



U e b e r
zwei mit Basedow'scher Krankheit complicirte Fälle
von

Diabetes mellitus.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung
der

Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium

von

Dr. C. v. Liebermeister

o. ö. Professor der Medicin und Vorstand der medicinischen Klinik zu Tübingen

vorgelegt

von

Carl Hartmann

aus Tübingen.



Tübingen,
Druck von Ludwig Friedrich Fues
1878.



U e b e r
zwei mit Basedow'scher Krankheit complicirte Fälle
von
Diabetes mellitus.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung

der

Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

unter dem Präsidium

von

Dr. C. v. Liebermeister

o. ö. Professor der Medicin und Vorstand der medicinischen Klinik zu Tübingen

vorgelegt

von

Carl Hartmann

aus Tübingen.



Tübingen,
Druck von Ludwig Friedrich Fues.
1878.

Fälle von Diabetes mellitus in Complication mit Basedow'scher Krankheit scheinen zu den grössten Seltenheiten zu gehören; wenigstens ist mir bei einer möglichst ausgedehnten Durchsicht der in der Literatur enthaltenen Casuistik kein solcher Fall begegnet. Die beiden im Folgenden mitzutheilenden Fälle kamen in der hiesigen medicinischen Klinik zur Beobachtung. Bei dem ersten derselben, den ich selbst noch während meiner Studienzeit genauer zu beobachten und in seinem Verlaufe zu verfolgen Gelegenheit hatte, wurde nur an ein zufälliges Zusammentreffen von zwei verschiedenen Krankheiten bei dem gleichen Individuum gedacht. Als dann aber einige Jahre später ein zweiter Fall zur Beobachtung kam, den ich ebenfalls bei gelegentlicher Anwesenheit in Tübingen selbst zu sehen Gelegenheit hatte, wurde der Gedanke nahe gelegt, ob es sich nicht bei solchen Fällen um etwas mehr als blossen Zufall handle. Bei jeder von beiden Krankheiten sind Störungen vorhanden, deren eigentliche Ursache wir in dem Nervensystem und zwar in letzter Instanz im Centralorgan zu suchen geneigt sind; wenn es häufig vorkäme, dass beide Krankheiten bei dem gleichen Individuum sich vereinigt zeigten, so könnte daraus vielleicht der Schluss gezogen werden, dass die Loca-

litäten des Nervensystems, welche bei den beiden Krankheiten der ursprüngliche Sitz der Störung sind, nahe genug bei einander liegen, um ein häufiges gleichzeitiges Erkranken oder ein Uebergreifen der Störung von der einen auf die andere Localität möglich erscheinen zu lassen. Und es wäre dies vielleicht ein Fingerzeig, der für eine zukünftige localisirende Theorie der beiden Krankheiten eine gewisse Bedeutung haben könnte. Da aber bisher ähnliche Fälle noch nicht veröffentlicht zu sein scheinen, so ist vorläufig die Annahme, es habe sich bei unseren Beobachtungen um ein rein zufälliges Zusammenkommen gehandelt, nicht ausgeschlossen. Immerhin erscheint es zweckmässig, durch Mittheilung der beiden Beobachtungen die Aufmerksamkeit auf diesen Punkt zu lenken. Möglich, dass dadurch andere Beobachter veranlasst werden, etwaige entsprechende eigene Beobachtungen zu veröffentlichen, oder dass bessere Kenner der Literatur schon in der bisher vorhandenen Casuistik ähnliche Beobachtungen auffinden.

