

Beitrag zur Casuistik
der
Addisonschen Krankheit.

Inauguraldissertation
zur
Erlangung der Doctorwürde
in der
Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe,
vorgelegt
der hohen medicinischen Facultät
der
Universität Zürich
den 21. Juli 1860
durch
Edwin Hirzel
von Zürich.

Zürich.
Gedruckt bei J. J. Ulrich.
1860.

Seinem hochverehrten Lehrer

Herrn

D r . W . G r i e s i n g e r

o. ö. Professor der innern Pathologie und Klinik

aus Hochachtung und Dankbarkeit

gewidmet.

V O R W O R T.

In Folgendem lege ich die Geschichte eines interessanten Falles von Erkrankung der Nebennieren, nebst einigen epicrotischen Bemerkungen vor. Als Assistent an der medicinischen Klinik hatte ich Gelegenheit, diesen Fall näher zu beobachten; bei der Ausarbeitung desselben hatte ich mich der Unterstützung des Vorstandes der Klinik, Herrn Prof. Griesinger, zu erfreuen, wofür ich ihm hiermit öffentlich meinen Dank ausspreche.

Die letzten Jahre haben zwar der medicinischen Literatur eine ziemliche Anzahl ähnlicher Fälle von Nebennieren-Erkrankung gebracht, und der meinige dient mehr zur Bestätigung schon von Anderen, namentlich von Addison gemachter Beobachtungen, als zur Aufstellung ganz neuer Sätze. Doch dürfte er wegen mancher Einzelheiten nicht ohne Interesse sein, und jedenfalls als der erste, an unserer Klinik beobachtete Fall dieser seltenen Krankheit eine Veröffentlichung verdienen.

Krankheitsgeschichte.

Es gibt Kranke, bei deren erster Untersuchung man gerade nicht im Stande ist, irgendwelche einzelne, besonders bedenkliche Erscheinung nachzuweisen, bei denen man aber doch gleich unwillkürlich denkt, sie werden das Hospital nicht mehr lebend verlassen. Zu dieser Art von Kranken gehörte das Individuum, dessen Krankheitsgeschichte nun folgt.

Ferdinand Heinrich, 21 Jahre alt, Schlossergeselle von Frankfurt, trat am 21. April 1860 in's Kantonsspital zu Zürich. Sein Vater lebt noch im 62. Jahre und ist gesund, seine Mutter starb schon vor vielen Jahren im Wochenbette.

Seiner Angabe nach war er erst am 19. April nach Zürich gekommen. Kurz zuvor, vom 30. März bis 16. April, war er in Basel im Hospital gelegen. Seine damalige Erkrankung hatte allmählig begonnen, die Hauptsymptome sollen Schwindel, grosse Mattigkeit, viel Husten ohne blutigen Auswurf und Hitze, aber mit steter Neigung zum Frieren, und besonders immer sehr kalten Füßen gewesen sein; auch meinte der Kranke dort oder kurz darauf das Gehör auf dem rechten Ohr verloren zu haben. Er verliess das Basler Hospital angeblich ganz hergestellt. Am Abend seiner Ankunft in Zürich bekam er einen Schüttelfrost mit geringer darauf folgender Hitze und Schweiss und zugleich etwas Stechen im linken Thorax. Von dort an fröstelte er viel; am 20. April Morgens soll auf Genuss von Wurst ein ziemlich reichliches Blutbrechen erfolgt sein. — Diese spärlichen

Angaben konnten nur mit grosser Mühe von dem einsilbigen apathischen Kranken gewonnen werden.

