



BEITRAG

ZUR

ÄTIOLOGIE U. SYMPTOMATOLOGIE

DER

HEPATITIS INTERSTITIALIS

MIT SPECIELLER BERÜCKSICHTIGUNG

VON 18 IN DER HIESIGEN MEDICINISCHEN KLINIK
BEOBACHTETEN FÄLLE.

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 DONNERSTAG, DEN 30. JANUAR 1879,
VORMITTAGS 11 UHR,

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

J. SPIEGEL,

PRACT. ARZT

AUS WESTFALEN.

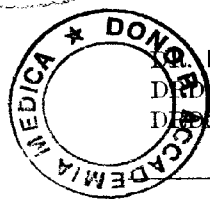


OPPONENTEN:

DR. H. SALOMON, PRACT. ARZT.

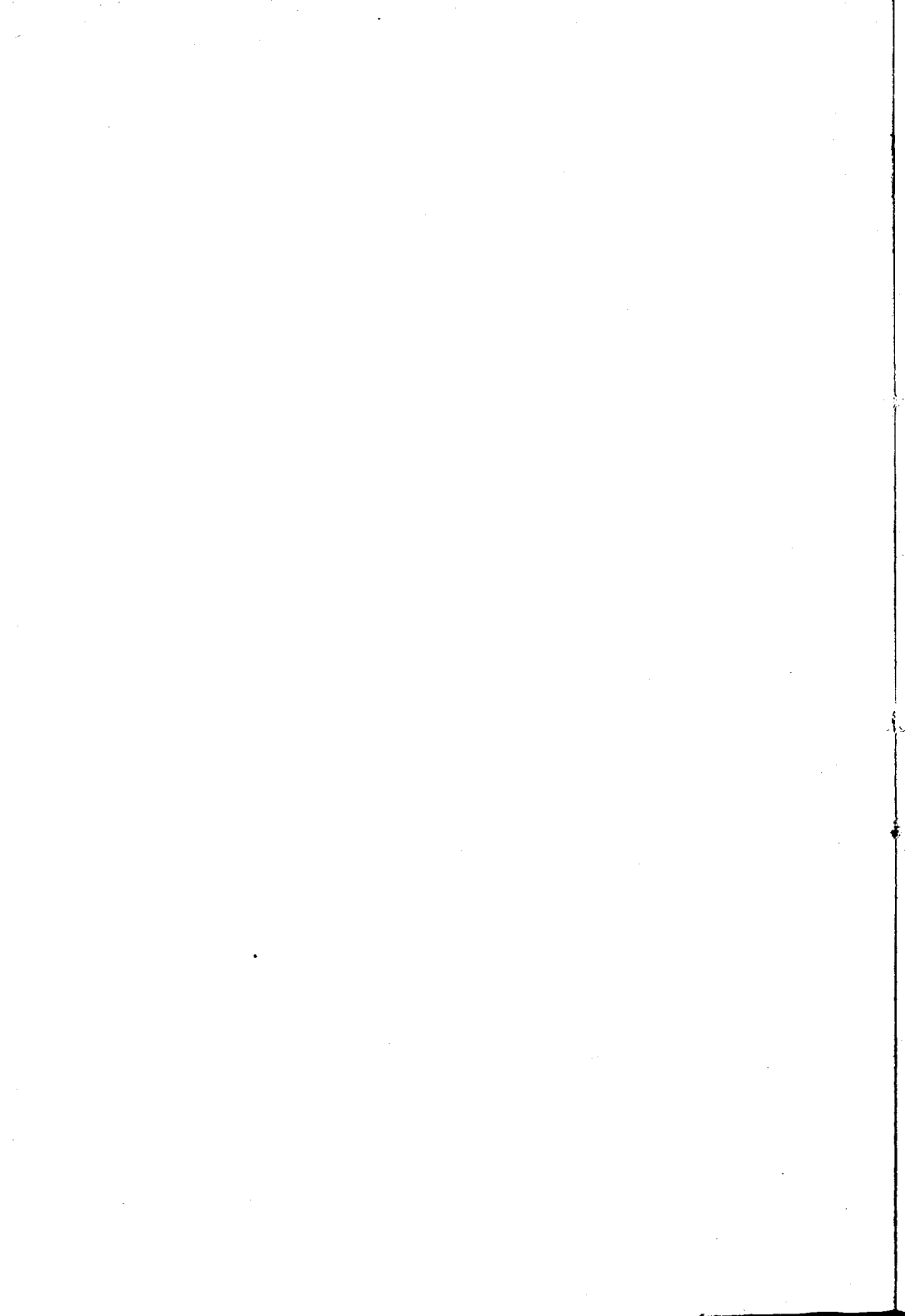
DR. F. KLOSS.

DR. R. BODENSTEIN.



GREIFSWALD,

DRUCK VON CARL SELL
1879.



SEINEN

JHEUREN ELTERN

IN LIEBE UND DANKBARKEIT

GEWIDMET

VOM

VERFASSR.

Es ist durch die Erfahrung festgestellt, dass von denjenigen Krankheiten, welche unter die Domain der internen Medicin zu stellen sind, die Leberkrankheiten für den Mediciner das weitgehendste Interesse zu haben pflegen. Wenn nun auch der Eine mehr für diesen, der Andere für jenen Zweig der genannten Wissenschaft inklinirt, im Allgemeinen glauben wir, ist der erste Satz unserer Abhandlung doch wohl anzuerkennen.

Es könnte diese Thatsache einigermassen befremden, wenn wir bedenken, dass die wissenschaftlichen Forschungen anderer interner Krankheiten viel länger schon angestellt und viel furchtbarer gewesen sind, als die der Leberkrankheiten. Mag auch das Wesen der Leberkrankheiten, die pathologische Anatomie derselben, jetzt wohl klargestellt sein, das Eine aber müssen wir festhalten, in der Diagnose und Therapie stehen die Leberkrankheiten sicher hinter anderen zurück. Die meisten Leberkrankheiten verlangen zur Sicherstellung einer klinischen

Diagnose ein ganz präcises, abgerundetes Krankheitsbild, einen bestimmten Symptomencomplex und nur gewiegten Diagnostikern wird es gelingen, auch in Ermangelung gewöhnlicher Symptome eine sichere oder annähernd sichere zu stellen; sie unterstützt die Erfahrung und der diagnostische Scharfblick.

Wenn wir bedenken, welche präcisere Untersuchungsmethoden uns z. B. bei den Lungenkrankheiten, Nierenkrankheiten, Milzkrankheiten etc. zur Verfügung stehen, wie wir hier die Untersuchung der Se- und Excrete, die des Blutes anstellen können und hierdurch in Verbindung mit den andern Untersuchungen auf eine bestimmte Diagnose hingeleitet werden, wenn wir weiter bedenken, dass wir bei den Leberkrankheiten ausser der Perkussion und Palpation fast ganz allein auf die secundären Symptome angewiesen sind, so kann uns die grössere Schwierigkeit der Diagnostik der Leberkrankheiten nicht auffallend erscheinen.

Wir müssen ferner erwägen, dass auch die Therapie bei Leberkrankheiten lange Zeit hindurch sehr im Argen gelegen hat, dass hier, obgleich unser Jahrhundert schon sehr verbessernd eingetreten ist, noch viel Feld für Forschungen gegeben ist.

