

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 ungestrafe 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 obstruiert 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. Conunctiva 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, Herztonen 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 ($37,8^{\circ}$ C.). Harn braungefärbt. Die Leber mehr vergrössert; ihre untere Grenze geht durch die Mitte zwischen Nabel und Processus xiphoides nach links zur Milz, die mit ihrem vorderen Rande bis zum Rippenbogen reicht. Ord.: 16 Blutegel auf die Lebergegend. — Tinct. theb.

11. Nov. Schmerzen geringer. Temperatur $37,8^{\circ}$ C. Leber und Milz unverändert. — Angeblich blutiger Auswurf. An den Lungen ist jedoch nichts Besonderes aufzufinden. Ord.: 6 Blutegel ad anum. — Tinct. Theb.

12. Nov. Bedeutende Erleichterung. Die Lebergegend viel weniger schmerhaft; Patientin bewegt sich auch in Folge dessen freier. Kein Schulterschmerz, — Milz zurückgegangen. Temperatur normal. Ord: Tinct. Cologynthidis 4 Mal täglich zu 20 Tropfen.

13. Nov. Verschlimmerung des Allgemeinbefindens. Schmerzen wieder stärker. Tinct. Cologynth. ausgesetzt und Tinct. Thebaica verordnet.

14. Nov. Schüttelfrost. Lebergegend sehr schmerhaft. Milz wieder grösser. Kein Schulterschmerz. Durchfall, Kopfschmerzen und Icterus nach wie vor. Temperatur, die an den vorhergegangenen Tagen stets unter $38,0^{\circ}$ gewesen, auf $38,4^{\circ}$, der sonst normale Puls auf 102 gestiegen.

Ord.: 6 Blutegel ad anum. — Chin. sulph. Scr. i — Aqu. Unc. vi, 2stündl. 1 Essl.

15. Nov. Bedeutende Erleichterung. — Puls 98, Temperatur $37,8^{\circ}$. Stuhl normal. Patientin hat etwas gegessen und die Nacht gut geschlafen. Schmerzen und Empfindlichkeit der Lebergegend geringer. Kein blutiger Auswurf mehr.

16. Nov. Wohlbefinden. Nabelgegend gegen Druck empfindlich. Appetit vorhanden, Zunge rein, Stuhl angeblich erfolgt. Kein Durst. Schüttelfrost, sowie auch am gestrigen Tage, nicht gewesen. Temperatur und Puls normal. Milz etwas kleiner, aber noch immer vergrössert. Icterus schwächer. Ord.: Chinin und Wein.

17. Nov. Heftiger Husten mit Brustschmerzen. Milz zurückgegangen; Harn und Haut weniger icterisch gefärbt. Die Schmerzen in der Lebergegend haben fast ganz nachgelassen. Puls 80, Temp: $37,0^{\circ}$. Ord.: Pulv. Doweri Gr. x No. IV.

18. Nov. Kopfschmerz, Puls 60. — Chinin, Wein.

19. Nov. Kopfschmerz gelinder, dagegen Schmerzen in den Füßen. Puls 52, schwach. Stuhl gewesen, Zunge rein, Milz normal, Leber kleiner und nicht schmerhaft. Icterus in geringem Grade. — Chinin, Wein.

24. Nov. Patientin begibt sich auf die Arbeit.

Res ad integrum restituta.

Die in unserem Falle auf „Hepatitis parenchymatosa acuta“ gestellte Diagnose wird wohl kaum beanstandet werden können, wobei natürlich — wie überhaupt immer, wo es sich um diese Krankheitsform handelt — eine Pylephlebitis suppurativa mit Bestimmtheit nicht ausgeschlossen werden kann. Dasjenige jedoch, was mir in der gegebenen Krankheitsgeschichte auffallend und daher der Veröffentlichung werth erschien, hat auch für das letztere Leiden dieselbe, oder eine noch bemerkenswertere Bedeutung, wie für das erstere.

