serösen Exsudates.

Nicht eine längere Epikrise will ich versuchen, sondern mir nur einige Eigenthümlichkeiten hervorzuheben erlauben. Im Falle II sehen wir eine vergrösserte Leber, Oedem der Füsse mit darauf folgendem Ascites, bedingt durch die verschiedenen Krebsdepots,

und letzteren hauptsächlich durch die Verschliessung der Pfortader; im Falle III haben wir gerade das Entgegengesetzte, eine verkleinerte Leber, mit Ascites, auf welchen erst in den letzten Tagen Oedema pedum folgt, die Pfortader ist frei, der Blutcirculation zugänglich. Bei beiden Kranken hatten wir ein carcinomatöses Magengeschwür, welches erst secundär den Leberkrebs veranlasste. Im Falle II war die Diagnose leicht und unzweifelhaft wegen des der Palpation sehr zugänglichen Organs, anders verhielt es sich im Falle III, wo man nur eine kleine Partie der Leber untersuchen konnte. Da dieselbe als kleiner befunden wurde, der Ascites das erste hydropische Symptom ausmachte und in hohem Grade sich sehr schnell entwickelt hatte, so dachte man an Cirrhose; hätte man dagegen die grosse Abmagerung, den schnell zunehmenden Collapsus, die leicht icterische Färbung mehr beachtet und die höckerige Oberfläche der Leber, wenn auch die Knollen kleineren Calibers waren, mehr in Betracht gezogen, so hätte man den Fehler unschwer vermeiden können. Uebrigens geht zugleich aus diesen beiden Beobachtungen wieder hervor, dass die Symptome einer Krankheit nie constant sind und nur selten immer so vereinigt sind, wie man sie in Lehrbüchern anzuführen pflegt, und dass nur in der gleichzeitigen Auffassung aller Zeichen eine Diagnose gestellt werden kann.

Als einen der Indolenz und Latenz wegen höchst eigenthümlichen Fall IV secundären Leberkrebses will ich folgenden erwähnen, der einen 70jährigen Pfründner des Juliusspitals traf.

Derselbe hatte in Anbetracht seines hohen Alters einen ziemlich gut genährten Körperbau, war nach dem Mittagessein plötzlich ohnmächtig umgefallen, worauf er über heftige Schmerzen im Unterleib klagte und von Erbrechen des Genossenen nebst Fäkalmassen befallen wurde. Bei näherer Untersuchung fand ich in der Gegend des Blinddarms neben dem rechten Os ilei eine faustgrosse, ganz harte, unbewegliche Geschwulst, oberhalb welcher, wie durch eine Furche abgegrenzt, eine zweite kleinere, sehr schmerzhafte und harte Geschwulst sich wahrnehmen liess. Der Percussionston war vom Coecum bis zur epigastrischen Gegend leer tympanisch, in den übrigen Unterleibsregionen weniger leer, aber nirgends voll, nur einigermaassen beim Magen. Nach einer Stunde hörte der Vomitus auf, dagegen begann fiebige Reizung und Dyspnoe, kurz die Zeichen von Lungenödem, und nach zwei Tagen war der Kranke eine Leiche. Durch die Section erhielten wir folgendes Resultat, das mit der auf Stenose des Darms durch veraltete Kothmassen

gestellten Diagnose nur theilweise übereinstimmte. Lungen emphysematös, die hinteren Partien etwas ödematös, Magenschleimhaut geschwelt, schiefergrau an vielen Stellen, in der Leber mehrere medulläre Knoten, das submucöse Gewebe des Colon ascendens, ungefähr $1\frac{1}{2}$ Zoll über der Bauhin'schen Klappe von einer 2 Zoll breiten (encephaloïden), ziemlich derben Krebsmasse reifartig infiltrirt, und eine Strictrur bedingend, durch welche man nur schwer den kleinen Finger führen konnte. Oberhalb derselben, i. e. nach rückwärts, war das Colon und Coecum durch harte Kothmassen erweitert. — Drüsen nicht verändert.

Es braucht wohl keiner weiteren Erörterung, dass die Krebsknoten in der Leber secundär sich entwickelten und der Darmkrebs als das ältere Uebel betrachtet werden muss. Die Indolenz, mit welcher der krankhafte Zustand ertragen wurde, kann wohl nur in der mit der allgemeinen Abnahme der Lebenskraft oft gleichen Schritt haltenden Apathie und in der langsamem Entwicklung des Krebsprozesses gesucht werden.

II. Cirrhose.

Alle die Fälle, die mir zu Gebote standen, 7 an der Zahl, waren schon in einem vorgerückten Stadium zur Beobachtung gekommen, und ich war nie so glücklich, den Beginn der Krankheit verfolgen zu können, da, wie es gewöhnlich zu geschehen pflegt, die meisten Kranken immer erst spät Hülfe im Spitäle suchen; ich hatte es deshalb in dieser Hinsicht immer mit schon kleiner gewordenen Lebern zu thun und konnte die im Anfangsstadium vorkommende Vergrösserung oder vielmehr Intumescenz nie wahrnehmen.

Die Leber zeigte sich stets geschrumpft und derb, das Drüsengewebe bildete mehr minder grosse Granulationen, an der Oberfläche schon sichtbar, hatte ein blasseres, anämisches, icterisches Aussehen und war von starken, oft schwieligen Bindegewebsbildungen durchzogen. Gallengänge gewöhnlich weit, Galle enthaltend. Galle selbst einmal hellgelb, in den anderen Fällen dunkel; in einem Falle zeigten sich Concretionen in der Gallenblase. In 2 Fällen war die Cirrhose mit Morb. Bright. complicirt, in 1 mit Anaemie und Oedem des Gehirns, in 1 mit Peritonitis, in 1 mit rechtsseitiger Pleuritis und Bronchitis, in den übrigen ohne Complication. Die Lungen waren stets afficirt und zwar die unteren Lappen, 1mal hepatisirt, in den übrigen bestand die Af-

fection aus Hyperämie und Oedem. — Erkrankungen des Herzens waren nie zugegen. Milz gewöhnlich vergrössert, aber schlaff und nie jene enorme Zunahme zeigend, wie sie Neuere annehmen, wenn mir auch Budd's Meinung nicht gerade die richtigste scheint, dass Cirrhose gar keinen Einfluss auf die Intumescenz der Milz habe. Andral sah das Verhalten wechselnd, und dies ist zweifellos auch das Richtige. Hinsichtlich der ätiologischen Momente war stets nachzuweisen, dass die Kranken dem Branntweingenuss gehuldigt hatten; was das Lebensalter betrifft, in welchem die Krankheit zur Beobachtung kam, so war es zwischen dem 40sten und 60sten Jahre gelegen; auf das Geschlecht vertheilt, trifft die Krankheit 5 Männer, 2 Weiber.