Der Grund für die letzte Erscheinung ist meiner Ansicht nach in dem meist chronischen Auftreten der Leberkrankheiten zu suchen, ferner in der meist zu spät erfolgenden ärztlichen Consultation und der dadurch bedingten zu späten Stellung der Diagnose.

Wir haben uns klar zu machen versucht, dass die Leberkrankheiten für die internen Mediciner diagnostisch und therapeutisch schwierig in richtiger Weise zu beurtheilen sind. Ich glaube daher nicht zu irren, wenn ich den Schluss ziehe, dass gerade hierdurch das grössere Interesse für die Leberkrankheiten bedingt ist.

Der Mediciner, welcher bei vielen anderen Krankheiten die Untersuchung fast nach einem ganz bestimmten Schema anstellen kann und dann, hat er die Untersuchung richtig vorgenommen, zu einer richtigen Diagnose kommen muss, findet bei der Beurtheilung der Leberkrankheiten grössere Schwierigkeiten. Er erkennt hier bald das Erforderniss, jedes einzelne Moment genau in Erwägung zu ziehen, richtig zu würdigen, vernünftige Combinationen anzustellen, genug er sieht ein, dass ihn hier eine schematische Untersuchung vielleicht im Stich lassen wird, dass er hier seinen eigenen diagnostischen Blick nöthig hat. Die Untersuchung wird eine freiere, sich nach den jeweiligen Umständen richtende. Und dass eine solche Untersuchung weit anregender wirkt, als eine trockene, rein schematische Untersuchung z. B. die einer chronischen Lungenkrankheit, liegt auf der Hand.

Von den einzelnen Leberkrankheiten ist die Lebercirrhose wohl wissentlich in den letzten Decennien nach allen Richtungen hin am meisten gewürdigt worden.

Es würde zu weit führen und auch dem Zweck der vorliegenden Arbeit durchaus nicht entsprechen, wenn ich die ganze grosse Litteratur der Cirrhose hier zustammenstellen wollte. Erwähnen will ich nur, dass Frerichs, der überhaupt zuerst das Chaos der Leberkrankheiten gesichtet, auch für die klinische Beurtheilung der Cirrhose ein Grosses geleistet hat und bahnbrechend gewesen ist. Erwähnen will ich weiter noch die Abhandlung von Küssner in Richard Volkmanns „Sammlung klinischer Vorträge.“ Dieselbe enthält in kurzen Zügen das Wesentliche über Aetiologie, Symptomatologie, pathologische Anatomie und Therapie der Hepatitis interstitialis. Als dritten wollen wir ferner Thierfelder hervorheben, welcher in den „Leberkrankheiten“ des von Ziemssen'schen Werkes uns vieles Neue und Interessante über die Lebercirrhose gebracht hat.

Wenn auch wir trotzdem die Lebercirrhose zum Gegenstande einer näheren Erörterung machen, so glauben wir uns dadurch rechtfertigen zu können, dass diese Krankheit die am meisten auftretende Leberkrankheit ist und darum auch wohl ein grösseres wissenschaftliches Interesse für sich in Anspruch nehmen darf. In der hiesigen medicinischen Klinik des Herrn Prof. Dr. Mosler sind 18 Fälle von Hepatitis interstitialis in den verschiedensten Stadien und mit sehr differentem Symptomencomplex in Behandlung gewesen. Mehrere derselben bieten

in ätiologischer wie in symptomatologischer Beziehung interessante Facta.

Wenn auch eine Zusammenstellung von 18 klinischen Fällen keinen grossen statistischen Werth haben mag, so glauben wir doch aus den oben erwähnten Umständen, Einiges zur Kasuistik der Lebercirrhose beizutragen, wenn wir die Aetiologie und Symptomatologie der Lebercirrhose mit spezieller Berücksichtigung der in letzter Zeit in der Mosler'schen Klinik beobachteten Fälle einer näheren Besprechung würdigen.

Beginnen wir mit der Aetiologie, so müssen wir vorab constatiren, dass dieselbe oft dunkel ist und sich ein kausales Moment für die Entstehung derselben nicht auffinden lässt. In der weit grösseren Mehrzahl der Fälle jedoch lässt sich ein solches nicht zurückweisen und muss selbst dem medicinischen Skeptiker durch die öftere Complication mit Lebercirrhose als kausales Moment imponiren.

Die bei weitem häufigste Ursache der Lebercirrhose ist unstreitig der *abusus spirituosorum*. Diese That-
sache ist durch alle statistischen Zusammenstellungen zur Evidens erwiesen und unseres Wissens auch noch nicht angegriffen worden.

Wir finden einen Belag für die Richtigkeit dieses ätiologischen Moments in dem numerisch so sehr verschiedenen Auftreten der Krankheit bei den verschiedenen Ständen. Die Krankheit tritt bei Weitem häufiger bei solchen Leuten auf, welche vermöge

ihrer Beschäftigung geneigt sind, dem habituellen Potus sich in die Arme zu werfen.

Wir sehen daher, dass hauptsächlich die Krankheit in der ärmeren Bevölkerung ihre Opfer findet, weiter in solchen Gegenden, wo statistisch der Schnapsconsum ein grosser ist, also besonders in kälteren des Nordens und hier vornehmlich in Seestädten.

Wie wir uns die Wirkung des Alkohols zu denken haben, ist noch ein streitiger Punkt; doch mag er direkt durch die grösseren und kleineren Gallenwege auf die interstitielle Lebersubstanz reizend einwirken, oder mag er einen indirekten Weg durch die Blutbahnen nehmen, seine Wirkung als solche wird dadurch nicht irritirt. Die für den letztgenannten Mechanismus von Budd beigebrachte Erklärung, dass nämlich bei der Hepatitis interstitialis die Leber gewöhnlich in toto befallen werde, ist recht plausibel. Wir können also nach unserer Erörterung den habituellen Schnapsgenuss als häufiges ätiologisches Moment nicht zurückweisen, müssen aber zugleich eine individuelle Disposition, ferner oft eine *causa proxima*, eine Gelegenheitsursache, z. B. Erkältung anerkennen.

In diesen 18 Fällen liess sich nur bei vier Patienten der Alcoholismus mit Sicherheit als ätiologisches Moment constataren. Wir concediren gern, dass der Causalnexus zwischen dem *abusus spirituosorum* und der Hepatitis interstitialis procentisch öfter vorkomme und haben schon oben einen grossen

statischen Werth unsern Fällen selbst abgesprochen. Doch dürfen wir nicht vergessen, dass wir auch auf die Angaben der Patienten nicht bauen können, denn bekanntlich sträubt sich Mancher, ein Potator zu sein. Es dürfte daher auch in unseren Fällen der Procentsatz der Alcoholicer ein grösserer sein. Frerichs gibt an, dass unter seinen 36 Cirrhotischen 12 sicher dem chronischen potus ergeben, zudem mehrere noch desselben verdächtig waren.

In vielen andern Fällen ist eine febris intermittens vorhergegangen. Jedes andere ursächliche Moment ist mit Bestimmtheit auszuschliessen und bei dem so häufigen Zusammentreffen der Krankheit mit Lebercirrhose muss man einen ursächlichen Zusammenhang beider krankhaften Vorgänge mit einander in Beziehung bringen. Wenn Frerichs an giebt, dass bei Kranken, welche an Wechselfieberskachexie zu Grunde gingen, die granulirte Induration der Leber ein seltener Befund gewesen sei, sondern dass er öfter einfache Atrophie oder fettige, zuweilen auch colloide Infiltration vorgefunden habe, so stimmen damit die Beobachtungen, welche in der hiesigen Klinik gemacht werden konnten, nicht überein. In unseren 18 Fällen war siebenmal Intermittens vorausgegangen und keine andere plausible Aetiologie nachzuweisen. In zwei Fällen erfolgte der exitus lethalis und bestätigte die Obduction die klinische Diagnose. Es dürfte deshalb die Intermittens bei dem überaus häufigen Zusammentreffen mit Leber-

cirrrose doch wohl ein häufigeres ätiologisches Moment abgeben, als man bisher anzunehmen geneigt gewesen ist.

