

deren Orten vertheilt habe. Hoffmann hat, wie er selbst sagt, nur in den seltensten Fällen die Conidien zur Keimung gebracht; der beste Beweis, dass er nicht die zur Keimung nöthigen Bedingungen hergestellt hat.

Aber diese ganze Frage ist jetzt, und zwar nicht durch mich allein, sondern durch ausgezeichnet gelungene Versuche meines hochverehrten Collegen, des Herrn Medicinalassessor Zürn endgültig gelöst worden. Zürn hat nämlich vor einigen Wochen *Penicillium*-Sporen auf das Fell eines Kaninchens übertragen und dadurch die Haut zum Erkranken gebracht. Ueber den Krankheitsverlauf wird er als Sachverständiger selbst berichten. Ich hatte nur zu constatiren, ob in den mir vor wenigen Tagen übergebenen Borken Pilzbildungen vorhanden und welcher Art dieselben seien. Zu meiner grossen Freude habe ich zu berichten, dass theils aus keimenden *Penicillium*-Sporen direct, theils aus den mehr im Innern der Epidermis ausgebildeten und zu Sporoiden angeschwollenen *Micrococcus*-Zellen diejenige *Oidium*-Form ausgekeimt ist, welche man leicht als das *Achorion Schoenleini* der älteren Parasitologen erkennt. Wer sich davon überzeugen will, dem stehen Präparate zur Ansicht und zum Vergleich mit dem *Favuspilz* zu Diensten.

Die Sache ist damit entschieden und Zürn hat das grosse Verdienst, zum ersten Mal mit absoluter Gewissheit den Beweis geführt zu haben, dass bei einer Hautkrankheit Pilz und Contagium identisch sind. Die im Auftrage der Landwirthschaftlichen Versuchsstation ausgeführte Arbeit Zürn's führt diesen Beweis in aller Schärfe, da es sich hier nur um den einen bestimmten Pilz und um eine bestimmte Krankheit handelt, was bei der früheren Arbeit von Dr. Pick, Assistenten bei Herrn Professor Hebra, noch zweifelhaft erscheinen konnte.

Jena, am 8. März 1868.

2.

Kleinere Mittheilungen aus der Praxis.

Dr. L. Erdmann zu Doliniany bei Chotin in Bessarabien.

I. Ein Fall von colossalem „Hydrops vesicae felleae“.

Zur Casuistik obiger Krankheitsform diene folgender, sehr seltener, meiner Kenntnissnahme nach blos von Benson noch beobachteter Fall, welcher im Rigaschen Stadtkrankenhaus zur Behandlung gekommen ist.

Ende August des Jahres 1867 wurde in die chirurgische Abtheilung des Krankenhauses ein junger Mann, Musiker, aufgenommen. Er war 24 Jahre alt, von kleiner Statur, gracilem Knochenbau, mässig entwickeltem *Panniculus adiposus* und dito *Musculatur*. Seine Hautfarbe war blass, nicht icterisch, wie auch weder an der *Conjunctiva*, noch am Harn oder an den Fäces sich die Symptome des Icterus erkennen liessen. Oedem der unteren Extremitäten nicht vorhanden. Lungen und Herz gesund; Appetit, Zunge, Magen- und Darmfunction normal. Der Sitz des Uebels, gegen welches Patient Hülfe verlangte, war lediglich das Abdomen. Dasselbe

war aufgetrieben und ergab bei der Palpation Fluctuation, wie beim Ascites. Bei der Percussion ergab sich jedoch heller Percussionsschall in einem schmalen Streifen über der Symphysis ossium pubis und ausserdem zu beiden Seiten des Bauches, von den vorderen Enden der beiden eilften Rippen nach abwärts bis zu jenem schmalen Streifen. Diese Grenzen blieben sich gleich bei verschiedener Lage des Kranken. Die Ausdehnung des Unterleibes war keine gleichmässige, sondern trat entsprechend der Gegend des rechten Hypochondriums stärker hervor. Die Anschwellung sollte ungefähr um Weihnachten des vorigen Jahres und zwar von oben her begonnen haben. Es wurde ausserdem später — nach eingeleiteter Behandlung — von einem Arzte, der den Patienten im Herbst des vorigen Jahres behandelt hatte, in Erfahrung gebracht, dass sich damals eine Leberhyperämie hätte nachweisen lassen.

Nach dem Obigen handelte es sich also nicht um eine freie, sondern um eine abgesackte Bauchwassersucht, um eine mit beweglicher Flüssigkeit gefüllte, die ganze Unterleibshöhle fast einnehmende Geschwulst, die nach dem beschriebenen Aussehen des Bauches am natürlichsten mit der Leber in Verbindung gebracht werden konnte. Es wurde an einen enormen Echinococcus gedacht, dann aber auch an Hydrops vesicae felleae. Die von Dr. v. Engelhardt in den Nabel hinein angestellte Punction entleerte eine enorme Quantität (circa 60—80 Pfd.) einer Flüssigkeit, die gleich auf den ersten Blick nicht anders, wie als Galle bezeichnet werden konnte. Es war eine trübe, recht consistente, bei auffallendem Licht dunkelgrüne, bei durchfallendem Lichte gelbbraune Flüssigkeit, die unter dem Mikroskop von feinkörniger Masse und zahlreichen schön gelben Farbstoffmolekülen durchsetzt erschien. Die chemische Untersuchung erwies eine beträchtliche Menge von Eiweiss, welches also gegen Echinococcus sprechen würde. Die Reaction auf Gallenfarbstoff mit Salpetersäure und die mit Chloroform liessen im Stich. Es wurde daher nach Heller zuerst das Eiweiss mit concentrirter Salzsäure gefällt und dann eine Mischung von concentrirter Salpeter- und Schwefelsäure zugesetzt, worauf die bekannte Färbenschichtung eintrat. Wurde eine also behandelte kleine Menge der entleerten Flüssigkeit unter dem Mikroskop untersucht, so präsentirte sich statt des schönen Gelb der Farbstoffmoleküle ein ebenso schönes Violett. Man hatte es demnach mit Galle zu thun und die Geschwulst war ein Hydrops (eigentlich Cholops) vesicae felleae.