Die Untersuchung bei seinem Eintritt ergab einen wohlproportionirten, etwas gracilen Körper von mittlerem Ernährungszustand, eine gelbbraunliche Hautfarbe, die aber damals noch nicht die volle Aufmerksamkeit erregte, und einen Ausdruck von Mattigkeit, Apathie und psychischer Depression, der mit den objektiven Erscheinungen nicht harmonirte; der gleichgültig nach der Seite hängende Kopf, die ganz schwache lispelnde Stimme, der matte Blick gaben seiner Erscheinung etwas Ungewöhnliches; die Hautwärme war mässig vermehrt, der Puls 114, von mittlerer Völle, Zunge rein, Durst stark, Appetit ganz fehlend, etwas Kopfschmerz, kein Schwindel. Etwas Stechen in der Herzgegend und die Percussion daselbst etwas schmerzhaft, Spitzenstoss im fünften Intercostalraum, einwärts von der Brustwarze, Herzmattigkeit geht herauf bis zur vierten Rippe, Herztöne rein. Mehrere Gelenke zeigen Schmerz und Empfindlichkeit auf Druck, das linke Handgelenk und mehrere Fingergelenke sind dabei mässig geschwollen, und eine Stelle am rechten Handgelenke ist schon auf Berührung sehr empfindlich und etwas geröthet; nächst dem ist das linke Schultergelenk und beide Kniegelenke schmerzhaft. Es musste demgemäss die Diagnose auf acuten Rheumatismus mässiger Intensität gestellt werden, wobei das besondere psychische Verhalten des Kranken einigermassen die Besorgniss eines möglichen raschen Eintritts einer rheumatischen Hirnaffection erweckte. (Nitrum. Cucurbitae in die Herzgegend.) Schon am andern Tage waren die Gelenksaffektionen ermässigt, es waren mehrmals Palpitationen eingetreten, am Herzen aber nichts Objektives nachweisbar; Patient hatte viel Husten mit katarthalischem Auswurf, Puls 90; das apathisch-matte Wesen des Kranken war noch sehr auffallend. Von jetzt an bis zum 28. April nahmen unter Fortgebrauch von Nitrum die Gelenksaffektionen immer mehr ab, Patient

klagte nichts mehr und schien sich zu erholen; gelegentlich kam eine angeblich spontan entstandene, starke Balanitis mit Phimose zur Cognition, wegen welcher hauptsächlich er von da an noch im Hospital blieb; dabei war das linke Knie wieder von Zeit zu Zeit schmerzhafter, wesshalb einmal ein Vesicans an dasselbe gesetzt wurde. So vergingen mehrere Wochen, wo der Zustand des Kranken als eine langsame Erholung von acutem Rheumatismus betrachtet werden konnte.

Am 21. Mai fing eine neue Reihe von Symptomen an.

Der Kranke, der in der letzten Zeit sich etwas munterer und theilnehmender gezeigt, und wieder ordentlich gegessen hatte, bot auf einmal wieder, und jetzt noch mehr als früher, das Bild der grössten Apathie, Muthlosigkeit und Traurigkeit, er verlor vollständig den Appetit, es trat häufiges Erbrechen ein, und zum ersten Male klagte er über Schmerzen in beiden Nierengegenden, die durch Druck vermehrt wurden; die Zunge war rein, der Unterleib klein und weich, der Urin reichlich und ziemlich blass, ohne Eiweiss; es stellte sich einmal Nasenbluten ein. Er klagte zuweilen über lästiges Hautjucken am ganzen Körper; oben an der Brust um das Manubrium sterni und die Claviculargegenden fand sich ein sparsames Exanthem, aus dunkelrothen Roseolaflecken bestehend, die etwas grösser als die typhoesen Roseolae und am Rande auffallend stark verwaschen waren, häufig auch auf ihrer Mitte ein sehr feines Bläschen zeigten. Am 22. Mai Abends Temperatur 38,5, Puls 132.

Am 23. Mai Morgens. Patient hatte gar nicht geschlafen, in der Nacht hatte sich das Erbrechen sehr häufig wiederholt. Das Erbrochene war sehr copios, stark gallig gefärbt, die Zunge rein und feucht, die Magengegend nicht empfindlich. Der Urin klar, hellgelb, Puls 120, sehr klein. Die Nierengegend auf Druck nicht mehr schmerzhaft. Das roseoloese Exanthem auf der Brust ist verschwunden, findet sich nun aber in ganz gleicher Weise in der Gegend beider Kniee und von dort an

etwas abwärts; dasselbe ist vollkommen schmerzlos, das Hautjucken hat wieder aufgehört. Man hört, dass Pat. hier und da, doch selten hustet, er selbst stellt es ganz in Abrede. Der Ausdruck tiefer gemüthlicher Depression ist wie bisher im Habitus, in jeder Bewegung und Aeusserung des Kranken zu erkennen.