Wir haben alle wichtigen Requisite für die Diagnose einer parenchymatösen Hepatitis (resp. der suppurativen Pylephlebitis), Schwellung der Leber und der Milz, Schmerhaftigkeit der ersteren, einen deutlichen Icterus, den rechtsseitigen Schulterschmerz, die Schüttelfrösste endlich, ohne welche die Diagnose obiger Krankheit nach Bamberger immer eine zweifelhafte sein soll. Nur das Fieber fehlt. Auf die für den einen Tag verzeichneten $38,4^{\circ}$ ist wohl kein grosses Gewicht zu legen, weil sie ebenso gut durch mein Thermometer, wie durch die Patientin her-

vorgebracht sein konnten. — Was andere Krankheiten anbetrifft, die bei einer differentiellen Diagnose in Betracht gezogen werden könnten, so spricht gegen das biliöse Typhoid (Griesinger) das Fehlen des Fiebers — der Conditio sine qua non für dieses —, das Fehlen der typhoiden Erscheinungen, das Fehlen einer Recurrensepidemie in meiner Gegend; — gegen Pyämie ebenfalls die Abwesenheit des Fiebers und die Abwesenheit einer infizierenden Quelle im Körper; — gegen Intermittens mit Icterus und Leberschwellung ebenfalls der Mangel des Fiebers, sowie der Mangel eines Rhythmus und die nicht besonders auffallende Wirksamkeit des dargereichten Chinin. Es könnte endlich an acute Phosphorvergiftung gedacht werden. Auch hier kommt bekanntlich Icterus vor, auch hier kommt bei fehlendem Fieber schmerzhafte Leberschwellung, sowie Milzvergrösserung vor. Aber erstens liess sich in unserem Falle keine Aufnahme von Phosphor nachweisen, zweitens fehlte das bei Vergiftung mit dieser Substanz fast stets auftretende Erbrechen. Dieses ist in den bekannt gewordenen Fällen wohl nur dann vermisst worden, wenn zu geringe Mengen Phosphor eingenommen worden waren, oder wenn dieser, wie bei kleinen Kindern, einen so raschen Krankheitsverlauf herbeiführt, dass die einzelnen Symptome sich auszubilden keine Zeit haben (Schraube, Ueber acute Phosphorvergiftung in Schmidt's Jahrb. Bd. 136. Heft 2). Drittens treten bei Phosphorintoxication immer entweder Gehirnsymptome auf — exaltativer oder depressiver Natur —, oder Erscheinungen von Seiten des Verdauungstractus. Beide fehlten aber bei unserer Patientin. Viertens endlich kommen bei Phosphorvergiftung wohl leichte Fröste, aber keine eigentlichen Schüttelfröste vor. Wir können demnach die Diagnose auf Hepatitis parenchymatosa, resp. Pylephlebitis suppurativa, als gesichert betrachten und erlaube ich mir nur noch, die Besonderheiten des vorliegenden Falles etwas hervorzuheben.

1) Eine Seltenheit ist die primäre, nicht traumatische Leberentzündung. Bamberger hat nur zwei solcher Fälle beobachtet. Ein Schlag, ein Stoss, eine directe Verwundung hat die Lebergegend unserer Kranken nicht betroffen. Es fehlten eben die äusseren Anzeichen solcher Insulte, es fehlte auch die betreffende Angabe in der Anamnese. Patientin sagt blos aus, dass sie sich überhoben hätte. Beim Heben einer schweren Last wird freilich die Leber immer gewissen Druck von Seiten des Zwerchfells und der contrahirten Bauchwandungen ausgesetzt werden; es wird jedoch wohl Niemand behaupten können, dass ein solcher Druck, dem die Leber ausserdem nach unten ausweichen könnte, zu der Causa efficiens einer Leberentzündung zu werden vermöge. Sie könnte blos, wie dieses ja auch in unserem Falle gewesen sein mag, die Entwicklung eines pathologischen Prozesses, der sich schon aus anderen Ursachen vorbereitet hat, begünstigen und beschleunigen. — Für die Pylephlebitis ist eine spontane Entstehung wohl noch seltener; sie bedarf fast ausnahmslos der bekannten pathologisch-anatomischen Ursachen.

2) Eine auffallende Erscheinung ist ferner die Abwesenheit des Fiebers. Es ist mir nicht einmal bekannt, ob bereits solche Fälle beobachtet worden sind. Für die Pylephlebitis behauptet Bamberger, fehle das Fieber vielleicht niemals.