Wie man sich den Zusammenhang der beiden Krankheiten vorstellen soll, darüber wage ich kein Urtheil abzugeben.

Neuerdings hat Botkin auch noch andere Infectionskrankheiten als Ursachen der Hepatitis interstitialis angeschuldigt. Er glaubt, dass auch die Cholera und der Typhus einen directen Einfluss auf das Entstehen unserer Leberkrankheit ausüben. Einen directen Uebergang dieser Infektionskrankheiten in die chronische Entzündung der Leber hält er für sehr selten, betont aber einen oft anamnestic sich darbietenden Causalnexus beider Krankheiten.

Die bis jetzt über diesen Gegenstand angestellten Beobachtungen sind noch zu gering, um auf ein endgültiges Urtheil bestimmend einzuwirken, jedenfalls aber sind sie geeignet, weitere Forschungen zu veranlassen.

Wenn wir nun oft noch Leberecirrhose auftreten sehen bei Leuten, auf welche keines der beiden bis jetzt angeführten ätiologischen Momente anzuführen ist, so können wir uns der Ansicht nicht verschliessen, dass es noch andere Ursachen für Leberecirrhose gibt, wenn dieselben auch weniger häufig unsere Krankheit nach sich ziehen.

Wir können uns wohl denken, wie bei Leuten, die durch schlechte Ernährung, feuchte, ungesunde

Wohnungen etc. heruntergekommen sind, Lebercirrhose, ebenso gut wie jede andere chronische Entzündung, wie eine chronische Nephritis, chronische Bronchopneumonie, entstehen kann. In Uebereinstimmung hiermit finden wir auch die Lebercirrhose häufiger bei dem Proletariat. Falls aber auch diese unsere Meinung, die nach den bis jetzt vorliegenden statistischen Berichten nur Hypothese sein kann, irrig sein sollte, so viel ist sicher, dass sie andere ursächliche Momente begünstigen kann. Diese Ansicht haben wir über das Verhältniss der Erkältung zur Hepatitis interstitialis. In verschiedenen unserer Fälle, wo wir Alcoholismus und Intermittens als Ursachen der Lebercirrhose ansprechen mussten, gaben die Patienten mit Bestimmtheit an, dass die Krankheit nach einer sehr starken Erkältung ihren Anfang genommen habe. Mag die Erkältungstheorie in den letzten Jahren viel Gebiet verloren haben, in solchen Fällen, wo präzise Angaben über eine starke Erkältung gemacht werden, verdienen sie bei Ausschluss anderer Schädlichkeiten in Bezug auf später sich einstellende Krankheiten einige Berücksichtigung.

In einigen Fällen ergab die Anamnese kein bestimmtes ätiologisches Moment, die Patienten selbst bezogen mit Ueberzeugung ihre Beschwerden auf eine sich zugezogene, starke Erkältung.

In der Kussnerschen Schrift finden wir, dass sich Lebercirrhose nach Unterdrückung von Haemorrhoidal-



blutungen resp. nach Operation der Haemorrhoidal-knoten entwickelt haben soll. Bamberger hat sie nach langdauernden Menstrualstockungen entstehen sehen.

Wie viel oder wie wenig Gewicht auf die zuletzt angeführten ursächlichen Momente zulegen ist, darüber mag mit einer grösseren Statistik die Zukunft das entscheidende Wort sprechen.

Auch unter den uns zur Disposition gestellten Krankengeschichten finden wir einen hierhin gehörigen Fall, dessen wir uns von einer klinischen Vorstellung des Herrn Prof. Dr. Mosler und der Obduction recht wohl erinnern. Der Fall ist sehr interessant und da es wünschenswerth ist, dass ein solcher Fall auch weiter bekannt werde, will ich mir gestatten, einen kurzen Auszug aus der Krankengeschichte und dem Ergebniss der Section zu geben.

Krankengeschichte der Krause, aufgenommen 2. V. 77, gestorben 23. IX. 78.

Wilhelmine Krause, 26 Jahr alt, aus Coeslin, wurde am 2. Mai 1877 in das hiesige Universitäts-Krankenhaus aufgenommen.

Der Vater der Patientin war vor Jahren einer Lungenphthise erlegen, ihre Mutter sowie ihre Geschwister waren gesund.

Patientin selbst war ebenfalls von Jugend auf stets gesund gewesen, hatte nur eine Coxitis überstanden.

Menstruirt wurde sie zuerst in ihrem 16. Jahre, doch will sie nur zweimal die Regel gehabt haben, so dass sie nach dem zweiten Mal völlig cessirt haben soll.

Ihr damaliges Leiden begann vor circa drei Jahren mit Mattigkeit und Schmerzen im Kopf, dem Magen und der Lebergegend. Dazu gesellte sich bald allgemeiner Icterus, Oedem der unteren Extremitäten und eine beträchtliche meteoristische Aufreibung des Abdomen. Da ihre Beschwerden beständig stärker wurden, wurde die Patientin am 2. Mai 1877 hier aufgenommen.

Status vom 2. Mai: Patientin von mittlerer Grösse, ictischer Gesichtsfarbe, guter Muskulatur und reichlichem panniculus adiposus.

Die Untersuchung der Respirationsorgane bot keine Anomalien dar.

Die Herzdämpfung war nicht vergrössert, der Herzstoss im fünften Intercostalraum zu fühlen.

An der Mitralis ein systolisches Geräusch zu hören, die übrigen Töne rein.

Die Leber mass in der Parasternallinie $9\frac{1}{2}$, in der Axillarlinie $10\frac{1}{2}$ ctm. und ragte über die Medianlinie 5 ctm. Ihre Percussion war in hohem Maasse schmerzhaft.

Die Milz vergrössert, ebenfalls schmerzhaft.

Das Abdomen stark aufgetrieben, die Perkussion

erscheinungen waren nie vorhanden, bis plötzlich am 29. XI. eine plötzliche Exacerbation der Temperatur auf 40,4 des Abends Statt fand.

Eine sofort vorgenommene Untersuchung der Patientin ergab durchaus keine Veränderung irgend welcher Organe.

Der Bauch war nach wie vor stark aufgetrieben und äusserst empfindlich.

Diese Temperaturerscheinung hielt sich in Grenzen von 40,1—40,4 bis zum 3. December, wo sie ebenso plötzlich wieder verschwand.

Der Icterus war während dieser Zeit ein viel intensiverer und hielt mit dieser Intensität auch noch längere Zeit an, bis auch er wieder auf das frühere Maass zurückgekommen war.

So war wieder der alte Zustand der Patientin zurückgekehrt, dessen marquanteste, constante Symptome neben dem Icterus eben in jener hohen Schmerzhaftigkeit des Abdomen und der starken Stuhlverstopfung bestanden.