I. Fall. Marie Wunderlich, 32 Jahre alt, wird am 24. November 1871 in die medicinische Klinik aufgenommen.

Anamnese. Die Eltern der Kranken sollen an Wassersucht gestorben sein, ihre Geschwister sind gesund. Patientin erinnert sich keiner früheren Kinderkrankheiten; mit 20 Jahren wurde sie menstruiert. Im 21. Lebensjahre erkrankte sie, angeblich in Folge von Tänzen während der Periode, 3 Wochen nach derselben an Herzklopfen, Brustentzündung und an „Herzerweiterung.“ Patientin blieb über ein viertel Jahr lang krank; beide Beine sollen an den Waden geschwollen gewesen sein, das rechte brach damals auf und es entleerte sich Eiter und Blut. Im Verlaufe dieser Erkrankung traten die Augen mehr und mehr hervor, die Schilddrüse schwoll an, dabei bestand andauernd starkes Herzklopfen. Nach Verfluss von einem halben Jahr besserte sich der Zustand wieder; zwar bestand der Exophthalmus und die Struma fort, aber das Herzklopfen hörte auf, Patientin bekam wieder regelmässig ihre Periode (dieselbe hatte während der Erkrankung zum Theil cessirt und trat überhaupt ganz unregelmässig auf) und fühlte sich gesund bis zu ihrem 30. Lebensjahr (1869). Mit 28 Jahren verheirathet, wurde sie vor

zwei Jahren schwanger; während dieser Schwangerschaft beobachtete sie zum ersten Mal an sich eine auffallende Steigerung des Appetits, des Dursts und der Diurese. Sie gebar leicht, das Kind war schwächlich und starb 4 Wochen nach der Geburt. Nach der Geburt, bei der der Blutverlust nicht abnorm gross gewesen war, konnte die Kranke sich nicht recht erholen, und eine heftige Blutung, welche nach etwa 6 Wochen eintrat, steigerte den Verfall der Kräfte. Der schon vermehrte Durst und die Diurese nahmen noch mehr zu, und die Patientin magerte von Tag zu Tag mehr ab.

Im Winter 1870/71 wurde, ohne bekannte Ursache, der ganze linke Arm, besonders an den Fingerspitzen taub und pelzig, auch die Bewegungsfähigkeit war herabgesetzt. Nach (12maliger) Anwendung von Electricität und dem Gebrauch von Bädern und Einreibungen besserte sich der lähmungsartige Zustand. Seit Herbst 1871 bemerkte Patientin Verminderung des Sehvermögens; später machte sich die Sehstörung hauptsächlich auf dem linken Auge geltend, und bald bemerkte die Kranke, dass sich ein „Fleck“ in diesem Auge zeigte.

Status præsens bei der Aufnahme am 24. November 1871. Die Kranke ist von kleiner Statur, hochgradig abgemagert, wiegt nur 33 Kilogr., der Teint nicht kachectisch, die Haut trocken, kleienförmig sich abschilfernd; die Hautfarbe im Allgemeinen blass; zeitweise besteht auffallende saturirte Rötthe

des Gesichts. Auf beiden Seiten gleichmässiger Exophthalmus. Die Linse des linken Auges kataraktös. Die Zunge roth, trocken; die Zähne gut erhalten; Schilddrüse bedeutend vergrössert, von gleichmässiger Consistenz.

Die Lungen-Lebergrenze rechts am unteren Rande der sechsten Rippe; die Herzdämpfung (absolute) beginnt auf dem Knorpel der fünften Rippe und ist kleiner als normal. Der Herzspitzenstoss ist im fünften Intercostalraum nach Innen von der Mammillalinie; an der Herzspitze hört man ein, bei Bewegungen und auch sonst, an Intensität wechselndes, rein systolisches Geräusch, das sowohl nach der Aorta zu als gegen die Axillarlinie hin an Stärke rasch abnimmt; der zweite Ton über der Arteria pulmonalis ist nicht verstärkt.

Die Percussion des Rückens ergibt nichts Abnormes; die Lungenspitzen Grenzen sind beiderseitig gleich; auch die Auscultation lässt keine Anomalieen erkennen. Die Kranke hustet nicht. Die Milzdämpfung ist nicht vergrössert. Der Leib ist stark aufgetrieben und zeigt überall tympanitischen Percussionston.

Der Harn wird in sehr grosser Menge entleert, ist grünlichgelb und etwas schillernd, er reagirt schwach sauer. Das specifische Gewicht beträgt 1030; er enthält kein Eiweiss, ist aber stark zuckerhaltig.

Es besteht Neigung zu Stuhlverstopfung. Mässiger Fluor albus. Die Untersuchung mit dem Spe-

culum ergibt livide Röthung der Vaginalschleimhaut, am Orificium uteri einige dunkel saturirte Stellen mit Gefässerweiterung.