3) Bemerkenswerth und räthselhaft ist das Auftreten der blutigen Sputa, die auf metastatische Prozesse, auf Embolien in den Lungen schliessen lassen könnten.

Solche kommen nun allerdings bei metastatischer Hepatitis vor und zwar dann aus derselben Quelle, wie diese; wir haben es aber mit keiner metastatischen Hepatitis zu thun. Sie kommen aber auch im späteren Verlauf einer nicht metastatischen Leberentzündung vor und dann sind sie auf schon eingetretene Abscedirung und Necrosierung des Lebergewebes zu beziehen. In unserem Falle jedoch ist es wohl bis zur Gewissheit unwahrscheinlich, dass in der kurzen Zeit (14 Tage blos, denn vom 18.—24. November ist die Convalescenz zu rechnen), welche Pat. krank gewesen, ein Abscess sich hätte ausbilden und dann wieder verheilen können. Pat. erfreut sich bis dato einer untadelhaften Gesundheit und Zeichen nachgebliebener Eiterheerde lassen sich an ihr nicht erkennen. — Es ist vielmehr

4) anzunehmen, dass der Prozess blos bis zum exsudativen Stadium gediehen sei, wofür noch der präzise Erfolg nach Application der Blutegel ad anum sprechen mag — ein Umstand, der, wie ich noch nachträglich bemerken will, ebenfalls gegen Pyämie spricht. — Das hyperämische Stadium ist jedenfalls überschritten worden, denn ein solches allein würde nicht den Stauungsicterus erklären, ebenso nicht die Milzanschwellung. Die zu beiden nötige Compression der Gallengänge und der Blutgefässen ist eben durch das Exsudat bedingt. — Wir haben es demnach mit einer Genesung durch Rückbildung des exsudativen Stadiums zu thun, mit einem Ausgang der Krankheit, den Bamberger wohl für möglich, aber nicht für erwiesen hält (Virchow's Handbuch d. spec. Path. u. Ther. Bd. VI. Abthlg. I. S. 504. Erlangen, 1864.). — In wie weit nun meine Deduction den Beweis liefert, mögen Andere beurtheilen. — Für Pylephlebitis dürfte der so günstige Ausgang viel weniger sprechen.

5) In Bezug auf die Behandlung will ich nur hervorheben, dass die von den Autoren empfohlene, von mir durch Tinct. colocynth. angestrebte Ableitung auf den Darm schlecht vertragen wurde, dagegen das Opium von augenscheinlichem palliativem Nutzen war. Die Application der Blutegel auf die Lebergegend hatte lange keinen so augenfälligen Erfolg, wie die Application derselben ad anum. Ja es schien mir fast, als wenn durch die letztere die Heilung geradezu herbeigeführt worden sei — schien, weil es andererseits nahe liegt, den günstigen Ausgang mit jener individuellen Eigenthümlichkeit des pathologischen Prozesses in Verbindung zu bringen, die sich in dem Fehlen des Fiebers manifestirt hat. In einer geringen Intensität der Entzündung selbst wird diese Eigenthümlichkeit schwerlich ihren Grund gehabt haben, denn die localen Erscheinungen (Schwellung, Schmerhaftigkeit) jener waren zu sehr ausgesprochen. Auch wird wohl Niemand behaupten können, dass das Verderbliche der parenchymatösen Hepatitis an dem sie begleitenden Fieber als solchem liege. Närer lässt sich natürlich jene individuelle Eigenthümlichkeit nicht bestimmen.

Um die Diagnose auf Hepatitis parenchymatosa noch mehr zu fixiren und die Pylephlebitis auszuschliessen, möchte ich zum Schluss auf das in Punkt 1, 2 und 4 mit Bezug auf die letztere Gesagte aufmerksam machen. Darnach würden die spontane Entstehung, das Fehlen des Fiebers, der günstige Ausgang und dann noch die seltenen Schüttelfrösste — es sind blos deren zwei eruiert worden in unserem Falle — alles das zusammengekommen gegen eine Pylephlebitis suppurativa in's Gewicht fallen.