Milztumor war nachweisbar, bisweilen ein systolisches Geräusch an der Mitralis. Das einzig wechselnde des Krankheitsbildes bestand schliesslich noch in der Farbe des Urins, der oft dunkelschwarzbraun, dann wieder bierbraun, oft auch heller, braungelb und gelbbraun aussah. Dabei zeigte er stets eine deutliche Gallenfarbstoffreaction, dagegen kein Eiweiss.

Vom Anfang des März 1878 trat zu diesem Bilde noch eine neue Erscheinung: Zuckungen der Muskeln des Gesichts sowie der oberen Extremitäten, zugleich deutlich soporöse Erscheinungen.

Indessen war auch dieses Bild kein constantes; manche Tage setzten die Zuckungen ganz aus, manche Tage traten sie sehr heftig ein.

Eine vorübergehende Erscheinung bot das Abdomen am 18. März 78 dar, indem es, sonst straff gespannt, eingesunken erschien. Zwei Tage darauf hatte es indessen seinen früheren Umfang wieder erreicht. Ascites war noch nicht nachweisbar. Ein sichtlicher Abfall trat dann wieder am 23. März ein. Patientin lag vollständig komatös im Bette da, liess Urin und Stuhl unter sich gehen. Es stellte sich leichter Trismus ein; Respiration stertorös.

Das Befinden blieb den ganzen Tag dasselbe, bis Patientin am 24. März 78, Morgens 1½ Uhr verschied.

Auch in der letzten Zeit war weder an den Respirationsorganen, soweit deren Untersuchung vorgenommen werden konnte, noch an den Circulationsorganen Veränderungen bemerkt.

Die Therapie war zuletzt wieder dahin abgeändert, dass Patientin statt der Morphiumpulver und Chloralpillen Morphinum subcutan erhielt. Sie konnte dasselbe zuletzt ohne Beschwerde ertragen.

Am 25. März 78 wurde die Section gemacht, welche folgenden Befund ergab:

Sections-Protocoll.

Ziemlich gut genährte weibliche Leiche, Todtenstarre an den obern und untern Extremitäten.

Haut des Körpers und Gesichtes überall icterisch gefärbt.

Livores an den oberen Extremitäten und dem Thorax.

Thorax gut gewölbt, Bauchdecken ausgedehnt, doch weich.

Bei Lebzeiten Spannung der Bauchdecken sehr stark.

Leichtes Oedem der grossen Labien.

Leichte Flexion des rechten Hüftgelenks, leichtes Oedem des rechten Unterschenkels.

Die Untersuchung des Gehirns sowie der harten und weichen Häute desselben ergab keine Anomalien.

Unterhautfettgewebe am Abdomen reichlich.

Bauchhöhle enthält 180 gr. seröser Flüssigkeit.

Leber tritt rechts hinter den Rippenrand und reicht zwei Finger über die Medianlinie.

Magen mässig ausgedehnt.

Dünndarm wenig ausgedehnt, Schleimhaut durchschimmernd.

Am col. asc. stecknadelkopfgrosse submucöse Knötchen, die kleine Lipome zu sein scheinen.

Mesenterialdrüsen im Verlauf des Ieünium bräunliches Colorit.

Peritoneum feucht, glatt, glänzend, ohne Ver-

änderungen, nur am unteren Theil S. Romanum schwielig verdickt.

Muskulatur des Abdomen und Thorax mässig reichlich, schmutziggelbbraunlich.

Beide Lungen retrahiren sich mässig. In der linken Pleurahöhle mehrere Esslöffel einer intensiv icterisch gefärbten Flüssigkeit. Ebenso in der rechten Pleurahöhle einige Esslöffel Flüssigkeit.

Perikard 2 Esslöffel gelblich icterischer Flüssigkeit enthaltend, Blätter normal.

Lage des Herzens mehr vertical, Grösse normal; Ventrikel schlaff.

Rechter Ventrikel und Vorhof ohne sonstige Veränderungen, Klappen zart und dünn.

Muskulatur links dünner als normal, schlaff.

Trabekel sehr weich, von schmutziger Farbe, Aortenklappen normal.

Vorderer Zipfel der mitralis normal; auf der Vorhofsseite erscheint der vordere Zipfel etwas kurz, zurückgezogen.

Lunge links frei von Adhäsionen.

Oberlappen auf Durchschnit ödematös, Hypostase, am hinteren Rand roth aussehende Verdichtung.

Wandungen der durchschnittenen Gefässe und Bronchien icterisch gefärbt.

Lunge rechts in der Mitte durch alte lösbare Adhäsionen verwachsen.

Oberer und mittlerer Lappen vorne lufthaltig, unten mehr dunkelstahlblau.

Oberlappen auf Durchschnitt ödematös, dazwischen atelectatische Stellen.

Mittellappen lufthaltig und ödematös.

Unterer Lappen starkes Oedem, Hypostase und ein lobuläres Infiltrat.

Bronchialdrüsen melanotisch, daneben gelblich weiche Heerde.

Milz kolossal vergrößert, pyramidele Form. Grösste Länge 20 ctm., Breite $13\frac{1}{2}$, Dicke oben 4, Mitte $4\frac{1}{2}$, unten 2 ctm. Kapsel oben verdickt, sonst stahlblau. Organ teigig, Pulpe weich, lässt sich durch Ueberstreichen mit Wasser herausdrücken. Sieht aus wie Rückbildung von typhösem Process.

Trabekel treten deutlich hervor und sind vergrößert.

Aus grossen Gefässen entleert sich wenig, dunkles, flüssiges Blut.

Magen stark ausgedehnt, reichliche Quantität dunkelgrüner Flüssigkeit enthaltend.

Schleimhaut mammillonirt, grubiges Aussehen darbietend.

Schleimhaut des duoden. weich, auf Höhe der Falten icterisch gefärbt, papilla des choledochus deutlich hervortretend.

Bei Druck aus Gallenblase wässrige, fadenziehende Flüssigkeit.

Linke Niere ohne Abnormitäten. Rechte gleichfalls, nur an einer Pyramide ein stecknadelkopfgrosses gelbes Fibroid.

Leber sehr verkleinert in allen Durchmessern, bietet das vollständige Bild einer hochgradigen Cirrhose.

Vorderfläche beider Lappen mit grossen und kleinen isolirten und confluirenden Knötchen. Dazwischen die Kapsel eingezogen und verdickt, mit zahlreichen Gefässen, die helles Blut enthalten.

Organ schwierig.

Rechter Lappen $11\frac{1}{2}$ ctm. breit, 14 hoch, 5 dick.

Linker Lappen zungenförmig nach oben verlängert, 14 ctm. hoch, 10 breit, $4\frac{1}{2}$ dick.

Auf Durchschnitt die acini verschieden gross, halbstecknadel- bis stecknadelkopfgross, von hellgelber und brauner Farbe.

Interloburäres Bindegewebe bildet dicke grau-weiße Züge.

In den grossen Gallengängen hellgelbe trübe Galle mit grünlich weichen Abscheidungen.

Die grossen Gefässe zeigen collabirte Wandungen, wenig dunkles, flüssiges Blut enthaltend.

Auf einem Durchschnitt in der Nähe des Ligamentum suspensorium dasselbe Bild, Läppchen gelb bis gelbbraun, an einzelnen Stellen mehr grau.

Links dasselbe Verhalten, nur Gallengänge manchmal mehr grünlich.

Entwicklung des interstitiellen Gewebes sehr reichlich.

Gallenblase mässig ausgedehnt, Schleimhaut wund, zarte Stränge marquiren sich, in denen sich Grübchen finden.