Die Kranke fühlt sich schwach, zeigt grosse Neigung zum Schlummern.

Auf Anwendung von Carlsbader Salz erfolgt reichliche diarrhoische Stuhlentleerung; später ist der Stuhlgang wieder träge, muss durch Anwendung von Carlsbader Salz oder durch Klystiere mit Ricinusöl unterhalten werden. Auch nach ausreichender Stuhlentleerung besteht der Meteorismus fort, der Bauch fühlt sich teigig weich an, lässt zeitweise Kothballen durchfühlen.

Die Zahl der Pulsschläge wurde immer zwischen 100 und 120 gefunden, die Temperatur (im Rectum) zwischen $36^{\circ},4$ und $37^{\circ},5$. Die Perspiratio insensibilis ist, so oft sie untersucht wurde, immer auffallend gering ¹⁾.

Der Harn wird zeitweise (bei Kochen und nachherigem Zusatz von Salpetersäure) frei von Eiweiss gefunden; zu anderen Zeiten zeigt sich eine schwächere oder stärkere Trübung; doch erhebt sich die Quantität des Eiweiss niemals über eine gleichmässige milchige Trübung, die beim Kochen entsteht und auf Zusatz von Salpetersäure nicht verschwindet. Der

1) Vgl. F. BÜRGER, Untersuchungen über Perspiratio insensibilis bei Diabetes mellitus und insipidus. Dissertation. Tübingen 1872. Deutsches Archiv für klin. Med. Bd. XI. S. 323 ff.

Wechsel zwischen vollständigem Fehlen und Wiederauftreten von Eiweiss findet oft schnell statt, so dass zuweilen an dem gleichen Tage ein verschiedenes Verhalten des Harns beobachtet wird. Wiederholt fällt das Auftreten von Eiweiss im Harn mit schlechterem subjectivem Befinden und Verminderung des Appetits zusammen.

Die kataraktöse Trübung der Linse des linken Auges nimmt während der Dauer der Beobachtung merklich zu.

Im Ganzen ist während des Aufenthalts im Krankenhause eine gewisse Besserung des Allgemeinbefindens zu constatiren. Anfangs Februar 1872, nachdem eine intercurrente Parulis nach Incision geheilt war, fühlt sich die Kranke wesentlich besser, ist von besserem Aussehen, hat guten Appetit, regelmässigen Stuhlgang, geringeren Meteorismus, verträgt Leberthran zu 3 Löffeln täglich ohne Beschwerden, kann bei günstiger Witterung in den Nachmittagsstunden ins Freie gehen.

Am 12. Februar wird sie entlassen.

Nach später eingelaufener Nachricht soll zu Hause die Abzehrung wieder schnelle Fortschritte gemacht haben und die Kranke etwa 4 Wochen nach ihrer Entlassung gestorben sein.

In der folgenden Tabelle sind die Daten über die Menge und das specifische Gewicht des Harns, so wie über den Zuckergehalt, so weit derselbe bestimmt wurde, zusammengestellt. Die Bestimmung

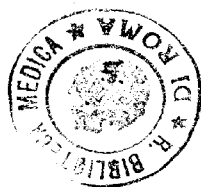
des Zuckergehalts erfolgte zum Theil mittelst des Polarisationsapparats, zum Theil durch Titriren mit Fehling'scher Lösung, zum Theil durch Bestimmung des specifischen Gewichts vor und nach der Gährung ¹⁾.

1) Vgl. W. MANASSEÏN, über quantitative Bestimmung des Zuckers im diabetischen Harn nach dem Unterschiede im specifischen Gewichte des Harns vor und nach der Gährung. Deutsches Archiv für klin. Med. Bd. X. 1872. S. 73 ff.

