

Ueber biliöses Typhus-Recidiv.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät der Universität Greifswald

am

Sonnabend den 31. März 1888

Mittags 12 Uhr

öffentlich vertheidigen wird

Eugen Weber

prakt. Arzt

Opponenten:

Herr Colley, cand. med.

Herr Steinbrück, cand. med.

Herr Schloss, cand. med.

Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1888.



Meinen theuren Eltern!

Das Bestreben der wissenschaftlich gebildeten Mediciner, die Aetiologie der einzelnen Krankheiten zu erforschen und dieselbe zu specialisiren, hat besonders bei den sogenannten „Typhen“, die von jeher das hohe Interesse der Aerzte erregten, zu einem erfolgreichen Ziele geführt. Die fleissigen Beobachtungen der in obige Kategorie gehörigen Krankheitsfälle ergaben gar bald die Nothwendigkeit einer Classification der Typhen, da nicht nur die Aetiologie, sondern auch der weitere Verlauf derselben eine strenge Sonderung erheischten. So lernte man bald einen typhus abdominalis, exanthematicus und recurrens unterscheiden und pflegt jetzt nur noch zu anderen Krankheiten mit schwerem, fieberhaften Allgemeinzustand und nervösen Erscheinungen den Zusatz „typhös“ zu machen.

Volles Licht über die Aetiologie dieser Infectiouskrankheiten verbreiteten jedoch erst die Untersuchungen der Bacteriologen, deren Resultate viele von der ganzen medicinischen Welt als gültig anerkannte Ansichten umstiessen, viele aber auch bestätigten.

Vermittelst der erst in neuester Zeit sehr vervollkommenen mikroskopischen Apparate und der Anwendung geeigneter Färbemittel entdeckte man die specifischen organisirten Erreger der meisten Infectiouskrankheiten: so fanden Koch und Eberth die nur beim Abdominaltyphus vorkommenden charakteristischen Typhusbacillen in den Dejecten der Kranken, Obermeier die Recurrenzspirillen im Blute, während die parasitären Erzeuger des Flecktyphus noch ihrer Auffindung harren.

Von den drei letztgenannten Krankheiten ist der Rückfallstyphus in Deutschland vorzugsweise durch seine Epidemien in den Jahren 1848, und 1872 bis 1873 bekannt geworden. Schon damals fiel die Aehnlichkeit dieser Erkrankung mit dem relapsing fever der englischen Pathologen und dem febris recurrens Griesingers auf. Seitdem haben die zahlreichen Studien und Beobachtungen, die besonders in den 1879 und 1880 Nord- und Mitteldeutschland heimsuchenden Epidemien angestellt wurden, obige Anschauung bestätigt, ja viele Fälle forderten die Forscher noch zu einem Vergleiche mit dem ebenfalls von Griesinger beschriebenen, in Egypten auftretenden biliösen Typhoid auf. Griesinger selbst bezeichnet das biliöse Typhoid nur als eine schwere Form des febris recurrens, und die neuesten Untersuchungen haben gleichfalls bei dieser Krankheitsform das Vorkommen der Obermeier'schen Spirillen constatirt.

Während nun bei unserem Rückfalltyphus Affektionen der Leber und Nieren, wie sie in dem Gesamtbilde des biliösen Typhoids als Icterus und Albuminurie constant aufzutreten pflegen, ziemlich seltene Erscheinungen sind, hat neuerdings Weil einige Fälle der Oeffentlichkeit übergeben, die durch ihre Aehnlichkeit mit Griesingers biliosem Typhoid geradezu frappiren.

Aber schon das epidemische Auftreten und der viel gefährlichere Charakter des letzteren haben Weil bewogen, seinen Fällen, die sporadisch in einem Zeitraum von 12 Jahren zu seiner Beobachtung gelangten und günstig verliefen, vorläufig noch eine Ausnahmestellung zu geben. Er bezeichnet sie als eine eigenthümliche, mit Milztumor, Icterus und Nephritis einhergehende acute Infectionskrankheit. Die Symptome derselben sind ausserordentlich charakteristische, und doch ist Weil im Zweifel, welche Stellung er dieser eigenartigen Erkrankung unter den bisher bekannten Infectionskrankheiten anweisen soll. Seiner Auffassung nach handelt es sich entweder um eine seltene Modification bekannter Krankheiten oder einen bisher noch nicht geschilderten morbus sui generis.

Ein kurzer Überblick über die vier Fälle Weils mag uns die hervorstehendsten Eigenthümlichkeiten derselben vor Augen führen. Ich werde mich bei Schilderung derselben, so weit es dem Zwecke dieser Abhandlung entspricht, an Weils eigene Charakteristik halten.