Symptome. Die frühesten Symptome sind denen ganz gleich, die sich beim Beginne des Krebses zeigen: Appetitlosigkeit, Störungen der Darmexcretion, Schmerzen im rechten Hypochondrium, Auftriebung des Leibes und allgemeine Schwäche. Hat nach Verlauf einiger Wochen oder Monate der Prozess jene Höhe erreicht, in welchem die Circulation des Blutes und die Gallenexcretion gehemmt ist, so werden die Symptome prägnanter, und ernstere Zufälle treten ein, wodurch die Kranken selbst erschreckt Hülfe suchen. Es sind dies die Auftriebung des Leibes durch hydropische Ansammlung und Abnahme der Kräfte.

Die Schmerzen beschränkten sich in unseren Beobachtungen auf das rechte Hypochondrium, waren mehr dumpfer Natur und sehr wechselnd; in 1 Falle nur erreichten sie einen furchterlichen Grad. 1mal waren Schmerzen in dem rechten Schultergelenk vorhanden, welche sich später mit Schmerzen in der etwas vergrösserten Milz auf die linke Schulter concentrirten, die Section wies entzündliche Affection des Gelenks nach. Der Ascites war in allen Fällen in bedeutendem Grade vorhanden, die Ansammlung der Flüssigkeit geschah immer langsam, ohne Schmerzgefühl im Leibe; bei 2 Kranken war gleich im Anfang mit dem Ascites auch Oedem der Füsse eingetreten, welches sich im weiteren Verlaufe der Krankheit bei allen Fällen vorfand. Oedem der Hände und in schwächerem Grade Oedem des Gesichts war 1mal zugegen, wo Cirrhose mit Pleuritis und Bronchitis complicirt war; in jenen Fällen, die

mit Morb. Brightii verbunden waren, hatte das Oedem der Hände einen sehr geringen Grad, und das Gesicht war nur etwas gedunsen. Hämorrhagien wurden nie beobachtet, nur in einem Falle Petechien an dem Unterschenkel. Bei einem Kranken, der mir jetzt zu Gebote steht, einem Säufer, ist in ganz exquisiter Weise Morb. maculosus Werlhoffii vorhanden. Die Digestionsstörungen waren stets veränderlich und unregelmässig, Appetit nie besonders stark, aber auch nie gänzlich verschwunden. Einige Kranke waren von saurem Aufstossen gequält, andere von Blähungen und wieder andere durch angehaltenen Stuhl. Durst war in allen Fällen mässig, nie excessiv. — Urin war gewöhnlich dunkelroth gefärbt, selten trübe und sedimentös, in einem Falle während 5 Tage kohlensaures Ammoniak enthaltend. — Haut war gewöhnlich trocken, spröde, schilferig, hatte ein erdfahles, schwach gelbliches Colorit, das Gesicht war deutlicher icterisch gefärbt, doch nie in bedeutendem Grade; dreimal war die Färbung so schwach, dass nur der gleichzeitige gelbliche Anflug der Conjunctiva und des Velum palat. vor der Verwechslung mit dem anämischen Colorit schützen konnte. Die Gallenabsonderung war in keinem der Fälle vollständig aufgehoben, die Stühle waren nie weiss, stets etwas gallig gefärbt. Die Abweichungen in der Färbung der Haut kamen ganz allmälig zu Stande. Auf der äusseren Decke des Unterleibs und der Brust waren in allen Fällen mit Ausnahme eines einzigen die oberflächlichen Venen bedeutend entwickelt und erweitert, nie varikös und auf beiden Seiten gleichmässig ausgedehnt. Die Halsvenen waren in jenen Fällen, die mit Krankheiten der Lungen complicirt waren, sehr geschwelt und undulirend. Die Abmagerung und das Schwinden der Kräfte hielten gleichen Schritt mit den Fortschritten des Krankheitsprozesses und der dadurch bedingten mangelhaften Nutrition, und erstere zeigte sich vorzüglich im Gesicht und den oberen Extremitäten, deren Muskeln ganz erschlafften und atrophirten, während die unteren ödematos anschwollen waren. — Intelligenz war nie gestört, mit Ausnahme jenes Falles, wo Hirnödem mit vorhanden war. — Fieberhafte Erscheinungen fehlten stets im Beginne, aber nie am Ende, wel-

ches meist durch Lungenödem oder die in Complication stehenden Krankheiten bedingt wurde.

Zwei der merkwürdigeren Krankheitsfälle mögen das eben Gesagte bestätigen.

Fall V. B. K., 60 Jahre alt, Maurer von Dettelbach, trat am 7. Januar 1852 ins Juliusspital ein. Diagnose: Cirrhosis hepatis.

In früheren Jahren genoss Pat. immer einer guten Gesundheit, er will einmal eine Febr. intermittens und ein offenes Fussgeschwür gehabt haben. Seit 18 Jahren verheirathet, zeugte er 5 Kinder, welche alle gesund sind. Im Sommer 1851 kränkelte er, indem er grosse Schmerzen im Leibe, Appetitlosigkeit, angehaltenen Stuhl, Verdauungsbeschwerden hatte. Im November desselben Jahres will er plötzlich umgefallen sein und eine Zeitlang bewusstlos dagelegen haben, was jedoch ohne weitere Spuren vorüberging. Die Schmerzen im Leibe erreichten einen furchterlichen Grad und seit 7 Wochen gesellten sich hydropische Erscheinungen hinzu.

Status praesens. 7. Januar. Mittelmässige Statur, eingefallene Backen, kachectisches Aussehen, obere Extremitäten abgemagert. Brust breit, mässig lang und flach, Halsmuskeln atrophisch. Venen entwickelt, undulirend. Der normale Percussionston reicht vorne bis zum 4ten Intercostalraume, von wo bis zu den falschen Rippen der leere Ton geht. Die Auscultation ergibt nichts Abnormes. Herzschlag im 4ten Intercostalraum, Töne normal, Puls klein, 60 in der Minute. Zunge trocken, etwas belegt. Stuhl fehlt. Unterleib stark aufgetrieben (Nabel verstrichen), fluctuirt sehr stark, Venen entwickelt. — Milz vergrössert, die Leber entspricht dem oben angegebenen Percussionston, die Leistendrüsen sind sehr anschwellen, die beiden Unterschenkel venös injicirt, ödematos angelaufen.

10. Januar. Pat. schläf die meiste Zeit des Tages und der Nacht, Stuhl angehalten, Urin reagirt alkalisch, ist furchterlich fötid, enthält viel kohlensaures Ammoniak. Ordin. Tartar. boraxat. Dr. vi, Aq. destill. Unc. vi; Syr. domest. Unc. i. MDS. Stündlich 1 Esslöffel.

13. Januar. In der rechten Regio dorsal. infer. gedämpfter Ton, schwaches bronchiales Athmen und Rhonchi mucosi, linkerseits Rhonchi crepit. Ordin. Extr. Scill. Gr. iv, Aq. Cinnam. Unc. v, Syr. domest. Unc. i. MDS. Stündl. 1 Essl.

15. Januar. Pat. klagt über grosse Spannung und Beängstigung, Stühle waren mehrmals erfolgt, Urin geht in mässiger Quantität ab, das Oedem der Füsse ist fast verschwunden. Der leere Percussionston geht nun nach erfolgten Ausleerungen in der Regio hepatis vom 5ten Intercostalraum bis zur vorletzten Rippe und nicht ins Epigastrium, so dass die Leber kleiner erscheint. Ordin. Elect. antihydrop. Unc. ij. D. S. 2stündl. 1 Essl.