Datum.	24stündige Harn- menge in CCM.	Speci- fisches Gewicht des Harns.	Zucker- gehalt des Harns in ‰.	Bemerkungen.
1871.				
November				
24.	10.900	1030		
25.	9800	1022	5,4‰	Der Harn ist reichlich zuckerhaltig, aber ohne Eiweiss.
Dezember.				
2.				Harn ist Morg. eiweiss- frei, Abends eiweiss- haltig. T. Abends im rectum: 36,4.
3.				Harn ist Morg. eiweiss- haltig. Puls: Mor- gens 100, Abends 120.
4.	7540	1025		Der Harn ist ziemlich stark eiweisshaltig. Puls: { Morgens: 112. Abends: 116.
5.	5000	1028		Temperat. Morg.: 37,4°. Harn ohne Eiweiss.
6.	5250	1030		
7.	7000	1026	6,1‰	
8.	6750	1032		
15.	9000			
16.	9750			
17.	10.500			
18.	8500			

Datum.	24stündige Harn- menge in CCM.	Speci- fisches Gewicht des Harns.	Zucker- gehalt des Harns in ‰.	Bemerkungen.
1871.				
Dezember.				
19.	10.000			
20.	5250 in 12Std.			
21.	10.000			
22.	9000			
24.	11.500			
31.	9250			
1872.				
Januar.				
1.	8500			
2.	8500			
3.	8500			
4.	8600			
5.	8500			
7.	5500	1029	4,5‰	
8.	5800	1029	5,0‰	
9.	7000			
11.	9250	1028		
12.	5600			
14.			5,4‰	
20.	8750			
24.	10.000			
25.	7250			
26.	8250			
27.	10.750			

Datum.	24stündige Harn- menge in CCM.	Speci- fisches Gewicht des Harns.	Zucker- gehalt des Harns in ‰.	Bemerkungen.
1872.				
Januar.				
28.	9000			
29.	8750			
30.	8000		3,5‰	
31.	10.250		3,1‰	
Februar.				
1.	8750			



II. Fall. Eva Huber, 32 Jahre alt, wird am 2. Mai 1877 in die medicinische Klinik aufgenommen.

Anamnese. Der Vater der Patientin lebt noch und ist gesund. Die Mutter starb an Brustwassersucht. Ihre Geschwister sind gesund. Von Zuckerkarnruhr in der Familie der Kranken ist letzterer, die nicht einmal den Namen dieser Krankheit kennt, Nichts bekannt. Patientin war bis vor drei Jahren stets gesund; sie ist unverheirathet und hat nie geboren.

Etwas hervorstehende Augen will die Kranke von jeher gehabt haben; doch behauptet sie, sowohl ihrer Umgebung als auch ihr selbst sei es aufgefallen, dass ihre Augen mehr hervorstehen „seit sie magerer geworden sei“.

Eine Anschwellung der Schilddrüse soll bei der Patientin ungefähr seit ihrem 18. Lebensjahr bestehen, doch sei dieselbe seit zwei Jahren merklich grösser geworden.

Patientin litt seit einigen Jahren häufig an Kopfwch und an Schwindelanfällen, sowie an Anschwellungen der Mandeln (die linke Mandel wurde vor drei Jahren entfernt).

Seit etwa drei Jahren bemerkte die Kranke,

dass sie mehr Durst habe als früher und in Folge dessen auch mehr Urin lasse. Vermehrten Appetit hatte damals Patientin noch nicht. Zugleich trat eine Abnahme der Kräfte und Abmagerung am ganzen Körper ein.

Zu diesen Erscheinungen gesellten sich seit ungefähr $\frac{3}{4}$ Jahren in 8 bis 14tägigen Pausen Anfälle eigenthümlicher Art: Es wurde der Patientin schwarz vor den Augen und übel, sie fühlte sich plötzlich sehr schwach; dann trat heftiges Herzklopfen auf und das Gefühl, „als wenn alle Pulsadern des Körpers plötzlich zu klopfen anfiengen“. Das Klopfen und Hämmern in der Brust war oft so stark, dass die Kranke es zu hören meinte. Solche Anfälle von Herzpalpitationen, bei denen die Pulsfrequenz angeblich bis auf 140 Schläge in der Minute stieg, dauerten höchstens eine Stunde. Seit dieser Zeit ($\frac{3}{4}$ Jahren) ist der Appetit der Kranken erheblich gesteigert, und trotzdem ist seither bedeutende Abmagerung eingetreten. Seit $\frac{3}{4}$ Jahren sistiren auch die Menses und sind die Zähne, welche jetzt zum grossen Theil beweglich sind, schlechter geworden. Ein eigenthümliches Gefühl von Trockenheit und Hitze in der Haut datirt ebenfalls aus jener Zeit vor $\frac{3}{4}$ Jahren. Eine Abnahme des Sehvermögens oder des Gehörs hat Patientin bis jetzt nichts bemerkt. Die Verdauung war stets gut, die Kranke konnte auch schwere Speisen ohne Beschwerde ertragen.