Demnach handelte es sich um Patienten, die im kräftigsten Mannesalter standen und verschiedenen Berufsklassen angehörten (Chemiker, Soldat, Kaufmann, Kellner). Sämtliche Fälle kamen in heisser Jahreszeit zur Beobachtung. Eine bestimmte Aetiologie lässt sich mit einer Ausnahme, wo das Leiden auf eine starke Durchnässung zurückgeführt wird, nicht finden; ein anderer hatte mehrfach an Magendarmkartarrh gelitten, ein dritter hatte vor etwa einem $\frac{1}{2}$ Jahre einen leichten Abdominaltyphus überstanden. Der Beginn der Erkrankung war in allen Fällen ein plötzlicher; ohne Prodromi entwickelten sich fieberhafte und nervöse Krankheitserscheinungen zu bedeutender Intensität, sodass die Kranken schon am 2. bis 3. Tag das Bett aufsuchten. Das Fieber trat nur in einem Falle mit Frostanfällen auf, Appetitlosigkeit, Durstgefühl, äusserste Mattigkeit, Schmerzen im Rücken und in den Muskeln waren übereinstimmend vorhanden. Zu den initialen Symptomen gehörten ferner Kopfschmerz, Schwindel, schlechter Schlaf, sowie Durchfälle. Zu diesen Erscheinungen gesellten sich bald Icterus der Haut und der Conjunctiva, schmerzhaftes Schwellen der Leber, Vergrösserung der Milz und Albuminurie. Störungen des Digestionsapparates vervollständigten das schwere Krankheitsbild. Nachdem die erwähnten Krankheitserscheinungen einige Tage unverändert oder in steigender Intensität bestanden hatten, mässigten sich dieselben verhältniss-

mässig rasch. Bereits am 5. bis 8. Tage trat eine Wendung zum Besseren ein, die unter allmähligem Abfall des Fiebers und Rückgang des Icterus, der Leber- und Milzschwellung, der nephritischen und cerebralen Symptome im Verlaufe weniger Tage zur Reconvalescenz führte. Dieselbe war jedoch nur in einem Falle eine ungestörte, in den übrigen drei trat nach mehrtägiger Apyrexie erneutes Fieber auf, wobei auch in einem Falle Icterus, Leber- und Milztumor, sowie die Albuminurie wieder zunahmen. Nach fünf Tagen verschwanden diese Erscheinungen. Die Reconvalescenz war im allgemeinen eine langsame, die in ihrer Ernährung sehr heruntergekommenen Patienten erholten sich nur allmählich.

Weils Aufforderung, behufs Definition dieser auffälligen Krankheitsform Fälle ähnlichen Charakters mitzutheilen, ist von verschiedener Seite nachgekommen. Dieselben sind in dem Buchwald'schen Referat in Nr. 8 der deutschen Medicinischen Wochenschrift einer kurzen Skizze unterworfen und sollen auch hier wiedergegeben werden.

Demnach beschreibt Goldschmidt einen ganz analogen Fall, fast in allen einzelnen Punkten stimmt derselbe mit den Weil'schen Beobachtungen überein. Ausserdem hat Wagner zwei Fälle beobachtet, die denen Weils wesentlich gleich, nur leichteren Grades waren. Bei einem fehlte Albuminurie, bei dem andern traten im Anfange herpes labialis und später häufiges Nasenbluten auf. Auch Wagner will diese

Fälle in Uebereinstimmung mit Weil als einheimisches biliöses Typhoid bezeichnen, doch weist er nicht die Auffassung von der Hand, dass es sich in denselben vielleicht auch um einen Abortivtyphus mit Icterus gehandelt habe, eine Ansicht, der auch Weil in seinem Berichte weitgehende Concessionen macht.

In den bisher erwähnten Fällen sticht neben den allgemeinen typhösen und nervösen Erscheinungen Icterus, Milztumor und Nephritis der relativ rasche Verlauf der Erkrankung hervor. Der von Roth geschilderte Fall unterscheidet sich dadurch von den obigen. Derselbe hatte einen sehr protrahirten Verlauf und ist noch dadurch bemerkenswerth, dass als Ursache der Erkrankung der Genuss von Salat angegeben wird, abgesehen davon, dass es sich um eine sehr schwächliche weibliche Person gehandelt hat. Am 31. Tage der Erkrankung trat nach einem fieberfreien Intervall von zehn Tagen ein Recidiv auf, welches fünf Tage anhielt, dann genass Patientin.

Neuerdings hebt Aufrecht hervor, dass er im 1. Heft seiner pathologischen Mittheilungen (Magdeburg 1881) unter der Bezeichnung „Acute Parenchymatose“ Fälle veröffentlicht habe, deren Uebereinstimmung mit den von Weil und Goldschmidt gemachten Beobachtungen nicht zu verkennen wäre. Der Verlauf war aber entgegengesetzt den von Weil und Goldschmidt geschilderten Fällen ein tödtlicher. Im ersten Falle trat zu einem sich rapid entwickelnden phthisischen

Prozesse im rechten obern Lungenlappen eine Erkrankung hinzu, welche der von Weil berichteten ähnelte. Der zweite Fall betraf einen bis dahin gesunden 40jährigen Mann; derselbe erkrankte plötzlich unter den Erscheinungen eines Magenkatarrhes, war matt, appetitlos, und klagte über Brechneigung. Am nächsten Tage gesellte sich Fieber hinzu, am 4. trat Icterus auf, tags darauf wurde Albuminurie beobachtet und am 7. Tage trat unter Convulsionen der Tod ein. Ausser Herzverfettung ergab die Section sehr starke Veränderung der Nieren und Leber. „Es kann, sagt Aufrecht, nicht zweifelhaft sein, dass es sich um eine Erkrankung handelte, welche die lebenswichtigsten Organe, Leber, Nieren, Herz betroffen hat.“ Leber- und Nierengewebe waren von gleichmässig grossen, dunkeln Körnchen durchsetzt, welche Aufrecht als Micrococcen anzusehen geneigt ist. Er bezeichnet die Krankheit, wie erwähnt, als acute Parenchymatose.