17. Januar. Pat. ist sehr unruhig, wirft sich im Bette umher, kaut am Bettuch, ergreift seinen Spucknapf, um daraus Kaffee zu trinken, benutzt seine Schnupftabaksdose als Spucknapf, giebt auf alle Fragen nur seinen Vor- und Zunamen an. Gesicht ist blass, Pupille nicht verändert, Halsvenen sichtbar geschwollen, Halsarterien pulsiren schwach und langsam. Zunge trocken, nicht belegt. In der rechten Regio dorsal. infer. hört man außer dem gedämpften Ton Knistern und schwaches

bronchiales Athmen, links in derselben Gegend Rhonchi mucosi. Ordin. Wein, — Tinet. Moschi c. Ambra Dr. j. S. 2stündl. 15 Tropfen.

Gegen Mittag wird Pat. plötzlich kalt an den Extremitäten, der Kopf ist steif nach hinten gezogen, Augen sehen starr nach oben, Gesicht ist blass, etwas warm, die Unterlippe angeschwollen, die Lippen sehr livid, die Temperatur von Brust und Bauch ist normal, Respiration geht ruhig und sehr langsam von Statten, Puls ist klein, unterdrückt, 50 in der Minute. Pat. ist gegen alle Fragen und äusseren Reize, z. B. Kneipen, theilnahmlos und bleibt in derselben Stellung liegen. Deglutition unbehindert. Ordin. Wärmsäcken, Sinapismen, Moschus.

18. Januar. Pat. ist immer im Delirium, zeigt mehr Lebhaftigkeit, die oberen Extremitäten noch kühl. Puls klein, wegdrückbar, 64 in der Minute. Trockenheit in der Nase. Stuhl angehalten. Ord.: Carbon. trichlorat. Gr. iij, Sacch. alb. Gr. x. 2stündl. ein solches Pulver.

20. Januar. Leichte icterische Färbung der zugleich injicirten Conjunctiva und der Brust, auf welcher einige Petechien sichtbar. Deglutition geht gut, Stuhl angehalten, Urin unwillkürlich gelassen, Sopor — Stupor. Ordin. eadem et Veriscans ad nucham.

21. Januar. Das Selbstbewusstsein ist zurückgekehrt, Pat. erwacht wie aus einem tiefen Schlaf, kann sich nur schwer des Vergangenen erinnern und ist hinsichtlich der Zeitbestimmung ganz in Verwirrung. Hauttemperatur erhöht, Puls voll, 68 in der Minute. Zunge trocken, braun. Stuhl nebst Urin unwillkürlich gelassen. Eingenommenheit des Kopfes, häufiges Gähnen. Ordin. eadem.

23. Januar. Pat. ist in einer wehmüthigen Stimmung, Bewusstsein ziemlich zurückgekehrt, Hauttemperatur etwas erhöht, Puls voll, 76 in der Minute. Appetit gut. Zunge trocken, braun, rissig. Stuhl angehalten.

24. Januar. Pat. befindet sich wieder in demselben Stupor, wie früher, er antwortet unsinnig auf die Fragen, Collapsus bedeutend, Augen starr, Extremitäten kalt, Puls klein, 84 in der Minute. Zunge trocken, Stuhl und Harn gehen unwillkürlich ab. Ord. ead.

29. Januar. Pat. liegt immer zusammengekauert im Bette, stöhnt hier und da, die Extremitäten sind steif, fast immobil, der Kopf bohrt sich in das Kissen ein, die Excreta gehen alle unwillkürlich ab, Zunge, Mund- und Rachenhöhle sind trocken, schwarzbraun, Sprache verfallen, Athmen stertorös, auf den Lungen Rhonchi mucosi, aus dem rechten Auge fließt eine röthlich tingirte Flüssigkeit, Hauttemperatur sehr erhöht, Puls 160 in der Minute. Deglutition ist nicht mehr möglich.

30. Januar Morgens 8 Uhr erlag der Kranke, das Gesicht ist auffallend wachs-gelb geworden.

Section am 31sten Morgens 11 Uhr.

Leiche ist abgemagert, icterisch, zeigt Sugillationen an einigen Stellen, Tibia, Leib aufgetrieben, mit Flüssigkeit erfüllt, und an seiner Oberfläche sieht man die Contouren der Darmschlingen; Lungen lufthältig, an einigen Lobulis hepatisirt, sonst Oedem und Hyperämie. Bronchialschleimhaut geröthet, mit zähem Schleim belegt. Herz klein, mit einem alten Sehnenfleck und normalen Klappen, enthält flüssiges, sirupartiges Blut, ohne alle Gerinnung. Im Bauchfellraum eine nicht unbedeu-

tende Menge hellgelber Flüssigkeit, Netz atrophisch, zeigt grauelbes Ansehen, ist nach links unten am Peritoneum adhären. Leber klein, um ihre Axe gedreht, nach links ins Epigastrium verschoben, von granulirtem Ansehen, der rechte Lappen um die Hälfte verkleinert, der linke ist noch ziemlich normal hinsichtlich seiner Grösse. Auf dem Durchschnitt sieht man viel Bindegewebsstreifen neben icterischem Parenchym, Gallengänge weit, enthalten Galle. Gallenblase gross, ragt weit hervor, ist mit hellgelber galliger Flüssigkeit gefüllt. In der Pfortader noch flüssiges Blut nebst einigen Gerinnungen. Milz vergrössert, schlaff, weich. Nieren gross, mit mehreren Bindegewebskeilen, die von der Peripherie zwischen die Pyramiden sich erstrecken. Nierenbecken weit, Ureteren nicht erweitert, Blase nicht verändert, Prostata etwas vergrössert, die Magen- und Duodenalschleimhaut gewulstet, schiefergrau, Follikel geschwollt, die Muskelschichte des Pylorus sehr verdickt, die Schleimhaut des Colon schiefergrau, Processus vermiliformis verdickt und obliterirt. Häute des Gehirns normal, Gehirn in seiner Marksubstanz anämisch, ödematos, in der Corticalsubstanz hyperämisch, Pons und Kleinhirn anämisch.

In diesem Falle haben wir die seltene Complication einer Hirnanämie, die ohne Zweifel durch die mangelhafte Nutrition in Folge der Cirrhose veranlasst war. Die Hirnanämie war nur eine partielle und betraf jene Partien, welche der Geistesfunction und der Coordination der Locomotionsmuskeln vorstehen. Erstere finden wir gestört und sie sprach sich in Trägheit der geistigen Function, Stumpsinn und Sopor aus; dass dies Folge von Anämie war, bewies die schwache Energie des Herzens und der Arterien, Kühle der Haut, Blässe des Gesichtes. Die Coordination der Muskelbewegung war aufgehoben und bestand hauptsächlich in den unzweckmässigen Bewegungen des Kranken. Willens- und Empfindungsvermögen war nicht vollständig verschwunden, allein die Empfindungen blieben nur Empfindungen, ohne zu einer richtigen Reaction zu gelangen. Die Schallwellen z. B. wurden empfunden, aber nicht richtig, so dass auf alle Fragen nur das, was die Erinnerung übrig gelassen hat und was das Wichtigste für ihn war, sein Ich, sein Name als Antwort erfolgte. — Lähmungserscheinungen zeigten sich in Folge des Oedems erst in den letzten drei Tagen. — Im Anfange war überhaupt auch ein Wechsel in den Erscheinungen bemerkbar, indem die Symptome der Schwäche mit denen der Reizung alternirten und den Zustand der irritablen Schwäche darstellten.