Der Stuhlgang war immer regelmässig.

Von Furunkeln ist nie Etwas beobachtet worden.

Status præsens bei der Aufnahme am 2. Mai 1877: Patientin ist von mittlerer Grösse (157 Cm. hoch), bedeutend abgemagert, namentlich an den Extremitäten; Oedeme sind nicht vorhanden; sie wiegt in Hemd und Nachtkittel 41,800 Grm. (83 Pfund, 300 Grm); es besteht ein mässiger Grad von Exophthalmus und eine mässige Struma des rechten Schilddrüsenlappens. Die Pulsfrequenz beträgt gegenwärtig bei längerer, vollkommen ruhiger Rückenlage 100 Schläge in der Minute; geringe Bewegungen, wie Aufrichten im Bett, Umhergehen im Zimmer steigern die Pulsfrequenz, und öfters werden bei der Kranken 130—140 Pulsschläge nach solchen unbedeutenden Anstrengungen beobachtet. Dann pflegen auch die Carotiden deutlich sichtbar und lebhaft zu pulsiren.

Die Untersuchung der Brust ergibt über den Lungen allenthalben normale Percussions- und Auscultationsverhältnisse; die Lungen-Lebergrenze befindet sich im sechsten Intercostalraum. Der Herzspitzenstoss ist im fünften Intercostalraum zu fühlen, in der Parasternallinie. Es besteht geringe Pulsatio epigastrica. Die Herzdämpfung ist etwas verkleinert, die Herztöne sind rein. Leber- und Milzdämpfung sind von normaler Grösse. Die Harnsecretion ist beträchtlich gesteigert und beträgt augenblicklich pro die ungefähr 14 Liter; das specifische Gewicht des Harns beträgt 1028,0. Der Harn enthält grosse Mengen von Zucker.

Die folgende Tabelle gibt in übersichtlicher Form den weiteren Verlauf des Diabetes, beziehungsweise des Verhaltens der Harnmenge und des in derselben befindlichen Zuckers, nebst Angabe der Diät und Therapie, in welch' letzterer Beziehung besonders die seit Aenderung der Diät (6. Juni) plötzlich eingetretene bedeutende Verminderung von Harn und Zucker beachtenswerth ist. Die quantitative Bestimmung des Zuckers wurde durch Vergleichen des specifischen Gewichts vor und nach der Gährung gemacht. S. MANASSEÏN l. c.

Datum.	24stündige Harnmenge in CC.	Specifisch. Gewicht		Zuckergehalt in ‰.	Absol. Zuckermenge in Grm.	Diät und Therapie.
		vor der Gährung	nach der Gährung			
1877. Mai 8.		1028,0	1002,5	5,6		Gemischte Diät. 3. Kost (Suppe, Brod, Fleisch, Gemüse); dazu noch $\frac{1}{2}$ Liter Wein, 1 Flasche Bier, 1 Pf. Brod, 1 Wecken.
9.	13350	1027,5	1003,0	5,4	721	
10.	10200	1028,0	1002,0	5,7	581	
11.	14200	1026,5	1002,0	5,4	767	
12.	14800	1029,0	1003,0	5,7	844	
13.	14400	1029,5	1002,5	5,9	850	
14.	15400	1027,0	1002,0	5,5	847	
15.	14100	1028,0	1003,5	5,4	761	
16.	19220	1026,0	1001,5	5,4	1038	Acid. salicyl. 6,0 Diät die gleiche.
17.	18300	1027,0	1002,0	5,5	1007	6,0 Ac. salicyl.
18.	14600	1028,0	1003,5	5,4	788	6,0 Ac. salicyl.
19.	18100	1026,0	1001,0	5,5	996	6,0 Ac. salicyl.
20.	17300	1025,0	1002,0	5,0	865	6,0 Ac. salicyl.
21.	16400	1028,0	1002,0	5,7	935	Ac. salicyl. wird ausgesetzt; Diät bleibt die gleiche.
22.	15000	1027,5	1002,0	5,6	840	