In allerneuester Zeit sind weitere mit der Weil'schen Krankheit übereinstimmende Fälle von Fiedler in einer ganz ansehnlichen Zahl veröffentlicht worden. Genannter Autor theilt 13 Krankheitsfälle mit, die in einem Zeitraum von 8 Jahren zu seiner Beobachtung gelangten und damals durch ihren eigenartigen Verlauf sein höchstes Interesse erregt hatten. Unter diesen 13 Kranken befand sich nur eine Frau, die andern waren Männer im Alter von 19—32 Jahren und, was besonders auffallend ist, unter diesen waren 9 Fleischer. Ferner wurden diese Fälle fast alle im

Sommer beobachtet. „Es scheint also, sagt Fiedler, als ob Männer im Blüthealter hauptsächlich von der Krankheit befallen werden und dieselbe mit vorwiegender Häufigkeit im Sommer aufträte.“ Aetiologisch liess sich wenig entdecken, nur zwei Patienten, darunter die Frau, wollten im genossenen Wurstfett und in saurer verdorbener Wurst die Ursache ihrer Erkrankung suchen.

In diesen Beobachtungen stimmen Weil und Fiedler vollkommen überein, denn Weils Fälle betrafen nur Männer in den zwanziger Jahren und kamen ebenfalls im Sommer zur Behandlung, ebenso konnte Weil kein thatsächliches ätiologisches Moment finden. Während die ersten Symptome, wie der plötzliche Kopfschmerz, das constante Krankheitsgefühl, die gastrischen Erscheinungen und der darauf folgende Icterus bei Fiedlers Kranken, auch noch vollständig den bei Weils Fällen beobachteten gleichen, konnte Fiedler die Milz- und Leberanschwellung sowie die Nierenaffectionen nur bei einigen Patienten und dann nur in geringem Maasse constatiren. Ganz auffallend aber sind die intensiven Muskelschmerzen, welche Fiedlers Patienten im höchsten Grade peinigten, besonders in beiden Waden ihren Sitz hatten und gleich vom ersten Tage an auftraten.

Allerdings berichtet auch Weil von Muskelschmerzen, die seine Kranken zu ertragen hatten, die-

selben waren jedoch hauptsächlich im Rücken localisirt und bei weitem nicht so intensiv.

Trotz dieser immerhin nicht unerheblichen Verschiedenheiten hält Fiedler seine Fälle mit den Weil'schen für identisch und will dieselben auch als ein morbus sui generis betrachtet wissen. Höchstens könnte nach seiner Ansicht ein Abortivtyphus mit ihnen verglichen werden, doch sprechen verschiedene Gründe dagegen. Denn es kommen niemals beim Typhus diese ausgeprägten Muskelschmerzen vor, der Icterus tritt sehr selten auf und dann nur in der zweiten Periode desselben und das Verhalten des Pulses und die Betrachtung der charakteristischen Fiebercurve schützen den sorgfältigen Beobachter vor jeder Verwechslung.

Mosler berichtet im 10. Band des Deutschen Archivs für Klinische Medizin über einen durch biliöse Pneumonie complicirten typhus recurrens. In seiner vorhergehenden Abhandlung über biliöse Pneumonie weist er nach, dass dieselbe eine mörderische Krankheit ist und 73 % Opfer fordert; so endet auch der eben genannte Fall mit dem Tode. Am 24. Krankheits-tage trat der 3. Fieberanfall auf, zwei Tage später wurde eine rechtsseitige Pneumonie nachweisbar, einen Tag darauf zeigte sich Icterus der Haut und der sclera, im Urin wurden Gallenfarbstoff und Eiweiss nachgewiesen; ferner traten intensive Kopf- und Gliederschmerzen auf, der Schlaf war ein unruhiger.



Am nächsten Tage nahmen die Dämpfung der rechten vorderen Thoraxpartie und der Icterus zu, die Milz wurde vergrößert befunden und der Gallenfarbstoff und das Eiweiss im Urin zeigten ebenfalls eine Zunahme. Noch am selben Tage verfiel Patient in Sopor und erwachte nicht wieder.

Abgesehen von der Pneumonie könnte der Moslersche Fall für ein exquisites Beispiel eines einheimischen biliösen Typhoids gelten; war es doch auch gerade der Winter von 1872, wo das Rückfallsfieber in Deutschland epidemisch auftrat. Bei der Section erwiesen sich in eklatanter Weise die Befunde der Pneumonie und daneben die allerdings weniger charakteristischen des typhus recurrens. Was das Zustandekommen des Icterus betraf, so fand man die portio intestinalis des ductus choledochus durch einen Pfropf verstopft; demnach ist der Icterus ein reiner, durch mechanischen Verschluss entstandener Resorptionsicterus. Derselbe ist also keineswegs als ein hämatogener aufzufassen, sondern hat seinen Grund in einem bestehenden Gastro-Duodenalkatarrh gehabt.