Fall VI. A. Sch., 53 Jahre alt, Handelsmann, von Wemding, eingetreten den 22. September 1851, von kräftigem Körperbau, früher nie bedeutenderen Krank-

heiten ausgesetzt, von gesunden Eltern abstammend, Schnapstrinker, erkrankte vor $1\frac{1}{2}$ Jahren ernstlich, indem ihn rechtsseitige Schmerzen starker Natur, Dyspnoe, Husten etc. befiel, wovon er jedoch nach 12 Wochen wieder genas. Er ging seinem Geschäfte wieder nach, will jedoch vor ungefähr einem halben Jahre anschwellenen Unterleib und Extremitäten gehabt haben, was aber nach 3 Wochen sich verlor. Sein jetziges Unwohlsein leitet er von Verkältung, verschiedenen Sträpazien etc. ab und soll es erst einige Tage währen.

Stat. praes. 23. September. Das Gesicht des Pat. ist gedunsen und deutlich icterisch, besonders die Conjunctiva, ebenso die Hautdecke der Brust, leichtes Oedem am Handgelenke, die unteren Extremitäten sind stark ödematos und mit einer Masse von Petechien bedeckt. Der Bauch ist aufgetrieben, fluctuirt etwas, Anasarca in dessen Hautdecken. Scrotum und Penis ödematos. Die Untersuchung der Brust ergiebt außer einem geringen Bronchialcätarli nichts Abnormes, Herz normal, Leber ist sehr schwer zu palpiren, der linke Lappen scheint kleiner als normal, während der rechte vergrössert erscheint. Milz nicht verändert. Urin in grosser Menge gelassen, dunkelroth, enthält keine Fremdbestandtheile. Zunge belegt, Ausleerungen erfolgen mehrmals, dünnkothiger Natur, nicht entfärbt. Der weiche Gaumen icterisch. — Pat. klagt hauptsächlich über Entkräftung in Folge der Diarrhoeen und einigen Hustenreiz. Fieber mässig. Ordin.: P. Ipecac. u. Opii ää Gr. $\frac{1}{4}$, Sulf. aurat., Extr. Scill. ää Gr. $\frac{1}{2}$, Sacch. alb. Gr. v. Täglich 4 Pulver.

27. September. Hydropische Erscheinungen blieben sich gleich, ebenso der Icterus, in der Nacht stellte sich ein Frost ein, worauf bedeutende Hitze folgte. Pat. bekommt neben den Pulvern noch Morgens und Abends 12 Tropfen Ol. Terebinth. aether.

6. October. Der Hydrops ascites und das Oedem der Füsse verschwindet, Pat. hat starken Durst, trinkt viel und lässt sehr viel Urin, täglich fünf Maass. Es tritt nun eine Geschwulst in der epigastrischen Gegend hervor, welche ungleich körnig ist und dem linken Lappen der Leber entspricht; der rechte ragt nicht unter den falschen Rippen hervor und ist verkleinert. Diarrhoeen lassen nach.

10. October. Pat. hat noch gedunsenes, leicht icterisches Gesicht, ist aber sonst ganz gesund, hat Appetit, normale Leibesöffnung und verlässt geheilt von seinen hydropischen Erscheinungen die Anstalt.

Ueber sein späteres Verhalten konnte keine Nachricht mehr eingezogen werden.

Hieran will ich folgendes Beispiel reihen, in welchem der Prozess vom Hilus hepatis aus sich als eine Entzündung der Capsula Glissoni nach dem Verlaufe der grösseren Pfortaderäste in das Leberparenchym erstreckte und bei noch weiterer Ausbreitung gegen die Peripherie hin nothwendiger Weise zur Cirrhose hätte führen müssen. Während also bei letzterer Krankheit der Prozess in den Interstitien der Leberzellen beginnt und gleichsam centripetal sich fortentwickelt, fand sich in diesem Falle das umgekehrte Verhältnis.

niss; man sieht, dass der Effect beider Prozesse zu demselben Resultat und fast zu denselben Erscheinungen führen muss.

Fall VII. A. M. D., 56 Jahre alt, von Mettelstreu, Dienstmagd, eingetreten den 8. October 1850, früher nie krank, wurde vor 5 Jahren von einem allmälig zunehmenden Schmerz in der rechten Seite befallen, mit zeitweisen Schmerzen in der rechten Schulter und im Nacken und mit Krämpfen in der rechten Wade. Sie wurde deshalb schon vor 2 Jahren im Juliuspitale behandelt, die Diagnose war Cirrhosis hepatis.

Stat. praes. im October. Sie klagt über Schmerzen in der rechten Seite, welche sie seit ihrem Austritt aus der Anstalt nie verlassen haben sollen, nur zeitweise intensiver wurden. Leicht icterische Färbung, die schon stärker gewesen sein soll, mässiger Ascites, Stuhl angehalten, Fäces braun gefärbt, Urin normal, die Füsse waren einmalig geschwollen, jetzt nicht. Conjunctiva deutlich icterisch, kein Schulter- und Wadenschmerz. Genitalien, Mastdarm normal. Leber bedeutend vergrössert, deutlich knollige Erhabenheiten auf ihrer Oberfläche zeigend. Appetit gut, Herz, Lungen normal, Drüsen nicht verändert, Ernährung gut.

10. März 1851 stellte sich plötzlich mit intensen Schmerzen in der rechten Seite ein heftiger Icterus ein, profuse Schweiße bei Tag und Nacht, heftiges Jucken auf der ganzen Haut. Ordin. Decoc. Rhamni frangul. Nach ungefähr 3 Wochen verlor sich der Icterus, ebenso die Schmerzen, allein dafür traten heftige Schmerzen in der Milzgegend ein nebst unerträglichen Schmerzen in der linken Schulter, so dass Pat. den linken Arm nicht heben konnte. Milz war bedeutend vergrössert und blieb es, während die übrigen Phänomene nach einigen Wochen verschwanden. Im April überstand die Kranke eine rechtsseitige Amygdalitis mit Ausgang in Abscessbildung.