Datum.	24stündige Harn- menge in CC.	Specif. Gewicht		Zuckergehalt in ‰.	Absol. Zucker- menge.	Diät und Therapie.
		vor der Gährung	nach der Gährung.			
1877.						
Mai						
23.	16850	1026,0	1002,5	5,1	859	
24.						6,0 Ac. salicyl.
25.	16500	1027,0	1004,0	5,0	825	6,0 Ac. salicyl.
26.	16000	1027,0	1002,0	5,5	880	
27.	18000	1026,0	1001,5	5,4	972	
28.	17700	1027,0	1001,5	5,6	991	
29.	17750	1027,5	1002,0	5,6	994	
30.	14400	1030,0	1002,0	6,1	878	
31.	17800	1026,0	1002,0	5,3	943	
Juni						
1.	16600	1025,0	1001,5	5,1	847	
2.	16700	1024,0	1002,0	4,8	802	
3.	18500	1026,5	1002,0	5,4	999	
4.	18200	1026,0	1002,5	5,1	928	
5.	18400	1026,0	1001,5	5,4	994	

Die Diät wird geändert. Vollständige Entziehung der Kohlenhydrate; die Kranke erhält nach Belieben Fleisch in verschiedenen Sorten und verschiedener Zubereitung, ferner Eier, Butter, Leberthran bis zu 12 Löffel täglich, endlich Wein, schwarzen Kaffee und Wasser. Appetit und Verdauung bleiben gut.

6.	6600	1030,0	1006,0	5,3	350
7.	5300	1029,0	1007,0	4,8	254
8.	6000	1028,0	1008,0	4,4	264

Datum.	24stündige Harn- menge in CC.	Specif. Gewicht		Zuckergehalt in ‰.	Absol. Zucker- menge.	Diät und Therapie.
		vor der Gährung	nach der Gährung.			
1877.						
Juni						
9.	5300	1029,5	1010,0	4,3	228	
10.	5900	1027,5	1011,5	3,5	207	
11.	5800	1026,0	1011,5	3,2	186	
12.	5400	1023,5	1012,0	2,5	135	
13.	4300	1025,5	1012,0	3,0	129	
14.	5000	1023,0	1008,0	3,3	165	
15.	4700	1024,5	1007,0	3,8	179	
16.	4500	1027,0	1011,0	3,5	156	
17.	4450	1028,0	1010,5	3,8	169	
18.	4500	1029,0	1011,0	3,9	176	
19.	4150	1031,0	1009,0	4,8	199	
20.	4450	1029,0	1010,0	4,2	187	
21.	4100	1029,0	1012,0	3,7	152	
22.	3700	1028,0	1010,5	3,8	141	
23.	4200	1027,5	1010,5	3,7	155	
24.	3700	1029,0	1010,0	4,2	155	
25.	4000	1028,0	1010,0	3,9	156	
26.	4000	1027,5	1010,5	3,7	148	
27.	3600	1026,5	1009,5	3,7	133	
28.	3700	1027,0	1009,0	3,9	144	
29.	3500	1027,5	1009,0	4,0	140	
30.	3900	1026,0	1008,0	3,9	152	
Juli						
1.	3700	1026,5	1009,5	3,7	137	
2.	3250	1026,0	1011,0	3,3	107	