Sehr lehrreich und interessant für das Studium der mit Icterus, Milztumor und nephritischen Erscheinungen einhergehenden acuten Infectiouskrankheit Weil's ist ferner das jüngst erschienene Werk von Dr. Diamantopulos in Smyrna über den dortigen typhus icterodes.

Dieser Arzt beansprucht ebenso wie Weil für diese nur in Smyrna localisirte Krankheit eine eigne Stellung in der Pathologie und weist trotz ihrer vielfachen Aehnlichkeit mit dem amerikanischen Gelbfieber, Griesingers biliösen Typhoid, febris intermittens biliosa und Icterus gravis in der Differentialdiagnose nach, dass der typhus icterodes mit eben genannten Krankheiten nicht identisch sondern eine endemische, sporadisch auftretende Krankheit sui generis ist. Die Diagnose derselben hat auf folgende Symptome zu achten: Plötzliche Invasion, acuter fieberhafter Verlauf, schwere nervöse Erscheinungen, Icterus, Leber- und Milzvergrößerung, Erbrechen, bald Verstopfung, bald Durchfälle und Nierenaffectionen, die selbst Urämie erzeugen können.

Leider ist auch hier die Aetiologie eine sehr dunkle, und dieser Umstand macht die Krankheit, an der 40—50% der von ihr befallenen zu Grunde gehen, bei der Hilfslosigkeit gegen ihre unbekannten Erreger zu einer höchst gefährlichen, besonders, wie Verfasser bemerkt, für neuangekommene Fremde.

Wir können nicht leugnen, dass auch der typhus icterodes, wenigstens in seinen günstiger verlaufenden Fällen, sehr wohl einen Vergleich mit der Weil'schen Krankheit aushalten kann, doch hat für uns bei der ganz localen Beschränkung desselben die Kenntniss einer genauen Differentialdiagnose wenig Zweck. Bedarf doch Weils Krankheit selbst noch sehr der Aufklärung und Lichtung.

Auf der Klinik des Herrn Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Mosler war ich in der Lage, einen Fall beobachten zu können, dessen merkwürdiger Verlauf meinen Lehrer zu der Diagnose „biliöses Typhus-recidiv“ berechtigte und die Aehnlichkeit mit den Weil'schen Fällen hervorleuchten liess. Ich hoffe durch Mittheilung dieses höchst eigenthümlichen Krankheitsfalles zu der Complication mit Icterus bei typhösen Leiden einen kleinen Beitrag zu liefern.

Krankengeschichte.

Patient ist der 31 Jahr alte Vicefeldwebel E. B. aus Greifswald; er gibt an, dass sein Vater an einer Lungenentzündung gestorben sei, während seine Mutter lebt und gesund ist; seine vier Brüder und seine zwei Schwestern erfreuen sich ebenfalls bester Gesundheit.

Er selbst war stets gesund und kräftig, hat weder Kinderkrankheiten durchgemacht, noch ist er späterhin von einer ernstlichen Krankheit befallen worden. Von seinem 19. Jahre an war er Soldat.

Seine jetzige Erkrankung nahm eine Woche vor dem Weihnachtsfeste ihren Anfang. Patient hatte sich auf dem Wege nach einem $\frac{1}{4}$ Stunde von Greifswald entfernt gelegenen Dorfe im Schnee nasse Füsse geholt und heftig erkältet. Nachdem er zu Hause angekommen war, traten bald Kopfschmerzen und Fieber auf, er fühlte sich sehr matt und konnte nicht schlafen. Dazu gesellte sich Stuhlverstopfung,

die selbst auf Abführmittel nicht reagierte. Trotzdem that Patient seinen Dienst bis zum zweiten Feiertage, wo er das Bett aufsuchen und einen Arzt consultiren musste. Dieser erkannte einen Abdominaltyphus und verordnete Pulver, worauf Stuhl eintrat. Das Fieber stieg bis zu einer Höhe von $39,3^{\circ}$ und erreichte seinen höchsten Punkt am 13. Januar, wo das Thermometer 40° zeigte. Am andern Morgen erwachte Patient fieberfrei und blieb es bis zum 18. Januar. An diesem Tage war ihm, der bis dahin den ärztlichen Vorschriften entsprechend strenge Diät gehalten hatte, etwas Taubenbrühe erlaubt, welche er aber mit einem Zwieback und etwas Taubenfleisch zu sich nahm. Infolge dieses Diätfehlers stieg die Temperatur auf 38° , stand am 19. auf 39° , $39,3^{\circ}$, $39,6^{\circ}$ und hatte am 20. 40° erreicht. An diesem Tage wurde die Ueberführung des Patienten in die medicinische Abtheilung des Königl. Universitätskrankenhauses vorgenommen. Um 5 Uhr Nachmittags erhielt Patient ein Bad, welches ein Sinken der Temperatur auf $39,2^{\circ}$ zur Folge hatte. Die Athemfrequenz betrug 28, die Pulsfrequenz 106.

Status praesens vom 20. Januar 1888.

Patient liegt ruhig und apathisch in der Rückenlage im Bett und gewährt den Anblick eines Schwerkranken. An ihn gerichtete Fragen beantwortet er langsam und mit leiser Stimme. Das Gesicht und die sichtbaren Schleimhäute sind fieberhaft geröthet. Stirn und der ganze Körper sind heiss und trocken

die selerae sind weiss. Patient ist mittelgross und starkknochig, die Musculatur kräftig entwickelt, das Fettpolster gut ausgebildet. Auf der linken Seite bemerkt man drei wenig ausgeprägte Roseolaflecke, im Uebrigen ergiebt die Inspection keine Abnormitäten.