25. Juni. Nachdem Pat. einige Tage vorher über allgemeines Unwohlsein geklagt hatte, befiel dieselbe ein mässiger Frostschauer mit darauf folgender Hitze, zugleich steigerten sich die Schmerzen in der rechten Seite bis zu einem hohen Grade. Nausea. — In der Nacht breiteten sich diese Schmerzen über den ganzen Leib aus, Abdomen trieb sich auf, mehrmalige Diarrhoeen und öfters Erbrechen einer grüngalligen Masse, heftiger Schweiß, intenses Fieber. Grösste Schmerzhaf- tigkeit des Bauches bei nur leichter Berührung. Ordin.: Emuls. amygdal. mit Opii puri Gr. ij. — Ungt. ciner. — Blutegel. — Cataplasmen, strenge Diät.

27. Juni. Diarrhoe lässt nach, Brechen, Schmerzhafigkeit des Bauches währt an. Ordin. eadem.

28. Juni. Extremitäten kühl, viele Schweiße, kein Stuhl, kein Erbrechen mehr, Fieber lässt nach. Die Schmerzen im Leibe haben sich auf die rechte Seite und die Regio uterina concentrirt, brennender Schmerz beim Uriniren. Fieber mässig, Puls 96. Ordin.: Serum lact. tamarind. Clysma.

30. Juni. Stat. id., alle Symptome gemildert.

1. Juli. Abends 9 Uhr Schüttelfrost, $\frac{1}{2}$ Stunde dauernd, nebst Zunahme der Schmerzen und Aengstlichkeit; hierauf folgte ein nicht lange dauerndes Hitzestadium. Puls klein, frequent, 130. Mehrmalige Diarrhoeen, Tenesmus, Nausea.

Nachts 12 Uhr kühles Gesicht, kühle Extremitäten, kalter Schweiß, veränderter Gesichtsausdruck. Unerträgliche Schmerhaftigkeit des Bauches, besonders der Leber- und Uterusgegend, Tenesmus, Angst, Jaetation, Pat. stöhnt, sie könne nicht mehr atmen. Kleiner, sehr frequenter Herzchoc, Blase leer, Uterusgegend giebt matten Percussionston. Ordin.: Pulv. Opii Gr. $\frac{1}{4}$, 2stündlich 1 P.

2. Juli Morgens 9 Uhr, Pat. schläft, Opiumnarcose, Puls sehr frequent, schwer fühlbar, Blase noch leer, obwohl seit 14 Stunden kein Harn mehr gelassen wurde. Tod in der Narcose unter stertoröser Respiration. Morgens 11 Uhr.

Section. Leiche blassgelb, wohlgenährt, Bauch meteoristisch aufgetrieben, Schilddrüse colloid entartet, Lungen sehr hyperämisch, ödematos. Bronchien mit eitrigem Schleime gefüllt. Herz normal, Mitralis etwas verdickt. Leber nicht bedeutend vergrössert, zeigt an ihrer Peripherie fünf grosse narbige Einziehungen mit bedeutender Bindegewebsentwicklung, Einfurchung und Atrophie des angrenzenden Parenchyms. Die Porta hepatis und Vena port. ist in eine grosse Menge verdickten Bindegewebes eingebettet; diese Bindegewebsmassen erstrecken sich ins Leberparenchym hinein, entsprechend dem Verlaufe der grösseren Ramificationen der Pfortader. (Der ganze Zustand ging also aus einer chronischen Entzündung der Glisson'schen Kapsel hervor). Gallenfässer sehr weit, Galle selbst zähe, dunkel gefärbt, mit einigen Concrementen gemischt. — Milz sehr gross, dicht, blutreich. — Nieren gross, geschwollt, an der Peripherie höckerig, gelblich gefärbt, körnig, die Corticalsubstanz infiltrirt, Marksubstanz infiltrirt (H. Stad. Morb. Bright). Im Umkreis des Processus vermiformis befindet sich eine schwielige, derbe, aus entzündlichem Exsudat sich herausgebildete Masse, nebst einem abgesackten Abscesse, ebenso in der Excavatio utero-vesicalis eine grosse Menge eiterigen Exsudats, in welches Tuba, Ovarien und alle Adnexen gleichsam eingehüllt und unter einander verwachsen sind. Die dünnen Gedärme sind zugleich im kleinen Becken unter sich und mit der Harnblase mittelst frischen, plastischen Exsudats verklebt, die Blase enthält etwas eiterige Flüssigkeit, Gedärme meteoristisch aufgetrieben, das Visceralperitoneum injicirt, besonders an jenen Stellen, wo immer ein Paar Darmschlingen aneinander grenzen. Schleimhaut des Uterus blutreich, die Follikel des Colons geschwollt. In der Gelenkhöhle der linken Schulter eine ziemlich frische Entzündung, an einzelnen Stellen selbst Blutextravasation.

In diesem Falle war also der Prozess fixirt auf die Glisson'sche Capsel längs den grösseren Pfortaderramificationen und bot jenen Zustand dar, welchen Rokitansky als gelappte Leber in Folge von Pylephlebitis exsudativa beschreibt. Die grossen Aeste der Pfortader waren in Folge einer chronischen Entzündung von schwieligem Bindegewebe umgeben, ohne dass im Lumen derselben thrombotische Entwicklung und Obliteration zu Stande kam, das umliegende Parenchym wurde durch die Bindegewebsstränge comprimirt und atrophisch, Störungen in der Gallensecretion und -Ex-

cretion waren nicht bedeutend, weshalb auch der Icterus variabel und nur einmal wahrscheinlich in Folge erneuter Entzündung einen intensiven Grad erreichte, ebenso war das Hinderniss in der Blut-circulation nicht weit gediehen, so dass nur ein mässiger Ascites sich hervorbildete; die grösste Rückwirkung wurde auf die Milz geäussert, die abnorm intumescirte und ganz plötzlich. Die Erscheinungen, die für Morb. Bright. sprechen mussten, traten zu sehr in den Hintergrund und wurden übersehen, da man leider unterlassen hatte, eine sorgfältige Prüfung des Harns vorzunehmen; ob diese Nierenentartung in Folge der Leberkrankheit sich entwickelte, will ich dahin gestellt sein lassen, und möchte sie lieber als zufällig hinzugetreten betrachten. Die Peritonitis steht jedenfalls in keinem Zusammenhang mit der Leberaffection, sondern wurde durch Ausbreitung der Entzündung des serösen Ueberzugs des Wurmfortsatzes hervorgerufen und bedingte zunächst die Lethalität.

Die Krankheit dauerte nach der Anamnese über fünf Jahre und begann mit Schmerzen im rechten Hypochondrium, zu denen sich zeitweise auch Schmerzen in der rechten Schulter, im Nacken und rechtsseitige Wadenkrämpfe gesellten, und mit mässigen hydro-pischen Erscheinungen. Einmal in die Anstalt aufgenommen, ist es bemerkenswerth, dass sich Exacerbationen von Schmerzen und Icterus einstellten, welche nach 3 Wochen sich wieder verloren und jedenfalls mit einer Steigerung des entzündlichen Prozesses in der Leber zusammenfielen. Das plötzliche Auftreten von Schmerzen in der Milzgegend nebst Anschwellung dieses Organs ist wohl eine der frappantesten Erscheinungen, indem bei anderen Leberkrankheiten, die mit Volumszunahme verbunden sind, derartige rapide Milzanschwellungen nicht vorkommen. Die Diagnose dieses Zustandes bleibt selbst bei Berücksichtigung aller Momente höchst schwierig, und dürfte nur als wahrscheinlich angenommen werden, zudem, wenn das Krankheitsbild durch das Hinzukommen so vieler anderer krankhaften Affectionen getrübt und gleichsam in den Hintergrund gerückt wird.