Da- tum.	24stün- dige Harn- menge in CC.	Specif. Gewicht		Zucker- gehalt in ‰.	Absol. Zucker- menge.	Diät und Therapie.
		vor der Gährung	nach der Gährung.			
1877.						
Juli						
3.	3800	1027,0	1009,5	3,8	144	
4.	3440	1025,0	1010,0	3,3	114	
5.	3350	1026,0	1011,0	3,3	111	
6.	3500	1026,0	1013,0	2,8	98	
7.	3100	1027,0	1009,0	3,9	121	
8.	3100	1026,0	1010,5	3,4	105	
9.	2900	1026,5	1011,0	3,4	99	
10.	3200	1027,5	1009,0	4,0	128	
11.	3800	1024,0	1011,0	2,8	106	
12.	3100	1026,5	1011,0	3,4	105	
13.	3000	1026,0	1009,0	3,7	111	
14.	3000	1025,0	1010,0	3,3	99	
15.	3050	1026,5	1010,0	3,6	110	
16.	3400	1027,0	1008,5	4,0	136	
17.	3500	1027,5	1010,5	3,7	130	
18.	3000	1028,0	1010,0	3,9	117	
19.	3500	1028,0	1008,5	4,3	151	
20.	3550	1028,0	1010,0	3,9	138	
21.	3000	1027,5	1008,0	4,3	129	
22.	2900	1026,0	1009,0	3,7	107	
23.	2900	1028,0	1008,0	4,4	128	
24.	3100	1027,5	1010,0	3,8	118	Gewicht der Kranken in Hemd und Nachtkittel am 24. Juli: 48.220 grm. (96 Pfund 220 grm.)

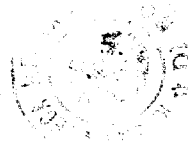
Da- tum.	24stün- dige Harn- menge in CC.	Specif. Gewicht		Zucker- gehalt in ‰.	Absol. Zucker- menge.	Diät und Therapie.
		vor der Gährung	nach der Gährung.			
1877.						
Juli						
25.	2900	1025,5	1009,5	3,5	102	
26.	3100	1028,0	1009,0	4,2	130	
27.	3450	1027,0	1009,0	3,9	135	
28.	3300	1036,5	1012,0	5,4	178	
29.	3050	1028,0	1010,0	3,9	119	
30.	3550	1026,5	1010,5	3,5	124	
31.	3500	1027,5	1010,0	3,8	133	
Aug.						
1.	3700	1028,0	1011,0	3,7	137	
2.	2400	1028,5	1010,0	4,0	96	
3.	2700	1028,0	1008,0	4,4	119	
4.	2500	1028,0	1007,5	4,5	113	
5.	2300	1027,5				
6.	2800	1026,5				

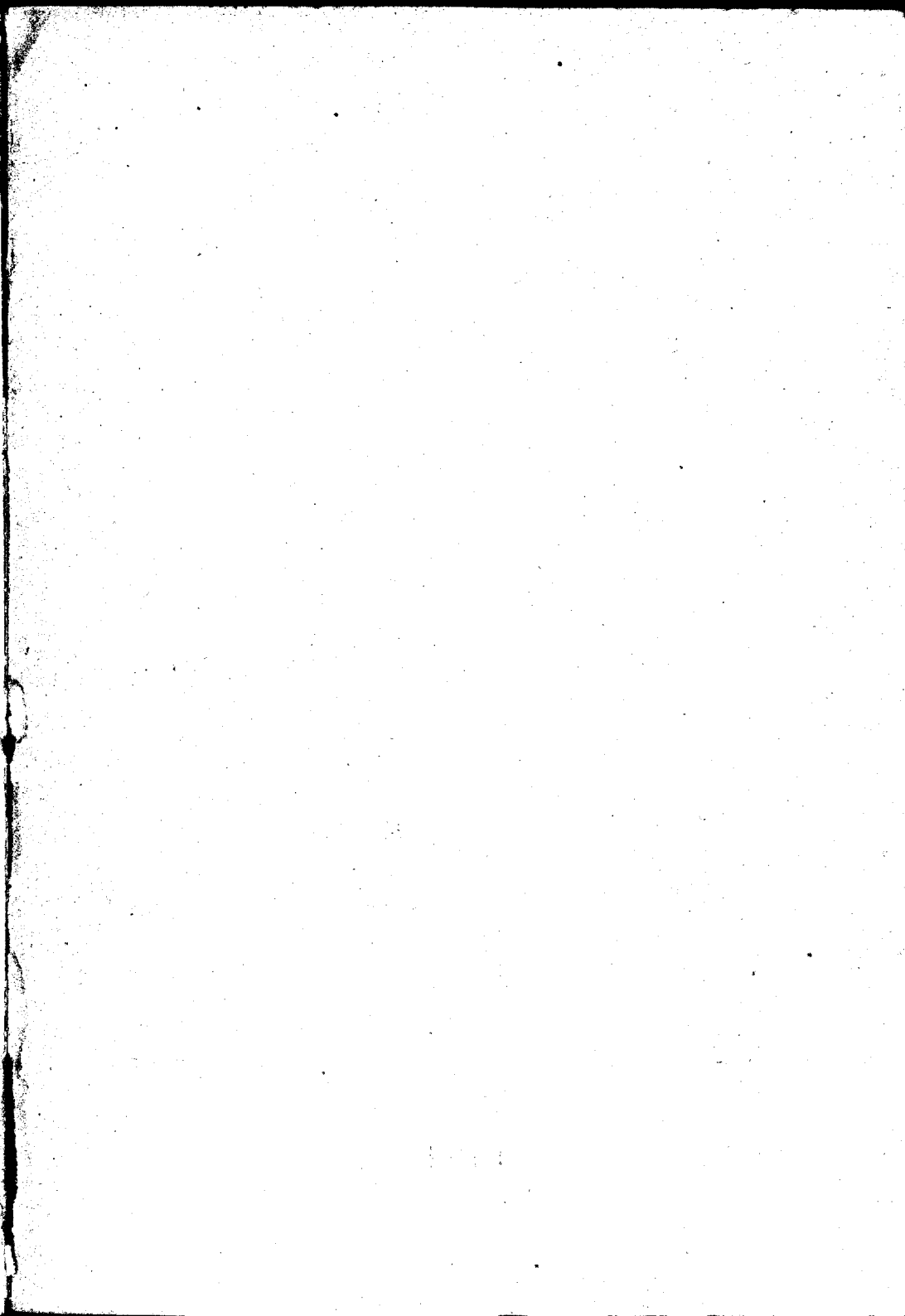
Die Kranke wird am 6. August auf ihren Wunsch entlassen; das Körpergewicht beträgt beim Abgang mit den gleichen Kleidungsstücken 47.600 grm. (95 Pfund 100 grm.), also etwa 11½ Pfund mehr als bei der Aufnahme. Ihr Aussehen und ihr Kräftezustand sind bedeutend gebessert; die Anfälle von Herzklopfen haben (bei anhaltend ruhigem Verhalten) fast ganz aufgehört.