Systema nervosum:

Der Kranke zeigt kein Interesse an seiner Umgebung und antwortet sichtlich ungern, doch ist das Sensorium nur wenig getrübt. Sonstige Störungen von Seiten des nervösen Apparates fehlen, dagegen besteht hohes Fieber und der Kranke klagt über heftige Kopfschmerzen.

Systema digestionis:

Die Lippen sind trocken und spröde, die Zähne nicht gelockert doch cariös, die Zunge ist stark belegt, rissig und trocken, foetor ex ore besteht in hohem Maasse. Das Abdomen ist wenig aufgetrieben, auf Druck nirgends schmerzhaft, doch empfindet Patient Schmerzen im Unterleib beim Husten. Die Leberdämpfung zeigt normale Grenzen, die der Milz eine Vergrösserung auf 8 cm in der Längsaxe, Appetit hat der Kranke nicht, der Stuhl erfolgt täglich einmal und ist dünn.

Systema circulationis.

Der Herzspitzenstoss ist weder sichtbar noch fühlbar. Die Herzdämpfung beginnt am linken Sternalrande oben am obern Rand der 4ten Rippe, sie ist lateralwärts nicht verbreitert. Die Auscultation des Herzens ergiebt über allen Ostien systolische

Geräusche, doch sind dieselben an der mitralis und der aorta am stärksten. Der zweite Pulmonalton ist nicht verstärkt. Der Puls ist regelmässig, voll und frequent, er hat 106 Schläge in der Minute.

Systema respirationis.

Der Thorax ist normal gewölbt, die Athemfrequenz ist nicht wesentlich vermehrt, 28 in der Minute, beide Thoraxhälften theiligen sich gleichmässig an den Respirationexcursionen.

Die Percussion der Lungengrenzen ergibt normales Verhalten derselben. Patient klagt über Husten, der nicht häufig auftritt, Schmerz im Unterleib hervorruft und spärliches, fadenziehendes, schleimiges Secret zu Tage fördert, doch ergibt die Percussion hinten und vorn normalen Lungenschall, die Auscultation normales vesiculäres Athmen, nur an einer Stelle hinten oben rechts hat das Exspirium bronchialen Beiklang.

Systema uro-poeticum.

Der Urin wird ohne Schmerzen entleert, seine Menge ist etwas verringert, seine Reaction ist stark sauer, das specifische Gewicht beträgt 1045, Eiweiss Zucker oder andere pathologische Bestandtheile sind nicht nachweisbar. Die Inspection und Palpation des Genitalapparates zeigt keine pathologischen Veränderungen, namentlich sind keine Narben, die von alten Ulcerationen herrühren könnten, zu sehen.

Die Diagnose wird auf typhus abdominalis (Re-cidiv) mit der Complication insufficientia mitralis gestellt.

Patient erhält Excitantien (Wein) und

Rp. Acidi muriatici 1,0
 Aqu. destillirt 180,0
 Syrupi Rubi Idaei 20,0

M. D. S.

2 stündlich 1 Esslöffel;

ferner zur Regelung der Herzthätigkeit

Rp. Infus. folior. digitalis 1:180
 Acidi Phosphor 3,0
 Syrup simpl. 20,0

M. D. S.

2 stündlich 1 Esslöffel.

Ausserdem erhält Patient täglich einen Darm-infus von einer 1% Salicyl-Borsäurelösung und eine Eisblase auf den Kopf. Zur Herabsetzung der Temperatur werden Injectionen von 3 gr Antipyrin per anum täglich verordnet.

Status vom 21—23ten.

Der Zustand des Patienten ändert sich in den nächsten drei Tagen fast gar nicht, der Schlaf ist sehr schlecht, Patient fühlt sich matt und klagt über die heftigsten Kopfschmerzen. Appetit ist gar nicht vorhanden, dagegen besteht starkes Durstgefühl. Der Stuhl ist von grau-grüner Farbe, dünn, zeigt jedoch nicht die charakteristische Beschaffenheit der Typhus-stühle.

Die Temperatur ist andauernd eine sehr hohe, und sind prolongirte Bäder mit kalten Uebergießungen (30 Min. 28° — 20°) nicht im Stande, dieselbe zu mässigen, eher erfolgt das Gegentheil. Antipyrin setzt die Temperatur allerdings für kurze Zeit herab, äussert sich jedoch in äusserst üblen Nebenwirkungen. Patient hat unter heftigsten Schweissen zu leiden und übergiebt sich mehrmals.

Die erwähnten systolischen Geräusche sind noch in ihrer ganzen Stärke vorhanden, und klagt der Kranke über Schmerzen in der Herzgegend und in der linken Seite; er erhält auf die schmerzenden Partien Priessnitz-Umschläge, objectiv ist weder Pericarditis noch Pleuritis nachzuweisen.