Häute dünn, weisslich durchscheinend. Enthält 3—4 Esslöffel eines lange Fäden ziehenden hellgelben Schleims, daneben 21 meist erbsengrosse und darüber, facettirte gelb und braungefleckte Steine. 3 grössere von Kleinkirschgrösse. Beim Abspülen mit Wasser, Flächen silbergrau, Kanten und Ecken braun. Bindegewebe der porta hepat. schwielig.

Vena portar. eng in Folge der schwieligen Retraction des Gewebes.

Darm enthält reichliche Fäkalmassen, braungrün aussehend, oben heller. Schleimhaut glatt, Peyer'sche Haufen marquant, einer von 12 ctm.

Caecum und colon normal mit reichlichen gelben Fäkalmassen, ebenso S. Romanum und rectum.

Harnblase schlaff, Häute icterisch, dünn, Uterus klein.

Rechtes Ovarium $2\frac{1}{2}$ ctm. lang mit zahlreichen Narben, Tuba eng, ostium abdomin. frei.

Linkes Ovarium dick mit zahlreichen Narben, Tuba eng, ostium abdomin. frei.

Am rechten Ovarium kleinere Cysten neben den Narben.

Wandungen der vagina dünn, glatt.

Cervikalkanal sehr lang, Schleimhaut gut erhalten.

Uterus sehr klein, blasse und glatte Schleimhaut.

Die von verschiedenen Autoritäten mitgetheilte Beobachtung der Lebercirrhose aus einer Verschlössung der Gallenwege bestätigt auch ein in hiesiger Klinik beobachteter Fall. Die Section einer Patientin, bei welcher die klinische Diagnose auf Hepatitis interstitialis gestellt werden konnte und welche keine Aetiologie nachweisen liess, ergab Lebercirrhose im Schrumpfungsstadium, hervorgerufen durch Verschluss der Gallenwege in Folge von Gallensteinen.

Die von Solowieff an Hunden angestellten Experimente haben ergeben, dass durch Verschluss der vena portae ein cirrhotischer Process in der Leber entsteht. Die Erklärung für diese Erscheinung giebt Solowieff mit Botkin so, dass durch den Pfortadernverschluss allmählich die Leberzellen atrophiren, ferner der Druck der weniger gefüllten Pfortaderverzweigungen auf das interstitielle Gewebe aufhöre und so die Proliferation desselben am wenigsten behindert werde.

Mit Recht betont aber Thierfelder, dass in den Experimenten von Solowieff nicht nur die Pfortader, sondern auch die feinsten Verästelungen derselben durch eine feinkörnige Masse verschlossen gewesen seien. Es habe dann auch wahrscheinlich das Blut der Leberarterie nicht zu den acini gelangen können und sei der Blutdruck in den ernährenden Gefässen des interacinösen Gewebes ein ge-

steigerter gewesen. Thierfelder hält also Pfortaderverschluss an sich nicht für ein ursächliches Moment der Hepatitis interstitialis.

Die syphilitische Leber ist eine eigenartige Krankheit und gehört nicht hierher. In einem Falle war sie mit Hepatitis interstitialis complicirt.

Von andern ätiologischen Momenten war bei unseren Fällen nichts zu eruiren.

In Küssner's Schrift finde ich und will es der Vollständigkeit halber erwähnen, dass G. Wegner bei Thieren die Lebercirrhose nach Phosphorvergiftung entstehen sah.

Ob bei Menschen nach dieser Vergiftung sich gleichfalls Lebercirrhose entwickelt, darüber ist mir nichts bekannt.

Auch in Folge einer chronischen Peritonitis soll Lebercirrhose entstehen können, indem die Glisson'sche Scheide und der seröse Ueberzug der Leber den entzündlichen Process auf das Leberparenchym überträgt.

Ich füge noch hinzu, dass das Alter keine Rolle bei unsrer Krankheit zu spielen, die aetiologischen Momente zu beeinflussen scheint.

Die hiesigen Kranken vertheilten sich dem Alter nach so:

3	Pat.	waren	zwischen	20—30	Jahren,
4	„	„	„	40—50	„
7	„	„	„	50—60	„

3 Pat. waren zwischen 60—70 „

1 „ „ „ 70—80 „

Von denselben waren 2 weiblichen Geschlechts.

Ich komme jetzt zum zweiten Theile meiner Abhandlung, zur Symptomatologie der Hepatitis interstitialis. Ich verzichte darauf, den Symptomencomplex der Lebercirrhose mit genauer Berücksichtigung der Zeitverhältnisse so darzustellen, wie er vielleicht einem Schulfalle entsprechen würde. Ich halte es für viel zweckentsprechender, die einzelnen Symptome der Krankheit einer kurzen Besprechung zu unterziehen und dabei auf die mir zur Verfügung stehenden Fälle zu recurriren.

Berücksichtigen wir zunächst das Verhalten der Leber selbst.

Viele Kranken geben uns an, dass sie zeitweilig einen mehr oder weniger intensiven Schmerz im rechten Hypochondrium gehabt haben, und meist lässt sich bei denselben weiter eruiren, dass dieser Schmerz in einem sehr frühen Krankheitsstadium aufgetreten ist, dass er vielleicht das ganze Krankheitsbild eingeleitet hat. Besonders pflegt eine Schmerzhaftigkeit sich dann einzustellen, wenn die Entzündung mehr zu einem akuten Stadium exacerbirt. In allen Fällen beruht sie wohl auf einer partielle Peritonitis, einer Perihepatitis.

Nach einigen Autoren soll man auch zuweilen ein durch die Perihepatitis erzeugtes Reiben oder

Knirschen fühlen und mit dem Stethoscop hören können.

Dass auch in späteren Stadien oft noch Schmerzhaftigkeit vorhanden ist, davon giebt uns die oft recht starke Schmerzhaftigkeit bei der Perkussion und Palpation alter Fälle Aufschluss.

Unsere klinischen Fälle ergaben anamnestisch, dass die Krankheit bei 6 Personen mit Schmerzhaftigkeit der Lebergegend ihren Anfang genommen hat.

Bei vier Fällen war die Schmerzhaftigkeit der Leber noch vorhanden, wo bereits das zweite Stadium der Krankheit diagnosticirt werden konnte.

Weitere abnorme Erscheinungen von der Leber selbst erhalten wir durch die Perkussion und Palpation derselben.

Die Palpation der Leber, schon an und für sich recht schwierig, wird durch die begleitenden Umstände, durch die Tympanitis, den Hydrops ascites, das Oedem der Bauchdecken, meist noch schwieriger. Ein Geübter wird bei nicht zu grossen Hindernissen die Leber von festerer Consistenz fühlen als normal ist, er wird ferner oft eine granulirte Beschaffenheit der Leberoberfläche constatiren können. Dem weniger Geübten wird Beides nur unter besonders günstigen Verhältnissen gelingen können, wenigstens nicht mit einer Sicherheit, dass er das Symptom für die Diagnose verwertben könnte.

Schon bessere Aufschlüsse giebt uns die Perkussion. In den meisten Fällen werden wir konstatiren können, dass die Perkussion eine Verkleinerung der Leberdämpfung ergibt. Wir erwähnten schon oben, dass meist erst nach langem Verlauf der Krankheit eine Consultation für nothwendig erachtet wird, dass also in den meisten Fällen die Untersuchung erst vorgenommen wird, wenn das Schrumpfstadium der Hepatitis interstitialis bereits eingetreten ist.