Diese eigenthümliche und sonderbare Symptomenreihe, zusammengehalten mit der offenbar in den letzten Tagen stärker gewordenen dunklen Hautfärbung und einer jetzt zum ersten Male bemerkten, schwarzfleckigen Beschaffenheit der Unterlippe erregte an diesem Tage zum ersten Male den dringenden Verdacht der Addisonschen Krankheit. Ein daraufhin angestelltes, wiederholtes Examen, vom Patient freilich nur dürftig beantwortet, ergab Folgendes:

Oeftere Schmerzen in beiden Nierengegenden habe er schon seit drei Jahren; seit einem Jahre haben seine Kräfte merklich abgenommen, so dass er die Arbeit, die ihn auch früher schon über seine Kräfte angestrengt, oft habe aussetzen müssen; traumatische Einwirkungen auf die Nierengegend haben sicher nie stattgefunden. Er sei allmählig magerer geworden und seine früher blühende Gesichtsfarbe habe auch vor circa einem Jahr angefangen, in einer ihm selbst und Andern bemerklichen Weise sich in's Braungelbe umzuwandeln und es habe dies seither allmählig zugenommen; gelbe Färbung der Conjunctiva sei nie vorhanden gewesen.

Die nun noch einmal, natürlich mit dem grössten Interesse untersuchte Hautfärbung zeigte folgendes Verhalten: Gesicht, Brust und Extremitäten zeigen eine ziemlich gleichförmige, hellgelbbräunliche, etwa einem dunkeln Milchkafee ähnliche Färbung, mehr gelblich und graulich als eine Sonnenverbrennung, eine Färbung, wie sie nach Herrn Prof. Griesinger vielen Berberinern zukommt; am dunkelsten, ganz graubraun, war die Farbe des Unterleibs, die Achselhöhlen schienen nicht dunkler gefärbt als ihre Umgebung, ebenso

wenig die Hände; an den untern Extremitäten zeigten sich stellenweise verwaschene, dunklere Flecken; dabei das ganze Hautcolorit sehr matt, vollkommen glanzlos, die Conjunctiva bläulich-weiss; man überzeugte sich wiederholt, dass die dunkeln Flecke der Lippen sich nicht wegwaschen liessen.

Die auf's Neue vorgenommene Untersuchung der Lungen ergab links oben einen etwas kürzern Schall und daselbst hinten eine stark tönende, der bronchialen sich nähernde, zeitweise stark unterbrochene Expiration.

Unter diesen Umständen wurde nun die Diagnose: Tuberculose, überwiegend im linken obern Lungenlappen, und eine, wahrscheinlich auch tuberculoese Degeneration der Nennieren (Addison'sche Krankheit), ausgesprochen.

Therapie: Morph. mur. und Liq. anodynus, Sinapismen, Selterswasser.

Den 23. Mai Abends. Patient hat im Laufe des Tages Alles, Getränk, Bouillon, Arznei, augenblicklich wieder erbrochen. Das Erbrochene ist sehr copios, dünn und gallig gefärbt, es enthält einen kleinen Klumpen blutig gefärbten Schleim. Puls 138, sehr klein, Temp. 37,0° C, Unterleib sehr klein und weich, keine Stühle. Patient sieht sehr verstört und gänzlich verfallen aus, er liegt meistens mit gespreizten Extremitäten auf dem Rücken, wirft sich dann wieder uruhig hin und her und bricht in lautes Stöhnen aus; nur mit Mühe ist er hier und da zu einer kurzen Antwort zu bewegen. Er gibt an, nirgends mehr Schmerzen zu haben; hier und da spricht er etwas irre, zuweilen kommen leichte Zuckungen des ganzen Körpers.

Therapie: Weinklistiere. Contin. Ordin.

Am 24. Mai Morgens fühlte sich Patient wie Abends zuvor, doch war das Erbrechen etwas seltener geworden und er behielt hier und da das Genossene bei sich. Puls 120, sehr klein, Temp. 38,5; um das linke Knie ist noch das Roseola-exanthem sichtbar. Schwäche und Apathie sind extrem. Man bemerkt bei der Untersuchung des Kranken, dass die Haare

massenhaft in Büscheln ausfallen. Bald nach Mittag erfolgt der Tod.

Obduction

am 25. Mai, Abends 5 Uhr.