Ich will jetzt noch versuchen, hinsichtlich der Diagnostik jene Momente hervorzuheben, welche uns bei der Untersuchung der Kranken als Anhaltspunkte dienten. Wie es sich von selbst ver-

steht, wurden die objectiven Symptome als die werthvollsten hervorgezogen und die subjectiven zur Vervollständigung des Krankheitsbildes verwendet. — Die icterische Hautfarbe, die Abmagerung, die hydropischen Zufälle, die Störungen der Digestion, hämorrhagische Zustände waren in den beiden Formen, sowohl bei Krebs als Cirrhose, gleichmässig vertreten und aus diesen Symptomen war nur der allgemeine Schluss zu ziehen, dass die Leber erkrankt sein müsse. Diese Zeichen waren den Alten schon nicht entgangen und wurden von Allen der Jecrosis zugeschrieben. Celsus (Lib. IV. Cap. VIII.) spricht von der Ausbreitung des Schmerzes in der rechten Abdominalgegend auf Jugulum und rechte Schulter, ebenso von Anschwellung des Bauches, der Schenkel und Füsse. Alexander Trallianus (Lib. VIII. Cap. III. de obstructione jecoris) sagt, dass allgemeine LebERVERSTOPFungen sich zu erkennen geben theils durch Mangel an Fieber und Hitze, theils durch Schwere und Zerrung in den tieferen Partien der Leber. Am besten und schönsten bespricht Coelius Aurelianus (Lib. IV. Cap. IV u. VIII de hydrope) die Erscheinungen der Jecrosis, welche er unterscheidet a) in solche, welche der Jecrosis und Lienosis gemeinsam zufallen, wie träge Bewegung, Respirationsschwierigkeit, Anschwellung der Füsse, hydropische Ergiessung etc. und b) in jene, welche nur der Jecrosis zukommen, wie icterische Färbung, getrübter Urin, Schwierigkeit auf der linken Seite zu liegen etc. Ebenso erwähnt er noch eines bedeutenden Schweisses beim Schlaf und beständigen Blutflusses aus der Nase, der schwarzen und dickeren Venen am Bauche und Fussgeschwüre, die schwer heilen. — So wichtig auch zur Beurtheilung des betreffenden Falles diese Zeichen alle sind, so müssen sie doch jenen nachstehen, die durch die Percussion und Palpation gewonnen werden. Fast immer gelang es mir, einen Theil der Oberfläche und den Rand der Leber prüfen zu können und so die grösseren, knolligen Protruberanzen des Krebses von der kleinhöckerigen, vollständig unebenen Oberfläche einer cirrhotischen Leber zu unterscheiden. Der Rand der Leber ist bei Krebs scharf, bei Cirrhose stumpf; letztere bietet den palpirenden Fingern eine bedeutendere Consistenz und zugleich auch Resistenz dar, welche besonders beim Ballotiren in der hydro-

ischen Flüssigkeit sich kund giebt, indem man das Gefühl erhält, als wenn ein steinharder, schwerer Körper gegen die Finger anschläge, was bei Krebs nicht der Fall ist. Natürlich kann man das Ballotiren am besten nur dann vornehmen, wenn die Leber unter den Rippen hervorgedrängt ist; ist sie dagegen unter diesen verborgen, so kann man nur den stumpfen Rand und Unebenheit der Oberfläche nachweisen, der linke Lappen jedoch ist meist im Epigastrium palpabel und so dies Experiment noch möglich. Die Resultate der Percussion, welche die Zu- oder Abnahme des Volumens angeben, sind mit denen der Palpation zu vereinen, indem gewöhnlich Krebs mit Vergrösserung, Cirrhose mit Verkleinerung des Organs einhergeht. Beide Untersuchungsmethoden werden nur nach mehrmaliger Anwendung zuverlässig, indem Täuschungen zu leicht möglich sind. — Das Verhalten der Milz war nicht constant und erreichte selten so bedeutende Volumszunahme, dass sie im Leben erkannt werden konnte. Beim Krebs zeigte sie sich gewöhnlich nicht verändert, nur in einem Falle etwas grösser; bei der Cirrhose war sie in drei Fällen grösser, allein nie so, dass man von einem Milztumor sprechen konnte. Jedoch bin ich fest überzeugt, dass wenn man in zweifelhaften Fällen eine Vergrösserung der Milz nachweisen kann, die Diagnose für Cirrhose wahrscheinlicher oder selbst gewisser wird. Nie aber darf man vergessen, die Milz zu verschiedenen Tageszeiten zu untersuchen, da die Anfüllungen des Magens und Darmkanals sowohl mit festen Stoffen, als Gasen leicht zu Verwechslungen und Irrthümern führen kann. Ein sogenannter Milztumor ist freilich nicht schwer zu erkennen, da er meist palpabel ist, allein einfache Veränderungen des Volumens, sowohl Zu- als Abnahme zu bestimmen, ist nur eine Wahrscheinlichkeitsberechnung, da uns nur die Percussion ohne sonstige Controle zu Gebote steht, diese Bestimmung vorzunehmen. — Wie ich oben andeutete, war Ascites sowohl bei Krebs als Cirrhose in gleich hohem Grade Gegenstand der Beobachtung, jedoch war in beiden die äussere Hautdecke etwas verschieden, bei Krebs war der Unterleib mehr im queren Durchmesser vergrössert, und seine Muskeln schlaffer, die Flüssigkeit sammelte sich mehr in den Hypochondrien und nach hinten an, bei Cirrhose war der gerade

Durchmesser vergrössert und der Unterleib fassförmig gewölbt und straff gespannt. Zu gleicher Zeit muss man auf das Oedem der unteren Extremitäten reflectiren, welches bei Krebs gewöhnlich dem Ascites vorausgeht, bei Cirrhose aber ihm nachfolgt.