In den früheren Stadien der Krankheit ist die Leber vergrößert durch die Bindegewebsneubildung. Die Vergrößerung ist oft eine colossale, bis zum Doppelten der normalen Grösse. Anamnestisch erfahren wir auch meist von den Kranken, dass sie früher eine Geschwulst im Abdomen gehabt haben.

In spätem Stadien ist die Leber durch Schrumpfung des Bindegewebs verkleinert, dem entsprechend auch bei der Perkussion die Leberdämpfung. Es ist dieses ein sehr wichtiges Symptom bei der Differential-Diagnose. Denn bei denjenigen Leberkrankheiten, welche die differentielle Diagnose zu berücksichtigen hat, kommt Verkleinerung der Leber nicht vor.

Die Verkleinerung der Leber ist in späteren Stadien immer vorhanden, wenn nicht etwa ein complicirtes Krankheitsbild vorhanden ist; wenn z. B. die durch die Hepatitis interstitialis bewirkte Verkleinerung der Leber durch fettige oder amyloide Degeneration wieder compensirt wird. Schwieriger

steht es aber oft mit der klinischen Diagnose der Verkleinerung, indem die Perkussion oft unmöglich wird durch Tympanitis des Darms oder durch Hydrops ascites. In solchen Fällen müssen wir auf das werthvolle Symptom verzichten.

Die in der hiesigen Klinik beobachteten Fälle zeigten in dieser Beziehung folgendes Verhalten:

Bei zwei Fällen ergab die Perkussion eine Vergrößerung der Leber; die Symptome bei dem einen Fall bestanden schon seit einem Jahre, waren aber ziemlich gering. In dem andern Krankheitsfalle datirten sich die Anfangssymptome erst seit 11 Tagen.

Bei sieben andern Kranken war die Perkussion der Leber von geringem diagnostischen Werthe, indem sie entweder normale Dämpfung ergab oder überhaupt wegen Tympanitis oder Hydrops ascites nicht auszuführen war. In den übrigen Fällen war die Leberdämpfung deutlich verkleinert.

In Fällen, welche mit exitus lethalis endeten und in welchen die Obduction vorgenommen wurde, ergab letztere jedes Mal eine Verkleinerung der Leber.

In zweiter Linie haben wir die durch die Störung im Pfortaderkreislauf entstandenen Stauungserscheinungen zu berücksichtigen.

Ein fast constantes Symptom der Lebercirrhose ist der Milztumor.

Nach Bamberger ist derselbe von so hohem diagnostischen Werthe, dass das Nichtvorhandensein

desselben kaum die Diagnose auf Hepatitis interstitialis zulässt, während Frerichs die Constanz dieses Symptoms bei der Lebercirrhose bestreitet. In 36 Fällen fand er 18 Mal einen Milztumor.

Das Fehlen des Milztumor ist entweder durch mechanische Verhältnisse bedingt, z. B. durch zu starke Verdickung der Kapsel, welche eine Ausdehnung des Organs verhindert oder aber es bilden sich collaterale Blutbahnen und der Milztumor schwindet wieder durch die Contractilität des Schwellgewebes der Milz. Ueber die Bildung der collateralen Bahnen siehe „Frerichs Leberkrankheiten II, Seite 40, 41 und 42,“ sowie „Kuessner über Lebercirrhose, Seite 1207 und 1208.“

Das Vorhandensein des Milztumors kann verdeckt werden durch starke Tympanitis sowie durch Hydrops ascites.

Die Milzschwellung beruht nicht immer allein auf einer Stauungshyperämie, sie ist vielmehr ihrer Genese nach manchmal der Leberaffection coordinirt. Daher ist auch nicht immer die Volumszunahme der Milz der Stauung proportional.

Von den hier beobachteten Fällen ergab die Perkussion der Milz in 10 Fällen deutliche nachweisbare Vergrößerung der Milz. In allen Fällen, wo die Obduction ausgeführt werden konnte, war Milzvergrößerung vorhanden.

Die Vergrößerung der Milz erklärt sich so leicht und scheint mir auch — wenn nicht oben ge-

nannte Umstände eine Vergrösserung der Milz verhindern — eine so nothwendige Folge von Störungen im Pfortaderkreislaufe zu sein, dass ich geneigt bin, die Constanz des Milztumor in die Symptomatologie der Lebercirrhose aufzunehmen.

Auf denselben Ursachen wie der Milztumor beruht der Hydrops ascites. Frerichs hält ihn für ein constanteres Symptom als den Milztumor.

Die Grösse des Hydrops richtet sich gewöhnlich ebenso wie die des Milztumor nach der mehr oder minder starken Degeneration des Leberparenchyms ferner nach der Ausbildung der Collateralbahnen und nach der veränderten Blutbeschaffenheit. Frerichs fand ihn in zwei Drittheilen seiner Fälle.

Ein Hydrops der unteren Extremitäten ist selten, noch seltener ein Hydrops universalis. Der Hydrops ascites geht gewöhnlich dem der unteren Extremitäten voraus, welcher Umstand von diagnostischem Werth ist, da bei Herz- und Nierenkrankheiten das Umgekehrte der Fall zu sein pflegt. Jedoch warnt Frerichs, diesen Werth allzu hoch anzuschlagen, da nicht seltenen Fälle beobachtet werden, wo bei Lebercirrhose auch ohne Complication mit Herz- und Nierenkrankheiten der Hydrops an beiden Stellen gleichzeitig auftritt.

Zu dem Hydrops ascites treten in nicht zu seltenen Fällen mehr oder weniger ausgesprochene peritoneale Reizungserscheinungen hinzu. Auf diese Weise erklären sich die zuweilen recht starken

Schmerzen im Bauche bei den Kranken, die geringen Fiebererscheinungen etc. Frerichs erwähnt einen Fall, wo in Folge hinzugetretener acuter Peritonitis in 36 Stunden der exitus lethalis erfolgte. Leichte peritoneale Entzündungen constatirte er in 7 Fällen; von diesen hatten sich in 4 Fällen die Entzündungserscheinungen durch Schmerzhaftigkeit des abdomens kundgegeben.

Auch bei verschiedenen cirrhotischen Individuen der hiesigen Klinik deuteten Schmerzhaftigkeit des Abdomen und leichte Temperatursteigerungen auf peritoneale Reizungen hin.

In einem unserer obducirten Fälle waren starke Injectionen des Peritoneum vorhanden. Intra vitam waren dieselben durch Schmerzhaftigkeit im abdomen während der letzten Tage angedeutet worden.

Ich komme noch einmal auf den Hydrops ascites zurück.

Derselbe war in zwölf Fällen vorhanden; elf Mal war er mit Hydrops der unteren Extremitäten complicirt; einmal war Hydrops der unteren Extremitäten allein vorhanden; zu bemerken ist jedoch, dass in diesem Falle die Untersuchung des Urins auch Albumen ergab.

Die Angaben der Patienten, betreffend das Entstehen der hydropischen Ergüsse sind für den Arzt wohl nur wenig massgebend. Denn einmal wird ein geringer Hydrops ascites wohl eher übersehen, wie ein Oedem der Füße, dann aber beobachten sich die

Patienten auch meistens zu wenig, um correcte Angaben über diesen Punkt uns machen zu können.

Ich wundere mich daher nicht, wenn die Anamnese in der Mehrzahl unserer Fälle ein früheres oder doch gleichzeitiges Entstehen des Hydrops der unteren Extremitäten mit dem Hydrops ascites ergeben hat, und lege aus besagten Gründen wenig Gewicht auf die Angaben.