Die Punction bewirkte eine vollständige Entleerung und nach derselben waren die Verhältnisse des Bauches vollkommen normal; die Leber konnte nicht als vergrössert nachgewiesen werden. Es wurde nun ein starker Druckverband auf den Unterleib applicirt, um eine schnelle Wiederansammlung der Flüssigkeit zu verhüten, und der Patient veranlasst, eine ruhige Lage einzuhalten. Jede entzündliche Reaction von Seiten des Bauchfells blieb aus und nach einigen Tagen konnte schon der Verband entfernt werden. Jedoch schon eine Woche nach der Punction konnte eine Wiederansammlung der Flüssigkeit in einem leeren Percussionsschall unterhalb der unteren Lebergrenze nachgewiesen werden. — Den weiteren Verlauf der Krankheit habe ich nicht selbst beobachten können, weil ich Riga verlassen musste, um in meinen gegenwärtigen Wirkungskreis zu treten. Nach einer mir zugekommenen brieflichen Mittheilung jedoch ist Patient schliesslich als geheilt aus dem Kranken-

hause entlassen worden mit der Aufforderung, sich bei eingetretenem Recidiv wieder in dasselbe aufnehmen zu lassen. Bis dato (Ende Februar 1867) soll sich Patient, der in Riga selbst ansässig ist, nicht gezeigt haben, woraus W. v. Engelhardt entnimmt, dass jener definitiv geheilt sei.

Zu weiteren epikritischen Bemerkungen gibt der Fall keine Veranlassung. Neben seiner gewiss grossen Seltenheit ist noch die ungestrafte Punction der Gallenblase besonders hervorzuheben. — Der zu einer Gallenansammlung führende Verschluss muss, weil kein Icterus vorhanden gewesen, in der Gallenblase oder im Ductus cysticus gesucht werden. Die vor dem eigentlichen Beginn des Uebels von einem Arzt nachgewiesene Leberhyperämie, die anscheinend definitive Heilung, sowie endlich das Fehlen anderweitiger ätiologischer Momente, wie solche nach der Punction etwa hätten nachgewiesen werden können, das Fehlen von kolikartigen Schmerzen, die vielleicht einen Schluss auf Gallensteinbildungen gestattet hätten — alles das macht es wahrscheinlich, dass jene Leberhyperämie zu einem Verschluss durch katarrhalische Schwellung der Schleimhaut des Ductus cysticus, oder durch Schleimansammlung geführt habe. — Weshalb nicht auch zugleich der Ductus hepaticus und choledochus durch jene allgemeine Ursache obstruirt worden ist, die doch die Leber in ihrer Totalität befallen haben musste, darüber möge derjenige Aufschluss geben, welcher weiss, weshalb z. B. bei einem durch allgemeine Ursachen herbeigeführten Bronchialkatarrh einzelne Bronchien vollkommen frei und ohne Rasseln die Luft passiren, andere wieder durch giemende Geräusche auf Schwellung ihrer Schleimhaut schliessen lassen.

II. Ein Fall von primärer Hepatitis parenchymatosa acuta ohne Fieber und mit Ausgang in Genesung.

Den folgenden Fall beobachtete ich in meiner bessarabischen Praxis.

Am 9. November 1867 wurde ich zu einer Kranken beschieden, die nachstehendes Bild darbot.

Anna W., 33 Jahre alt, Dienstmagd, ist von guter Ernährung, hat gehörig entwickeltes Fettpolster, etwas schlaffe Musculatur. Conjunctiva und Haut icterisch gefärbt; Puls und Temperatur normal. Zunge rein, Esslust vollständig herabgesetzt, Durst nicht besonders gesteigert, Stuhl regelmässig, Kopfschmerzen vorhanden. An den Lungen überall vesiculäres, etwas rauhes Athmen, Herztöne rein. Die Milz ist mässig vergrössert; ebenso die Leber, deren Gegend gegen leisen Druck schon höchst empfindlich ist, aber auch spontan schmerzt. Patientin will vor 4 Tagen sich mit einer zu schweren Last überhoben und gleich darauf mit Stichen in den Seiten erkrankt sein. Vor 3 Tagen soll ein starker Schüttelfrost mit darauf folgenden Schweissen stattgefunden haben. Ord.: Tinct. theb. 2stündlich 6 Tropfen.

10. Nov. Rechtsseitiger Schulterschmerz. Sonst Erleichterung. Temperatur nicht erhöht (37,8° C.). Harn braungefärbt. Die Leber mehr vergrössert; ihre untere Grenze geht durch die Mitte zwischen Nabel und Processus xiphoideus nach links zur Milz, die mit ihrem vorderen Rande bis zum Rippenbogen reicht. Ord.: 16 Blutegel auf die Lebergegend. — Tinct. theb.