Dem Hydrops ascites liegen in seltenen Fällen krankhafte Veränderungen des Peritonäums und Netzes zu Grunde, und es bleibt alsdann oft schwer, bei der gleichzeitigen Abmagerung des Kranken, dem erdfahlen Colorit, secundärem Oedem der Extremitäten die wahre Ursache zu entdecken, und nur die Palpation ist im Stande, den richtigen Thatbestand zu eruiren. So beobachtete ich Ascites bei einem 30jährigen Manne, der über Nichts klagte als über Digestionsstörungen, vage Schmerzen im Leibe und Ascites. Die Palpation wies eine knollige Geschwulst von unregelmässigen Rändern im Scrobiculo cordis und längs des Verlaufes des Quercolons nach, und im rechten Hypochondrium konnte man den normalen Stand und die scharfe Kante des Randes der Leber darlegen und im Epigastrium von der Geschwulst abgrenzen. Die Diagnose ward nach Erwägung aller Momente, anamnestischer sowohl als physikalischer, auf Krebs des Omentums gestellt, und nach viermonatlicher Anwesenheit im Spitale starb der Kranke unter Zunahme des Ascites und der Entkräftung. Die Section wies ganz dichte tuberculöse Infiltration des Netzes nach, so dass dasselbe einem dicken, ungleichen Strange ähnlich war. Im Peritonaeum fanden sich ebenfalls tuberculöse Granulationen, und das Netz war mit diesen verwachsen. Enorme Menge seröser Flüssigkeit. — Ein ähnlicher Fall betraf eine 46jährige Bäuerin, deren Krankheit seit $1\frac{1}{2}$ Jahren bestand. Abmagerung war bedeutend, Gesicht eingefallen, von schmutzig gelbem Colorit, Unterleib enorm aufgetrieben, fassförmig, straff gespannt, stark fluctuiren, Oedem der unteren Extremitäten, Schmerzen im ganzen Leibe, jedoch nicht sehr bedeutend, mehr dumpfer Natur, Fiebererscheinungen keine, Digestion nicht gestört, Stuhl retardirt. Die Palpation liess, besonders nach entleerter Flüssigkeit, an verschiedenen Stellen des Unterleibes viele theils zusammenhängende, theils einzeln stehende knollenartige, harte Protuberanzen erkennen, und zwar ganz oberflächlich, so dass man das Gefühl hatte, als wenn sie in der Cutis festsässen.

Uterus war fibroid entartet und vergrössert und liess sich nach einer Paracentese oberhalb der Symphyse durchfühlen, die Vaginalportion hatte mehrere narbige Einziehungen, Uterus stand tiefer. Die Flüssigkeit, welche durch die Paracentese entleert wurde, war bedeutend und hämorrhagisch, dreimal wurde die Operation in einem Monate gemacht, immer sammelte sich die Flüssigkeit schnell wieder an, Abmagerung und Entkräftung nahmen immer mehr zu, bis die Kranke endlich ihrem Leiden erlag. Die Section ergab medulläre Krebsinfiltration des ganzen Peritonaeums, Fibroid im Corpus uteri, hämorrhagischen Ascites, Lungenödem.

III. Fettentartung.

Ausser jenen Fettlebern, die sich im Verlaufe von Pneumothysis und anderen mit Marasmus einhergehenden Krankheiten entwickelten, kamen zwei Fälle zur Beobachtung, welche ohne nachweisbare andere krankhafte Zustände als primäre Fettentartung betrachtet werden mussten.

Der erste Fall betraf einen 15jährigen Knaben, von blasser Gesichtsfarbe, atrophischer Muskulatur, ohne Anschwellung von Drüsen, welcher wegen Verdauungsanomalien Hülfe im Spitale suchte. Bei näherer Untersuchung fand man alle Organe normal, nur die Leber enorm vergrössert, zwei Finger breit unter den Rippen hervorragend und das ganze Epigastrium bedeckend, obgleich der Stand des Zwerchfells durch die Percussion normal im 5ten Intercostalraum wahrgenommen wurde. Die Leberoberfläche war glatt, eben, der Rand nicht ganz scharf zu fühlen, Consistenz sehr gering, so dass man ein teiges Gefühl erhielt. Milz nicht vergrössert. Der Gastricismus war bald gehoben und der Kranke verliess darauf das Spital.

Der zweite Fall berührte einen 37jährigen Handwerker, welcher wegen Herzklöpfen der Arbeit nicht mehr vorstehen konnte. Sein Körperbau ist ziemlich kräftig, Gesichtsfarbe gesund, mit röthlichen Wangen, Conjunctoria gelblich, Muskulatur von normalem Volumen, jedoch von einer gewissen Schlaffheit, Brustkorb und Lungen normal, Herz ist durch die Percussion als nicht vergrössert nachweisbar, seine Contractionen ganz unregelmässig, oft stürmisch, den Thorax erschütternd, oft schwach, kaum fühlbar, oft schnell auf einander folgend, eine Contraction in mehreren Zuckungen darstellend, oft langsam und aussetzend, mehrere Minuten lang 40 Schläge, in anderen 70, der Radialpuls klein, entsprechend den Variationen des Herzschlags und nie coincidirend, Herztöne normal, ihr Rhythmus verändert. Respirationsstörungen in den paroxysmenweise auftretenden Herzpalpitationen. Leber stark vergrössert, vom 5ten Intercostalraume beginnend und drei Finger breit unter den falschen Rippen hervorragend, mit glatter Oberfläche, geringer Resistenz, teigig weichem Gefühle. Milz nicht vergrössert. Urin nicht verändert, Defäcation unregelmässig.

mässig. Die Diagnose ward auf Fettentartung der Leber und des Herzens gestellt. Weitere Notizen über den Verlauf konnte ich nicht ermitteln.

In diesen beiden Beobachtungen hatten wir eine bedeutend vergrösserte Leber vor uns, deren Oberfläche glatt war und sehr geringe Resistenz darbot, bei welcher Consecutivzufälle, concomitrende Cachexien fehlten, und es mussten demnach Krebs, Cirrhose, Speckleber hier ausgeschlossen werden; zudem auch die Milz als nicht vergrössert nachzuweisen war. Im letzteren Falle hätte man auch an Muskatnussleber denken können, jedoch eine derartig in so hohem Grade affirzte Leber hätte unstreitig icterische und hydrostatische Erscheinungen hervorrufen müssen. Auch ein Klappenfehler des Herzens konnte nicht vermutet werden, da die Töne ganz rein waren und jegliche Volumensveränderung mangelte, die bei einem so lange Zeit bestehenden Leiden jedenfalls hätte auftreten müssen. Dagegen sind die Erscheinungen leichter zu deuten durch eine fettige Degeneration der Herzmuskulatur, durch welche der Muskel in seiner Totalität zu wirken behindert wird, und nur einzelne Partien agiren konnte, so dass diese zuckenden, unregelmässigen und ungleichen Contractionen zu Stande kommen müssen. Wenn es nun auch unmöglich war, die Diagnose ad oculos zu demonstrieren, da die Lethalität nicht erfolgte, so glaube ich doch, dass aus den angedeuteten Gründen kein Irrthum unterliegt und man die Diagnose als gerechtfertigt annehmen wird. Hinsichtlich der ätiologischen Momente konnte man nur negative Resultate gewinnen.

IV. *Echinococcus*

kam nur einmal zur Beobachtung und die Geschichte dieses Falles, die ich im Nachfolgenden mir zu geben erlaube, ist schon wegen der Ausbreitung des Krankheitsproduktes werth, näher besprochen zu werden.