Der Körper von mittlerer Grösse, etwas mager, doch von gerundeten Formen, starke Todtenstarre, wenig Senkungsflecken. Die Färbung der Haut ist an der Leiche ebenso stark und in gleicher Weise wie am Lebenden zu bemerken, Gesicht und Extremitäten zeigen mehr ein blasses Gelbbraun, der Unterleib mehr die graubraune Färbung, der Panniculus adiposus ziemlich dick, die Muskulatur etwas trocken und rothbraun.

Das Schädeldach dünn, leicht; die Dura und die zarten Hirnhäute ohne Veränderung, die letzteren blutarm, ebenso die Plexus chorioidei, die Hirnsubstanz etwas weich. — Im Herzbeutel ein Esslöffel voll Serum, das Herz schlaff, blass, im rechten Herzen reichliche, feste, mit der innern Herzwand verfilzte Fibringerinnsel mit wenigem dunklem, locker geronnenem Blute; alle Klappen zart. — Beide Pleurasäcke leer. Die linke Lunge hinten und oben umfänglich mit der Brustwand verwachsen, an ihren vordern Rändern emphysematoes; ihr oberer Lappen ist zum grösseren Theile luftleer, verdichtet, stellenweise knorplig-fest, grauweiss, mit stellenweiser dunklerer Pigmentirung, auf der Schnittfläche trocken, mit sehr reichlichen, körnigen Einlagerungen; gerade in der Mitte dieser Stelle findet sich eine Höhle von der Grösse und Form einer kleinen Pflaume mit vollkommen ebener, glatter Innenfläche und festen Wandungen; an der ganzen Peripherie dieses Lappens findet sich noch viel lufthaltiges, leicht oedematoeses Lungengewebe. Auch im untern Lappen der linken Lunge finden sich oben noch ziemlich viele Nester von Miliartuberkeln; das Lungengewebe ist sonst lufthaltig, von mittlerem Blutgehalt. — Die rechte Lunge nur an ihrem

obersten Theile mit der Brustwand verwachsen, die Lungenspitze zeigt tiefe, narbige Einziehungen, mit schwieliger Verdickung der Pleura, die sich stellenweise tief und schwarz pigmentirt in das Lungengewebe fortsetzt und mit mehreren grossen Emphysemlasen versehen ist; im Innern findet sich eine bohngrosse, mit einem dicken Kalkbreie gefüllte, und von schwarz pigmentirten Wandungen umgebene Höhle; die übrige Lunge normal, blutarm.

Die Leber von mittlerer Grösse, etwas schlaff, zäh, dunkelbraun, mässig bluthaltig. Die Galle reichlich, syrupdick, dunkelbraun. — Die Milz gross, im Längendurchmesser 14—15, in der grössten Breite 9, in der grössten Dicke 3 Ctm. messend; das Gewebe weich, mürbe, rothbraun, die Malpighischen Körper stark sichtbar.

Die Magenschleimhaut blass. Die Drüsen um den Kopf des Pancreas beträchtlich geschwollen, fest, zum Theil schwärzlich pigmentirt, zum Theil mit gelblichen, speckigen, von dem graulichen Grunde scharf abstechenden Einlagerungen versehen. — Das Pancreas von gewöhnlicher Grösse, grobkörnig.

Die Schleimhaut des Dünndarms blass, mit stellenweiser leichter grauer Pigmentirung. Die Solitärfollikel sind vom Duodenum an durch den ganzen Dünndarm beträchtlich geschwollen, viele derselben bis hanfkorngross, fest, stark prominirend, so besonders im obern Jejunum; weiter abwärts erreichen nur wenige von ihnen mehr diese Grösse, die meisten sind stark stecknadelkopfgross. Die Peyerschen Drüsen, die hier weit herauf ins Jejunum gehen, sind vielfach leichter oder stärker geschwellt, zum Theil erscheinen sie als ziemlich prominirende Platten, auf denen die gehäuft stehenden, geschwellten Follikel einzeln zu unterscheiden sind und in welche leicht geschwollene Schleimhautfältchen hineinlaufen; mehr nach abwärts im Ileum finden sich an mehreren solchen Peyerschen Platten auch die Follikel ausgefallen und an ihren Stellen runde, stecknadelkopfgrosse