Die pathologischen Erscheinungen von Seiten des tractus intestinalis sind auch theilweise wenigstens auf Stauung im Pfortaderkreislauf zu beziehen. Zum Theil werden sie bedingt durch die gestörte Gallenabsonderung. Denn die Galle ist ein wesentlicher Factor bei einer normalen Verdauung. Dass leichtere Störungen in der Verdauung im Beginn der Krankheit auch durch directen Reiz des Alcohol entstehen können, wie F. Niemeyer meint, ist möglich, ja wahrscheinlich.

Die Anamnese der Cirrhotischen ergiebt in der Mehrzahl, dass die Krankheit mit abnormen Erscheinungen von Seiten des tractus intestinalis mit Appetitlosigkeit, Erbrechen, Schmerzhaftigkeit im Epigastrium, denen sich nach einiger Zeit Obstipation, Meteorismus hinzugesellten, begonnen hat. Diese Störungen bleiben entweder während des ganzen Krankheitsverlaufes bestehen oder sie gehen im weiteren Verlaufe wieder, vielleicht in Folge eines regulirenden Collateralkreislaufes, zurück. In späteren Stadien der Krankheit gehören andauernde Diarrhoen

zu den gewöhnlichen Symptomen der Krankheit. Die Faeces zeigen im Anfange der Krankheit gewöhnlich gar keine Veränderung oder doch nur solche, welche durch die Enteritis bewirkt werden. In spätern Stadien bei aufgehobener oder mangelhafter Gallenabsonderung nehmen sie eine thonartig blasse Farbe an.

Seltener als einfaches Catarrh sind tiefere Störungen. Durch einen Erguss von Blut in die Schleimhaut des Magens oder des Darms, mit folgendem necrotischen Zerfall der Oberfläche entsteht eine hämorrhagische Erosion, durch letztere eine Quelle für Blutungen.

Ferner kommen Fälle vor, in denen geplatzte Varicen die starken Blutungen veranlassen. Dass solche Complicationen direct den exitus lethalis herbeiführen können, ist leicht ersichtlich.

Leichtere pathologische Erscheinungen von Seiten des fractus intestinalis waren in 12 Fällen vorhanden. Die verschiedenen Erscheinungen, wie Obstipation, Meteorismus, Appetitlosigkeit, Erbrechen, Diarrhoen wurden von den Patienten angegeben. In den genannten 12 Fällen waren diese Störungen noch zu der Aufnahmezeit der Patienten in die Klinik vorhanden. In den andern Fällen waren frühere Störungen vom Magen oder Darmkanal anamnestisch zu eruiren. Bei vier Fällen ergab die Obduction die Zeichen einer chronischen Gastritis und Enteritis; ausserdem befand sich in einem Falle ein in Heilung

begriffenes Geschwür in der Nähe der Ileocoecal-
klappe.

In einem andern Falle war durch starke Blutung
eines Magengeschwürs direct der exitus lethalis er-
folgt.

Andere Störungen, durch Stauung im Pfortader-
kreislauf veranlasst, z. B. starkes Oedem der Bauch-
decken, variköse Bildungen auf der vorderen Bauch-
wand etc. boten sich in keinem unserer Fälle in
ausgeprägter Weise dar. Nur waren in einem Falle
als Ausdrücke der venösen Stauung noch Haemor-
rhoidalknoten zu konstatiren.

Von weiteren Symptomen erwähne ich zuerst
den Icterus. Die Entstehung des Icterus erklärt
sich einfach entweder aus einer complicatorischen
Gastritis oder durch Compression der kleineren
Gallengänge durch das neugebildete Bindegewebe
der Leber. Der Icterus ist also als ein Resorptions-
Icterus aufzufassen.

Der durch die Gastritis hervorgerufene Icterus
stellt sich oft zugleich mit den Erscheinungen von
Seiten des Magens im Anfange der Krankheit ein,
um aber gewöhnlich recht bald wieder zurückzu-
gehen. Der in den späteren Stadien auftretende
Icterus ist auf die pathologischen Vorgänge in der
Leber selbst zu beziehen. Ueber die Häufigkeit des
Icterus bei Lebercirrhose divergiren die Ansichten.

Oppolzer und Charcot halten ihn für ein
seltenes Symptom; Leyden und Bamberger für

ein constantes, Frerichs hält leichtere Grade von Icterus für ein gewöhnliches Vorkommniss. Stärkere Grade von Icterus werden durch ein stärkeres Hinderniss für den Abfluss der Galle hervorgerufen, durch Compression der Gallengänge, durch fibröse Narbenstränge (E. Wagner), Anschwellung von Lymphdrüsen (Frerichs).

In unseren Fällen war 9 Mal Icterus vorhanden. Ausserdem liess sich noch in 4 Fällen anamnestisch ein Icterus als früheres Krankheits-symptom eruiren.

Nephritis complicirt zuweilen Cirrhose, doch ist es noch unklar, ob sie eine Folge der letzteren oder durch dieselben Gründe veranlasst ist wie diese.

Zweimal ergab die Untersuchung des Urins Albumin, beide Male musste derselbe durch Stauungs-hyperaemie der Niere erklärt werden.

Die Urinmenge nimmt gewöhnlich an Menge etwas ab, der Urin ist concentrirter, von rother oder brauner Farbe.

Die Reaction auf Gallenfarbstoff etwas Gewöhnliches, war in 14 Fällen vorhanden. In einem Falle wurde in hiesiger Klinik Haematuria vesicalis beobachtet. B. Langenbeck, der eine gleiche Beobachtung machte, glaubt, dass diese Erscheinung auf einen Druck der cava inferior durch die degenerirte Leber bezogen werden könne.

Wir haben ferner noch die Erscheinungen von Seiten der Respirationsorgane zu erwähnen. Bronchial-

katarrh, Hydrothorax etc. compliciren oft in späteren Stadien die Hepatitis interstitialis. Tiefergreifende Processe, wie Pneumonie, Pleuritis etc. leiten, wie Küssner treffend bemerkt, oft den Anfang des Endes ein. Von den hier beobachteten Kranken laborirten 6 an Bronchialkatarrh, 3 an Pleuritis, 2 an Emphysem, 1 an Bronchopneumonie, 1 an Hypostase. Zu erwähnen ist, dass bei den schweren Lungenaffectionen der exitus lethalis immer in der Anstalt noch erfolgte.

Zuweilen neigen die Cirrhotischen zu Blutungen; es ist noch ein streitiger Punkt, ob dieselben durch Alteration der Blutbeschaffenheit oder durch eine Affection der Gefässwände bedingt sind. In unsern Fällen boten sich nach dieser Richtung hin keine Symptome. Von den durch mechanische Verhältnisse entstandenen Blutungen haben wir schon oben gesprochen.

Störungen von Seiten des Nervensystems treten meist oft gegen Ende des Lebens ein und äussern sich in Somnolenz, Delirien, Convulsionen und Koma. Es ist dabei nicht immer Icterus vorhanden.

Da bei Sectionen solcher Fälle nur ausnahmsweise akute gelbe Atrophie, sondern in der Mehrzahl ein Zerfall der Leberzellen in den Parenchymresten nicht vorhanden ist, so glaubt Thierfelder, dass, wenn nicht durch andere Umstände der exitus herbeigeführt werde, die allmählich fortschreitende Atrophie des Drüsenparenchyms ähnliche Gehirn-

störungen hervorrufe, wie die akute Atrophie der Leber.