Der Urin ist hochgestellt, stark sauer, sein specifisches Gewicht = 1045 und enthält kein Eiweiss; dagegen ergibt Zusatz von salpetrigsäurehaltiger Salpetersäure die Anwesenheit geringer Mengen von Gallenfarbstoff, zugleich ist eine leichte icterische Verfärbung namentlich der sclerae zu constatiren.

Digitalis wird stündlich verabreicht.

Status v. 25ten.

Das Allgemeinbefinden ist im wesentlichen dasselbe wie vorher, es besteht hohes Fieber und grosse Mattigkeit, kein Appetit, viel Durst. Die Zunge ist mit starken Borken belegt und trocken. Die Percussion der Milz ergibt eine Ausdehnung der Dämpfung von 12 cm in der Länge, während sie die vordere Axillarlinie vorn um 7 cm überragt. Die

icterische Verfärbung ist eine sehr deutliche. Am Circulationssystem sind noch dieselben Veränderungen. Auf der Lunge ist nichts nachzuweisen ausser trockenen Rasselgeräuschen in den hintern und untern Partien. Husten und Auswurf bestehen in geringem Grade. Die Untersuchung des Sputum auf Tuberkelbacillen fällt negativ aus. Der Urin enthält ausser Zellenfarbstoff Spuren von Albumen, microscopisch werden Fibrincylindecker entdeckt.

An der Therapie wird nichts geändert.

In der Folgezeit steigert sich der Icterus im beträchtlichen Maasse, auch stellen sich Schmerzen in der Lebergegend ein, ohne dass sich eine Veränderung der Leberdämpfung nachweisen lässt. Patient geniesst etwas Suppe und Wein. Die Stühle zeigen immer noch die erwähnte Beschaffenheit. Die Symptome eines diffusen Katarrhs treten mehr und mehr hervor, nach Verabreichung von Expectorantien wird ein reichliches Sputum entleert. Die Trockenheit im Halse und im Munde wird unerträglich, Patient hat unter heftigen Schluckbeschwerden sehr zu leiden. Die Untersuchung der Mundhöhle zeigt eine starke Pharyngitis und Belag der Tonsillen; es werden Pinselungen mit Schwefel vorgenommen. Auch wird das Fehlen des grössten Theiles der uvula entdeckt und das Vorhandensein frischer Ulcerationen am weichen Gaumen constatirt; letztere werden mit Sublimat in Lösung von 1 : 5000 bepinselt.

Das Fieber hält sich vom 26. an auf einer relativ mässigen Höhe, jedenfalls wird 40° nicht mehr überschritten, dagegen nähert es sich in seinem Typus dem des septischen. Da sich bei dem Patienten gastrige Erscheinungen zeigen, wird digitalis ausgesetzt und dafür verordnet

Rp. Dec. cort. Chinae	15,0
Aqu. destill.	180,0
Syr. simpl.	20,0

M. D. S.

2stündl. 1 Esslöffel.

Der Urin zeigt reichliche Mengen von Gallenfarbstoff und etwas Eiweiss. Der Kräftezustand des Patienten ist ein relativ guter, das Sensorium ist völlig frei.

Vom 3. Februar an lässt sich ein langsamer aber stetiger Rückgang der Erscheinungen constataren, mit welchem ein wachsendes subjectives Wohlbefinden des Patienten auftritt, obwohl das Fieber immer noch hochbleibt. Die Schluckbeschwerden lassen nach, die Zunge ist etwas feucht. Der Icterus beginnt auch etwas nachzulassen, und die Leberschmerzen schwinden, der Milztumor wird kleiner; im Urin sind noch hyaline Cylinder und Eiweiss nachweisbar. Der Schlaf ist ein leidlicher.

Vom 8. Februar ab enthält der Urin keinerlei pathologische Bestandtheile mehr, er reagirt sauer und hat das specifische Gewicht von 1011. Der Icterus verschwindet immer mehr.

Die Herzgeräusche sind noch vorhanden.

Von nun an ist ein wesentlicher Fortschritt zum Bessern im Zustande des Patienten zu bemerken, die subjectiven Beschwerden vermindern sich schnell, der Katarrh geht zurück, ebenso die Pharyngitis; am 10. ist nur noch eine leichte icterische Verfärbung zu erkennen; das Fieber ist nur noch ein geringes, der Schlaf ist gut. Am 14. ist Patient fieberfrei, subjective Beschwerden bestehen nicht mehr ausser allgemeiner Mattigkeit. Der Stuhlgang erfolgt regelmässig und ist von normaler Beschaffenheit. Die Herzgeräusche sind noch vorhanden, auch hört man zum ersten Male über der Aorta ein leichtes diastolisches Geräusch. Patient bleibt fieberfrei und geht seiner Genesung entgegen, er hat 60 Pfund abgenommen und nimmt nur ganz allmählich an Kraft und Körpergewicht wieder zu, das Hauptgewicht wird auf Innehalten einer strengen Diät gelegt.

Gleich den Weil'schen Fällen handelt es sich um einen im kräftigsten Alter stehenden Mann, einen Soldaten; die Krankheit trat, wenn wir das Recidiv als eine selbständige Krankheit auffassen wollen, ebenfalls ohne prodromi auf. Das Fieber erreichte sofort eine bedeutende Höhe; die schweren Gehirnerscheinungen, die Verdauungsstörungen, der stark ausgeprägte Icterus, die Leberschmerzen, der Milztumor und die Nierenaffectionen bei unserm Fall: alle diese Symptome muss man für übereinstimmend mit denen von Weil beschriebenen erklären. Der

ganze Verlauf der Krankheit und ihr Ausgang in Genesung trotz der ungünstigen Prognose, die wir gestellt hatten, lässt ebenfalls die Aehnlichkeit mit der Weil'schen Krankheit erkennen.