Löcher, und zwei in angegebener Weise veränderte Peyersche Platten zeigen kleine, circa erbsengrosse Verschwürungen, eine derselben mit unterminirten Rändern; auch einige Verschwürungen der Solitärfollikel mit pigmentirter Umgebung finden sich im Ileum. Im Endstück des Ileum endlich, unmittelbar über der Klappe sind die dort befindlichen Peyerschen Drüsenkörper in toto geschwollen, auf ihrer Oberfläche mit seichten, zum Theil deutlich von ausgefallenen Follikeln herührenden Erosionen besetzt und die einzelnen Follikel derselben, sowie viele Solitärfollikel schwarz punktirt. Nirgends im Dünndarm zeigt sich die Spur eines tuberculösen Processes. Die Mesenterialdrüsen mässig geschwollen, fest, härtlich, an vielen Stellen grau pigmentirt.

Im Coecum finden sich unmittelbar unter der Klappe mehrere die ganze Schleimhaut zerstörende Geschwüre von unregelmässigem, wie zerfressenem Aussehen und dunkler Pigmentirung, stellenweise mehrere Linien tief unterminirt und mit Schleimhaut-Brücken besetzt, an andern Stellen an den Rändern in Ueberhäutung und Vernarbung begriffen. In der Mitte des Colon transversum findet sich ein ähnliches, $1\frac{1}{2}$ Zoll breites, ganz zerfressenes und stark pigmentirtes Ringgeschwür, auf dessen Fläche viele noch erhaltene Schleimhautreste in unregelmässigen Zügen durcheinanderlaufen; die Solitärfollikel des Dickdarms fast durchaus schwarz punktirt.

Zum Behufe der Untersuchung der Nebennieren wurden Darm, Leber, Zwerchfell ganz entfernt. Der obere Theil der rechten Nebenniere war mit der angrenzenden untern Leberfläche so innig verwachsen, dass er nur mit dem Messer davon getrennt werden konnte, ebenso war die linke mit dem umgebenden Bindegewebe ungewöhnlich fest verbunden. Beide Nebennieren sind mässig vergrössert, haben aber ihre Form und Lage ganz beibehalten, die rechte misst im grössten Querdurchmesser 5, im grössten schiefen Durchmes-

ser 5,8 Ctmr., in der grössten Dicke 1,6 Ctmr.; die linke im grössten Querdurchmesser 4,8, im grössten schiefen Durchmesser 5,3, in der grössten Dicke 1,7 Ctmr. An beiden Organen ist von ihrer normalen Structur fast gar nichts mehr zu bemerken. Sie sind in ein derbes, weissliches, ziemlich homogenes Gewebe verwandelt, in welchem eine Menge bald festerer, bald weicherer, weiss-gelblicher Einlagerungen liegen. Diese bilden Heerde von der Grösse eines Hanfkorns bis einer grossen Bohne, sind im Innern der Nebenniere (an der Stelle der Marksubstanz) dicht an einander gehäuft, finden sich aber, obschon viel sparsamer, auch in der äussersten Schicht dicht an der Oberfläche. Die gelbliche Masse dieser Einlagerungen ist stellenweise auf dem Durchschnitte glatt, speckig, glänzend und fest, an vielen anderen Stellen weicher, von mehr käsiger Beschaffenheit, so dass sie sich als breiig erweichte Masse aus Hohlräumen mit glatter Innenwand herausheben lässt; stellenweise ist sie ganz verflüssigt, einem dicken, gelben Eiter ähnlich.

Die mikroskopische Untersuchung, welche Herr Prof. Dr. Frey (Verfasser der Monographie über die Anatomie der Nebennieren in Todds Cyclopädia) bestätigte, ergab eine so vollständige Degeneration, dass von dem normalen Gewebe der Nebennieren nirgends mehr eine Spur gefunden werden konnte. Die graugelben Massen bestanden da, wo sie noch fester waren, zum grössten Theile aus kleinen Kernen, an den verflüssigten Stellen neben den Kernen aus viel Detritus und Fett.

Beide Nieren von normaler Grösse, Form und Beschaffenheit, das Gewebe blutarm, die Hülle stellenweise adherent. Die die Aorta umgebenden Retroperitonealdrüsen zeigen die gleichen Veränderungen, wie sie oben bei den epigastrischen Drüsen angegeben worden sind.