Unter unsern Fällen wurde bei drei Individuen in den letzten Tagen vor dem exitus lethalis ein abwechselnd delirioser und komatöser Zustand beobachtet. Bei der Patientin, deren Krankengeschichte wir oben im Auszuge mitgetheilt haben, bestanden während des letzten Monats andauernd cholämische Erscheinungen.

Erwähnen will ich noch, dass in einem Falle auch Pachymeningitis bei der Section sich vorfand. Bei der betreffenden Person, einer 69jährigen Frau, war ein bestimmtes ätiologisches Moment nicht nachweisbar. E. Wagner fand bei Cirrhose in 9 Fällen 5 Mal Pachymeningitis.

Es bedarf keiner weitläufigen Erörterung, dass bei einer so tiefen Erkrankung eines wichtigen Organs der Allgemeinzustand der Patienten nach mehr oder minder längerem Bestehen ein immer schlechterer wird.

Ausgeprägte Kachexie ist ein selten fehlendes sekundäres Symptom der Cirrhose. Sie ist theils durch die Funktionsstörung der Leber selbst bedingt, theils durch die hieraus sich entwickelnden pathologischen Erscheinungen anderer Organe. Die Verdauung liegt darnieder; sie leidet unter der Darmaffektion und unter der durch die Stauung im Pfortadergebiet bewirkte Resorptionsstörung. Der Marasmus schreitet mehr und mehr vorwärts und wird

oft durch Albuminurie, Lungenleiden etc. noch mehr vermehrt. Die Prognose ist eine traurige und der exitus erfolgt entweder durch die Darmaffektion, die Lungenaffektion, durch eine Peritonitis, durch Herzschwäche, durch fettige Degeneration der Herzmuskulatur oder die Patienten gehen an den oben geschilderten Hirnerscheinungen zu Grunde.

Die Therapie der Hepatitis zu erörtern gehört nicht zu meinem Thema. Ich spreche nur die Ansicht aus, dass die Prophylaxis gegen unsere Krankheit wohl am meisten zu leisten vermag, indem sie die ätiologischen Momente, besonders den Schnapsconsum, zu bekämpfen hat.

Ich bin am Schlusse meiner Arbeit. Eine kurze Zusammenstellung wie die meinige ist von nur geringem wissenschaftlichen Werth. Mehrere zusammen können auf statistischen Werth einigen Anspruch machen und sollte dazu diese Arbeit etwas beitragen, so ist der Zweck derselben erreicht.



Lebenslauf.

Isaak Spiegel, geboren am 18. December 1855 zu Witten in Westphalen, Sohn des Kaufmanns M. Spiegel und dessen Ehefrau Emma, geb. Rosenthal, mosaischer Confession, genoss den ersten Unterricht in der Elementar- und höheren Bürgerschule seiner Vaterstadt. Später besuchte er die Gymnasien zu Recklinghausen und Rheine in Westphalen. Von letzterem am 24. März 1874 mit dem Zeugniß der Reife entlassen, bezog er Ostern desselben Jahres die Universität Greifswald, um Medicin zu studiren. Hier wurde er von dem derzeitigen Rector, Herrn Prof. Dr. Ahlwardt immatriculirt und von dem damaligen Decan der medicinischen Facultät Herrn Prof. Dr. Mosler in das Album letzterer Facultät eingetragen. Am 18. März 1876 bestand er das tentamen physicum und bezog zu Ostern desselben Jahres die Universität Berlin, blieb daselbst drei Semester und diente gleichzeitig als Einjährig-Freiwilliger im Garde-Füsilier-Regiment. Michaelis 1877 kehrte er nach Greifswald zurück. Am 15. Juli 1878 bestand er das tentamen rigorosum, vom 28. October 1878 bis zum 21. December 1878 legte er die medicinische Staatsprüfung ab.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen und Kliniken folgender Herren Professoren und Docenten:

In Greifswald:

Geh. Rath Prof. Dr. Budge: Lehre von den Knochen und

Gelenken. Allgemeine Anatomie. Ausgewählte Capitel aus der vergleichenden Anatomie. Systematische Anatomie. Präparirübungen. Mikroskopischer Cursus.

Prof. Dr. Baumstark: Physiologische Chemie. Analyse des Harns.

Prof. Dr. Erhr. v. Feilitzsch: Experimentalphysik. Meteorologie und Wärmelehre.

Prof. Dr. Grohé: Cursus der pathologischen Anatomie.

Prof. Dr. Hueter: Chirurgische Klinik. Ueber Operationen am Kopfe. Operationscursus.

Prof. Dr. Landois: Experimentalphysiologie. Entwicklungsgeschichte und Zeugungslehre. Practischer und demonstrativer Cursus der Physiologie.

Prof. Dr. Limpricht: Chemie. Chemisches Practicum.

Prof. Dr. Mosler: Medicinische Klinik.

Prof. Dr. Münter Medicinische Zoologie.

Geh. Medic.-Rath Prof. Dr. Pernice: Geburtshülflche Klinik.

Prof. Dr. Schirmer: Ambulatorium und Augenklinik. Ausgewählte Capitel der Augenheilkunde. Ophthalmoskopische Uebungen. Augenoperationscursus.

Dr. Schüller: Verband- und Instrumentenlehre.

Prof. Dr. Sommer: Vergleichende Anatomie. Lage der Eingeweide.

Prof. Dr. Arndt: Allgemeine und specielle Psychiatrie.

In Berlin:

Prof. Dr. Bardeleben: Allgemeine Chirurgie. Ueber Wunden.

Dr. Fasbender: Theoretische Geburtshülfe.

Prof. Dr. Frerichs: Medicinische Klinik.

Dr. Guttman: Percussion und Auscultation.

Dr. B. Fraenkel: Laryngoskopie und Rhinoskopie.

Prof. Dr. Henoch: Klinik der Kinderkrankheiten.

Prof. Dr. Hirsch: Specielle Pathologie und Therapie.

Prof. Dr. v. Langenbeck: Chirurgische Klinik.

Prof. Dr. Leyden: Propädeutische Klinik.

Prof. Dr. Schröder: Geburtshülflch-gynäkologische Klinik.

Dr. Simon: Syphilis. Ueber Hautkrankheiten.

Prof. Dr. Virchow: Demonstrativer Cursus der pathologischen Anatomie und Mikroskopie.

Prof. Dr. Waldenburg: Auskultation und Perkussion. Laryngoscopischer Cursus.

Allen diesen seinen hochverehrten Herren Lehrern spricht Verfasser an dieser Stelle seinen wärmsten Dank aus. Zu ganz besonderem Danke verpflichtet fühlt er sich Herrn Prof. Dr. Mosler, in dessen Klinik er zwei Monate als Volontärarzt, sechs Monate als Unterarzt zu fungiren das Glück hatte und der ihn bei der Anfertigung der vorliegenden Arbeit mit Material und Rath unterstützte.



THESEN.

I.

Die Entstehung der Hepatitis interstitialis wird in höherem Grade durch Infectiouskrankheiten influirt, als bisher angenommen wurde.

II.

Die subcutanen Injectionen zur Behandlung der lues sind zu verwerfen.

III.

Bei Blutungen in der Nachgeburts - Periode durch Atonie des Uterus ist die Tamponade der Scheide stets contraindicirt.



15147

5450
312