Obwohl bei beiden Fällen die einzelnen Krankheiten an sich nichts Besonderes darbieten und das wesentliche Interesse der Fälle nur in dem Zusammenkommen beider Krankheiten bei dem gleichen Individuum besteht, so liefert doch der zweite Fall zugleich ein weiteres Beispiel für die Wirksamkeit einer zweckmässigen diätetischen Behandlung. Zwar wurden auch bei vollständigem Ausschluss der Kohlenhydrate immer noch nicht ganz unbedeutliche Mengen von Zucker ausgeschieden; aber im Vergleich mit der Zuckerausscheidung bei gewöhnlicher gemischter Kost, die bis zu $1\frac{1}{2}$ und selbst 2 Pfund Zucker pro Tag geliefert hatte, war doch eine bedeutende Verminderung erzielt worden. In ähnlichem Verhältniss zeigte sich auch die Harnmenge vermindert. Das Allgemeinbefinden wurde bedeutend besser, und, was dafür in diesem Falle den besten Massstab gibt, das Körpergewicht zeigte eine beträchtliche Zunahme.

In Betreff der Aufeinanderfolge der beiden Krankheiten verhielten sich die Fälle verschieden. Bei dem ersten Falle waren zufolge der Anamnese zuerst die Symptome der Basedow'schen Krankheit aufgetreten; erst beträchtlich später (nach etwa 9 Jahren) hatten sich die Erscheinungen des Diabetes hinzugesellt. Bei dem zweiten Falle dagegen waren zuerst die Erscheinungen des Diabetes vorhanden, und erst etwa zwei Jahre später folgten die deutlichen Erscheinungen der Basedow'schen Krankheit. — Es sei noch be-

sonders bemerkt, dass das sogenannte Gräfe'sche Symptom, die verminderte oder aufgehobene Mitbewegung des oberen Augenlids bei Hebung und Senkung der Visirebene, in beiden Fällen trotz deutlicher Ausbildung des Exophthalmus nicht vorhanden war.





6455
m