Die mikroskopische Untersuchung der Haut ergab, wie schon in mehreren Fällen Addisonscher Krankheit gefunden

wurde, dass die Pigmentirung im Rete Malpighi ihren Sitz habe; die kleinen Zellen desselben waren braun gefärbt, ihre Kerne aber farblos, von normalem Verhalten. An den schwarzen Flecken der Lippen zeigte sich die Färbung an derselben Stelle, und ausser der braunen Färbung der jungen Zellen hatten sich hier noch viele unregelmässige, dunkle Pigmentkörner abgelagert. Herr Prof. Dr. Frey hatte die Güte, auch diese Beobachtung zu bestätigen.

Epicrise.

Unser Kranker litt unzweifelhaft an Lungentuberkulose. Ist er deshalb der Lungentuberkulose erlegen?

Sicher nicht. Die Lungentuberkulose war wenig ausge dehnt, alt; die Krankheitserscheinungen waren, abgesehen von einigen physikalischen Zeichen, gar nicht die der Lungen tuberkulose, der Marasmus entsprach gar nicht dem tuberkulösen Marasmus, das Fett war reichlich erhalten, es fehlten Nachtschweisse, Diarrhöen, hektisches Fieber.

Es war aber bei dem Kranken eine andere ganz ungewöhnliche Reihe von Erscheinungen vorhanden, die nichts mit der Lungentuberkulose zu thun haben, nämlich die braune Hautfarbe, die schwarzen Flecke an den Lippen, die zum Zustande der Ernährung ganz unverhältnissmässige Muskelschwäche, die von Anfang an auffallende, gemüthliche Depression, das fast unstillbare Erbrechen, welches dem Tode einige Tage vorausging und dem keine Veränderung am Magen entsprach.

Diese Erscheinungen, vor Allem die anomalen Pigment bildungen stimmen mit dem überein, was man in neuester Zeit in einer nun beträchtlichen Anzahl von Fällen bei Erkrankungen der Nebennieren beobachtet hat; man wird deshalb berechtigt sein, sie auch in unserem Falle, als im Zusammenhang mit dieser Erkrankung stehend zu betrachten

und zu sagen: Der Kranke litt nicht nur an Lungentuberkulose, sondern auch an Addison'scher Krankheit, d. h. an einem eigenthümlichen, mit der Erkrankung der Nebennieren zusammenhängenden constitutionellen Leiden mit brauner Hautverfärbung.

Die Erkrankung der Nebennieren scheint schon 3 Jahre vor dem Tode begonnen zu haben, denn so lange schon hatte der Kranke öftere Schmerzen in der Gegend jener Organe. Dieselben zeigten sich auch für die feinere Untersuchung vollkommen zerstört, und man wird der Zeit nach annehmen dürfen, dass die braune Hautfärbung, die der Kranke mit Sicherheit seit $\frac{3}{4}$ —1 Jahre datirt, erst eintrat, nachdem die Nebennieren schon die tiefsten Veränderungen erlitten haben mussten. Es stimmt dies mit den späteren Erfahrungen an verschiedenen Orten und in Guys-Hospital selbst, wo Addison vor 5 Jahren seine wichtige Entdeckung machte, überein, dass nämlich die am meisten charakteristischen Fälle der Addison'schen Krankheit diejenigen seien, wo bei geringer oder ganz mangelnder Erkrankung anderer Organe und tiefer, besonders speckig-tuberculöser Degeneration der Nebennieren das Leiden mehrere Jahre gedauert habe *); wir dürfen unsern Fall in der That für ein exquisites Beispiel gerade dieser Form oder dieses Verlaufes der Erkrankung halten.

Aber neben dieser räthselhaften Combination der Nebennierenerkrankung mit der Hautverfärbung etc. bietet der Fall in seinen Symptomen und selbst in seinem Leichenbefunde noch manches weitere Räthselhafte.

Was mag wohl die acute Krankheit in Basel gewesen sein, an der er kurze Zeit, ehe er zu uns kam, litt? Eine gütige, von dort erhaltene Mittheilung versichert, dass er damals bestimmt keinen Typhus gehabt, sondern an Er-

*) Vgl. Wilks, lect. on path. anat. Lond. 1859. p. 351.

scheinungen eines Lungen- und Intestinalkatarrhes gelitten habe, die sich mit dem Leichenbefunde sehr wohl zusammenreimen lassen, hinter denen sich aber bei einer so schweren constitutionellen Krankheit noch manche andere, für jetzt unauffhellbare, pathologische Vorgänge versteckt haben können.