G. S., 37 Jahre alt, Handelsmann von Bischberg, eingetreten den 19. August 1851, stammt von gesunden Eltern ab, war früher stets gesund, gab sich keinen Exessen hin, ist verheirathet seit 7 Jahren, Vater von zwei Kindern, welche noch leben. Im Jahre 1836 fühlte er zum erstenmale in der Regio epigastrica eine Geschwulst, welche langsam sich heranbildete, nur selten mit Schmerzen einherging und außer dem Gefühl des Druckes und der Beengung fast keine Beschwerden hinterliess. Gegen das Jahr 1848 wurde diese Geschwulst immer grösser, erreichte

angeblich die Grösse eines Kindskopfes, wurde im höchsten Grade entzündet und schmerhaft, und endlich mit dem Troicart geöffnet. Es soll eine eitrig-blutige Flüssigkeit mit grosser Kraft sich entleert (gespritzt) haben, in der man Hydatiden fand. Die Behandlung bestand hierauf in Injectionen mit Creosot, jedoch fühlte der Kranke zur selben Zeit im rechten Hypochondrium noch einige Geschwüste nachwachsen, welche bald, meist aber ohne erhebliche Schmerzen zu einer bedeutenden Grösse sich heranbildeten und Störungen durch Druck veranlassten, so gastrische Erscheinungen, Erbrechen, angehaltenen Stuhl.

Stat. praes. Die Physiognomie des Kranken trägt die Spuren eines schweren im Organismus wurzelnden Uebels an sich, die Abmagerung ist bedeutend, Verdauung nicht wesentlich gestört, Fieber mässig, Puls klein, frequent, in der Abendzeit 106 Schläge in der Minute. Thorax ist schmal, flach, abgemagert, die untere Rippegegend sehr dilatirt; der Unterleib ist stark gespannt und aufgetrieben, hat in seiner grössten Circumferenz vom 3ten Rückenwirbel bis zum Nabel rechts einen Durchmesser von 1 Fuss 7 Zoll, links von 1 Fuss 6 Zoll 8 Linien, die Venen sind an demselben stark entwickelt, man erkennt ganz deutlich an ihm einzelne Contouren von grösseren Prominenzen, so rechts zwei, links eine, an welchen selbst man einen dumpfen Percussionston nebst einem eigenthümlichen Erzittern von Flüssigkeit unter dem Finger erhält; dieser dumpfe Percussionston erstreckt sich auf der rechten Seite vom 5ten Intercostalraume, wo zugleich links von der rechten Brustwarze der Herzschlag fühlbar ist, nach unten zu in einer geraden Linie von 10 Zoll, reicht fast bis ans rechte Os il., geht von da schief nach links hinüber, so dass hier von der linken Brustwarze in einem Raume von 8 Zoll nach abwärts der dumpfe Ton vorhanden ist. Derselbe geht hier von der 5ten bis 9ten Rippe ganz nach dem Laufe derselben bis 1 Zoll vor der Wirbelsäule und scheint in den leeren Ton der Milz überzugehen. Der dumpfe Ton wird nach unten zu sowohl rechts wie links von dem tympanitischen Darmton begrenzt.

Die Percussion der Brust ergiebt an der Vorderseite rechts bis zum 5ten, links bis zum 4ten Intercostalraum einen sonoren Ton, welcher an der Rückenseite rechts etwas über die normale Grenze sich erstreckt und links bis zum 5ten Intercostalraum reicht. An allen diesen Stellen hört man ein rauhes vesiculäres Athmen, welches links hinten am 5ten Intercostalraum ganz verschwunden ist. Das Herz ist von links gegen die rechte Brustwarze verschoben, die Töne sind normal.

20. August. In der Nacht auf den heutigen Tag klagte Pat. über heftige Schmerzen in der linken Seitengegend, es stellte sich grosse Dyspnoe ein, Husten, schleimig-blutiger Auswurf, nebst schleimigem Erbrechen. Puls 120. Im rechten unteren Lungenlappen grossblasiges Rasseln. Ordin.: Emuls. opia.

21. August. Auswurf und Dyspnoe vermindert sich, der Kranke wird ruhiger, Stuhl angehalten. Ordin.: Tartar. natronat. u. Manna elect. Bad mit Orber Salz Pfd. v. Abends Morph. acet. Gr. $\frac{1}{8}$.

25. August. Man fühlt und hört an der linken Geschwulst entsprechenden Region ein Reibegeräusch, welches am

26. August wieder verschwunden ist. Es stellt sich wiederum grosse Angst, Unruhe, Dyspnoe ein, Stuhl angehalten. Ordin.: Decoct. Rhamni frangul.

27. August. Es erfolgen mehrere wässrige Stühle, Pat. fühlt sich ruhiger, das Frottement stellt sich wieder ein, Oedem der Füsse. Ord.: Decoc. Tamarind.

28. August. Stat. id. Ordin.: Sal. thermar. carolin. Dr. ij in Solution.

7. September. Es trat täglich mehr Collapsus und Dyspnoe wegen der überfüllten Bronchien ein und so erfolgte durch Suffocation Abends 6½ Uhr plötzlich der Tod.

Section am 8. September Nachmittags 4 Uhr.

Die Leiche ist abgemagert, die Venen des Halses und Gesichtes strotzend, Schaum im Munde, am Bauche sieht man die obengenannten Prominenzen. Im Pericard frisches faserstoffiges Exsudat. Die rechte Lunge gross, ödematos, Bronchien catarrhalisch afficirt. In der linken Lunge besteht ein enormer Sack, der das Lungenparenchym zerstört hatte, er war mit einem eiterigen Fluidum gefüllt, in welchem kleine wasserhelle Blasen schwammen, communicirte aber mit keinem Bronchus; das aussen herumliegende Parenchym war comprimirt, aber lufthältig. Zwischen der linken Lunge und dem Zwerchfell befand sich ebenfalls, ohne dass der Zusammenhang näher zu bestimmen war, ein grosser dicker Balg, in welchem eine Colonie von Blasen der verschiedensten Grösse und Alters ihren Wohnsitz aufgeschlagen hatte. Die Leber selbst nahm den ganzen Raum bis ins linke Hypochondrium ein und enthielt ebenfalls die verschiedensten Bälge, theils schon ganz eingedrückt und mit verkalkten Wänden, theils noch die schönsten Sprösslinge von Blasen beherbergend. So fanden sich ebenfalls noch Blasen ganz isolirt im Netze und eine kindskopfgrosse zwischen Mastdarm und Harnblase. Milz war normal.

Die Diagnose bot in diesem Falle wegen des grossen Umfangs und der daraus resultirenden physikalischen Erscheinungen keine Schwierigkeit dar, auch die Schlussfolgerungen, besonders hinsichtlich der Fortpflanzung der Echinococcen durch die Blutcirculation ergeben sich von selbst. Wenn nun auch die Zahl obiger Beobachtungen eine geringe ist und zu statistischen Untersuchungen nicht verwerthet werden kann, so erhalten wir doch durch die Summe der einzelnen Thatsachen einige nicht unwichtige Stützpunkte für die Diagnostik und auf der anderen Seite wird uns durch die Mannigfaltigkeit der Erscheinungen und Complicationen der einzelnen Krankheiten ein weiterer Beweis geboten, wie leicht irrthümliche Anschauungen sich einschleichen können, wenn man, von theoretischen Principien präoccupirt, nicht mit Erforschung aller Symptome sich beschäftigt.