Und dennoch zeigt dieser Fall auch wieder ganz ausserordentliche Verschiedenheiten von den bisher beobachteten. Scheinbar nach einer Erkältung trat eine acute Infectionskrankheit auf, dieselbe zeigt anfangs nicht sehr hohe Temperatur, welche erst gegen Ende die Höhe von 40^0 erreichte und mit einer plötzlichen Defervescenz abfiel. Von dem behandelnden Arzte war typhus abdominalis diagnosticirt worden. Ausdrücklich wird hervorgehoben, dass Veränderungen am Herzen nicht bemerkt worden waren. Nach einem fieberlosen Stadium von vier Tagen erfolgte nach einem Diätfehler ein Recidiv mit viel intensiverem Fieber und andern Erscheinungen.

Ferner unterscheidet sich unser Fall von den übrigen durch die Mitbetheiligung des Herzens in ganz hervorragender Weise. Weniger bedeutend scheint mir der Umstand zu sein, dass unser Patient mitten im Winter erkrankte, während Weil und Fiedler eine gewisse Bedeutung darauf legen zu wollen scheinen, dass ihre Fälle in der heissen Jahreszeit zur Beobachtung gelangten.

Wie es bei derartigen ungewöhnlichen Krankheitsfällen in der Regel geht, schwankte die Diagnose von Anfang bis zu Ende. Deutliche Erscheinungen

von typhus abdominalis waren während unserer Behandlung im Krankenhause nicht vorhanden.

Wir dachten an eine Infection im weitesten Sinne, ohne über ihre Natur Klarheit erlangen zu können. Vielfach waren wir auch versucht, sämtliche Erscheinungen von einer ulcerösen Endocarditis abzuleiten, aber die erste Erkrankung war keinesfalls damit in Einklang zu bringen. Da nun vollends die Erscheinungen des Icterus sich einstellten und schon längst ein Milztumor nachweisbar war, geriethen wir betreffs der Diagnose in eine noch schwierigere Lage. Das ganze Krankheitsbild bekam jetzt eine ungemeine Aehnlichkeit mit einer Phosphorvergiftung, doch dafür fehlte jeder Anhaltspunkt. So bestand lange Zweifel, ob wir es mit einer Infection oder Intoxication zu thun hatten.

Denn auch die acute gelbe Leberatrophie bietet einen Complex von Symptomen dar, die auf toxische Einflüsse hinweisen, ohne dass es möglich ist, das Hineingelangen der toxischen Substanzen in den Körper zu erklären, ob dieselben fertig präparirt in die Leber gelangen, oder ob dieselben Ptomaine bilden, die wiederum den Symptomencomplex hervorrufen.

Jedenfalls zeichnet sich unser Fall dadurch aus, dass erst beim Recidive die Erkrankung einen so intensiven Charakter mit Icterus angenommen hat, und dass die lebenswichtigsten Organe, wie Herz, Leber und Nieren bei gleichzeitiger Milzanschwellung

prägnante Krankheitssymptome darboten. Vielleicht gelingt es ferneren Beobachtungen, über das Wesen derartiger Krankheitsprozesse genaueren Aufschluss zu erlangen.

Am Schlusse dieser Zeilen sei er mir gestattet, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geh. Med. Rath Prof. Dr. Mosler für die Ueberweisung dieses Themas und seiner gütigen Unterstützung bei Ausarbeitung desselben auch an dieser Stelle meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Weil, Deutsches Archiv für klinische Medizin:

Bd. 39, Heft 3 S. 209

Goldschmidt, do., Bd. 40, Heft 2 S. 238

Aufrecht, do., Bd. 40 Heft 6 S. 619

Wagner, do., Bd. 40 Heft 6 S. 621

Roth, do., Bd. 41 Heft 3 S. 314

Mosler, do., Bd. 10 Heft 3 S. 266

Fiedler, do., Bd. 42 Heft 4 S. 262

Buchwald, Deutsche Medicinische Wochenschrift Jahrgang 14.
No. 8.

Diamantopoulos, Dr. Typhus icterodes.



Lebenslauf.

Ich, Max Eugen Weber, evang., wurde am 3. October 1861 als Sohn des Gutsbesitzers Wilhelm Weber und seiner Ehefrau Dorothea, geb. Krüger, in Hohenthurm bei Halle a. S. geboren. Ich besuchte die Vorschule und das Stadtgymnasium in Halle a. S. bis Michaelis 1879, von wo ab ich das Stadtgymnasium in Wittenberg besuchte und daselbst Ostern 1883 mit dem Reifezeugniss entlassen wurde. Ich bezog die Universität Leipzig, verliess dieselbe nach vier Semestern, um meine Studien in Greifswald fortzusetzen. Dort absolvirte ich den 17. Oct. 1885 das tentamen physicum. Von Ostern 1886 bis Ostern 1887 studirte ich in Berlin und kehrte dann wieder nach Greifswald zurück, wo ich den 20. März 1887 die medicinische Staatsprüfung beendete und am selben Tage das examen rigorosum absolvirte.

Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen, Kliniken und Curse folgender Herren Professoren und Dozenten:

Bardleben. Braune. Budge. Gerhardt. Graewitz. Gusserow. Hanckel. Helferich. Holtz. His. Krabber. Landois. Leuckardt. Leyden. Limpricht. Loebker. Mosler. Peiper. Pernice. v. Preuschen. Schürmer. Schröder. Sonner. Strübing. Virchow.

Allen diesen meinen hochverehrten Lehrern spreche ich an dieser Stelle meinen aufrichtigsten Dank aus. — Herrn Geh. Med. Rath Professor Dr. Mosler, welcher mir jetzt die zweite Assistenzarztstelle in der poliklinischen Abtheilung des Königl. Universitäts-Krankenhauses anvertraut hat, sage ich speciell meinen herzlichsten Dank für die vielfache Begünstigung und Förderung meines Studiums.

Thesen.

I.

Die Weil'sche Krankheit ist kein morbus sui generis

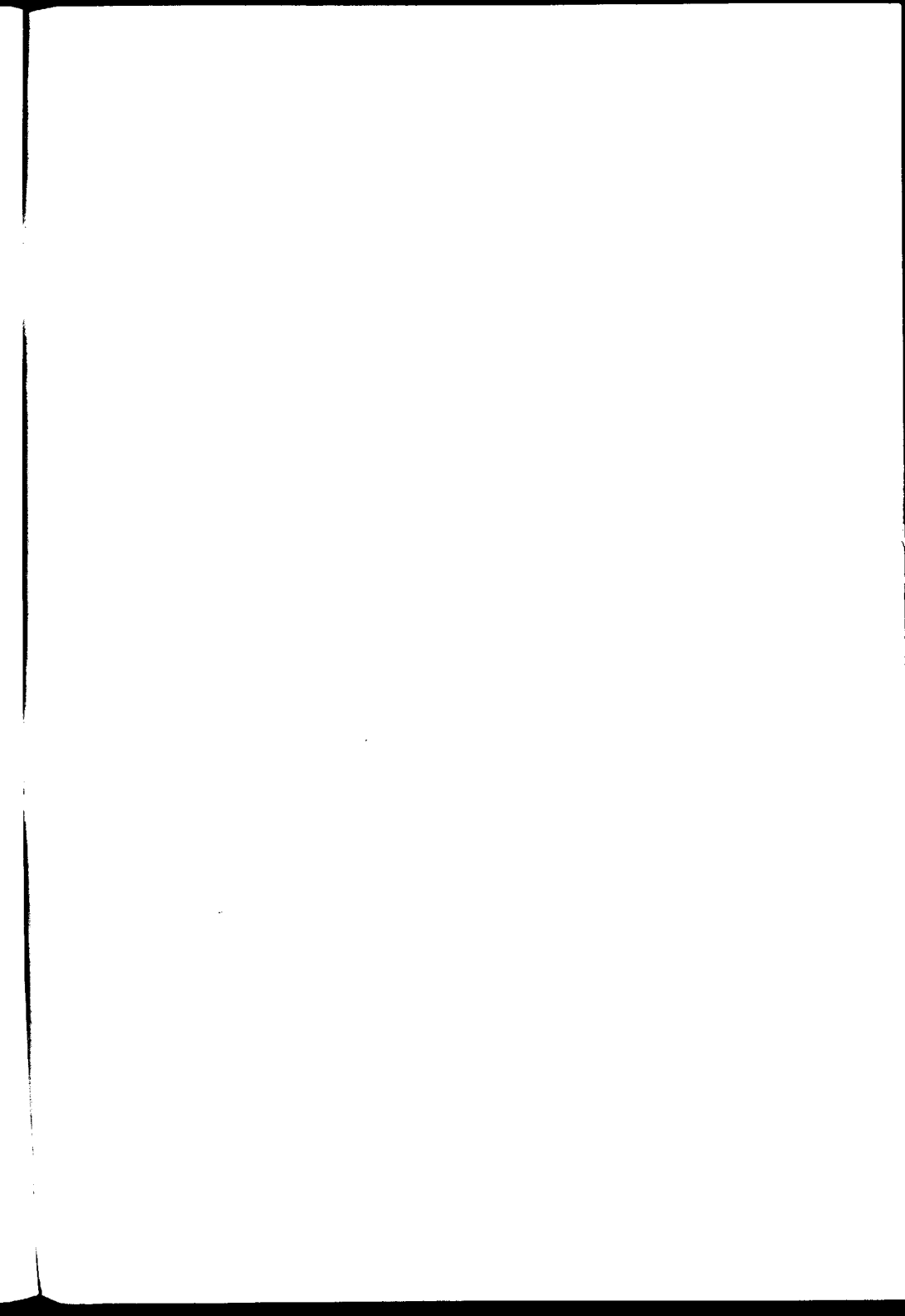
II.

Die bronchiektatischen Cavernen verlangen eine chirurgische Operation.

III.

Kleine Mengen Eisen werden rascher und anhaltender resorbirt als grosse.





11481



11481
11481
11481