Ist aber nicht am Ende das Leiden, an dem er bei uns erlag, gar Typhus gewesen? Der Leichenbefund in der Schleimhaut des Dünndarms könnte diesen Verdacht erwecken. — Allein die Schwellung der Solitärfoellikel ging bis ins Duodenum herauf, war evident chronischer Art, die Erkrankung der Peyerschen Drüsen gehörte ganz demselben Prozesse an, wie die der Solitärdrüsen *), die Ulcerationen im Dickdarm waren sicher von der sog. katarhalischen Art, die 2—3 kleinen Geschwüre auf den Peyerschen Platten ist man gewiss unter diesen Umständen berechtigt, auch für catarrhalische zu erklären (wenn gleich dies selten vorkommt); die Erkrankung der Mesenterialdrüsen endlich ist nur ein Theil einer allgemeinen Erkrankung der Lymphdrüsen in der Unterleibshöhle, und auch hier trägt der Process den Charakter des Chronischen an sich. Es war also ein ausgebreiteter und intensiver, chronischer Darmkatarrh und eine chronische Lymphdrüseninfiltration vorhanden, wie solche schon mehrfach bei der Addisonschen Krankheit beobachtet wurden, wie sie übrigens bei vielen Tuberculösen, auch ohne Addisonsche Krankheit vorkommen.

In unser Hospital trat der Kranke mit einem Leiden, das unter dem Bilde eines leichteren acuten Rheumatismus erschien. Die Glieder- und Gelenkschmerzen hätten uns sicher nicht veranlasst, dasselbe so aufzufassen; aber die vor-

*) Auch in dem Falle von Hochgesandt (Wagner, über die Addisonsche Krankheit, Dissert. Giessen 1858 p. 72) waren die Solitärdrüsen und die Plaques im untern Ileum geschwollen und dabei Schwellung der Mesenterialdrüsen.

handenen leichten Schwellungen an einzelnen Gelenken schie-
nen kaum eine andere Annahme zuzulassen. Doch gibt es —
Herr Prof. Griesinger behält sich die Publikation seiner Be-
obachtungen über diesen Punkt für später vor — Fälle von
acuten multiplen Gelenksaffectionen neben bestehenden
anderweitigen chronischen Leiden, welche, obschon
entfernt nicht pyaemischer Natur, doch mit dem Prozesse
des gewöhnlichen acuten Rheumatismus durchaus nicht iden-
tisch sein dürften, und auch in unserm Falle besteht der Ver-
dacht, dass die febrile Glieder- und Gelenksaffektion in einem
inneren Zusammenhange mit der chronischen Hauptkrankheit
gestanden habe; in welchem? sind wir freilich nicht anzuge-
ben im Stande.

Das roseolose Exanthem, das mit der heftigen Verschlim-
merung in den letzten Krankheitstagen erschien, das sich
übrigens nach Form und Sitz auch sehr von der typhösen
Roseola unterschied, ist unseres Wissens noch nie bei den
hier vorliegenden Processen bemerkt worden, und verdient
gewiss als eine sehr interessante Erscheinung alle Beachtung.
Das heftige, anhaltende, einen Tag lang ganz unstillbare
Erbrechen ist schon in einer ganzen Reihe anderer Fälle
Addison'scher Krankheit (von Addison selbst, Hutchinson u. A.)
beobachtet worden; es wurde von Einigen — wir lassen un-
entschieden, mit welchem Rechte — aus der Affection der
den Nebennieren nahe gelegenen Unterleibsnerven erklärt.

Ueber die Addison'sche Krankheit im Allgemeinen, nach
dem Vielen, was in den letzten Jahren darüber beobachtet
und verhandelt worden ist, eine ausführliche Abhandlung zu
geben, liegt nicht in unserer Absicht; doch fordert ein so
schöner Fall wie der unsrige, wenigstens zu einigen Bemerkun-
gen in dieser Richtung auf. Er bietet einmal wieder
ein neues, während des Lebens diagnosticirtes Beispiel des
Zusammenvorkommens einer schweren und totalen Degenera-

tion der Nebennieren mit einer eigenthümlichen Form von Marasmus. Dieser charakterisirt sich nach sämtlichen bisherigen Beobachtungen einerseits durch die Hautverfärbung, als deren Sitz gleich von den ersten Untersuchungen in England an (1856) das Rete Malpighi nachgewiesen wurde, und welche alle Nuancen von Braun bis zum Schwärzlichen darbieten kann; sie erscheint in der Regel zuerst an den dem Lichte ausgesetzten Stellen und wird manchmal auch später dort am bedeutendsten, in anderen Fällen zeigt die Gegend der Genitalien, die Achselhöhle, die Umgebung der Brustwarze die intensivste Färbung; oft finden sich am Körper zerstreut einzelne dunklere Stellen, oft auch schwarze Flecke an der Schleimhaut der Mundhöhle und den Lippen, während die Conjunktiva immer unverfärbt, bläulich-weiss bleibt. Andererseits charakterisirt sich dieser Marasmus durch immer zunehmende Muskelschwäche und Anaemie ohne ganz entsprechende Abmagerung, durch eminente Gemüthsdepression, Appetitlosigkeit und unbestimmte Verdauungsstörungen, öfters mit Anfällen von hartnäckigem Erbrechen, zuweilen mit Diarrhoe; dabei sind hier und da dumpfe Schmerzen in der Gegend der Nebennieren vorhanden; in seltenen Fällen kamen auch schon Neuralgien, Krämpfe, übelriechende, locale Schweisse zur Beobachtung. Das Leiden scheint immer tödtlich.

Der Zusammenhang der Hautverfärbung und des Marasmus einerseits und der Nebennierenerkrankung andererseits scheint uns nun durch so zahlreiche (in wenigen Jahren über 60) positive Beispiele erhärtet, dass er nicht mehr bezweifelt werden kann. Die scheinbar entgegengesetzten Fakta vermögen die Thatsache dieses Zusammenhanges, so unerklärlich derselbe sein mag, nicht zu widerlegen. Es ist wahr, man kann Thieren die Nebennieren extirpiren und sie leben fort; aber ist damit jener Zusammenhang widerlegt? Auch die Milz hat man schon oft herausgeschnitten ohne schwere Folgen für

die Thiere. Wer wollte deshalb die Milz für ein Organ von geringer pathologischer Dignität halten? Wer wollte deshalb läugnen, dass gewisse Erkrankungen dieses Organes von den schwersten Störungen im Ganzen des Organismus begleitet sind (z. B. bei der Leukaemie, der Intermittens-Cachexie)?

Ebensowenig wird die Thatsache jenes Zusammenhanges dadurch widerlegt, dass auch schon einige (relativ wenige) Fälle von Nebennierenerkrankung ohne Hautverfärbung beobachtet wurden. In der gleichen Weise könnte man den Zusammenhang der Brightschen Nierenerkrankung mit dem Hydrops, den Zusammenhang des Icterus mit manchen Leberleiden, den Zusammenhang der Peyerschen Drüsenerkrankung mit dem typhösen Prozesse anfechten, weil es auch Fälle von Brightscher Krankheit ohne Hydrops, Leberkrankheiten ohne Icterus, Peyersche Drüsenerkrankungen (z. B. Tuberculose) ohne Typhus gibt.

Und wenn man hinwiederum auch schon Fälle von brauner Hautverfärbung ohne Nebennierenerkrankung gefunden haben will, so sind hier vor Allem einzelne, zum Theil grobe Verwechslungen (sogar mit Pityriasis versicolor!) zu eliminiren, und es ist sodann wohl von Niemanden noch behauptet worden, dass Nebennierenerkrankungen die einzige Quelle anomaler, dunkler Pigmentbildungen seien. Dass bei der Brightschen Krankheit der Hydrops in nahem innerem Zusammenhange mit der Nierenerkrankung stehe, kann man nicht dadurch widerlegen, dass es auch Hydrops aus anderen Ursachen, ohne Brightsche Krankheit gibt.

Die Brightsche Krankheit konnte, weil sie ein häufiges Leiden ist, bald nach ihrer Entdeckung immer und überall leicht constatirt werden und erregte deshalb jene Zweifel nicht. Addisons vielleicht noch schönere Entdeckung hat sich wegen der viel grösseren Seltenheit des Leidens bis jetzt in dem Stadium befunden, wo eine zum Theil gründliche und

berechtigte, zum Theil aber auch sehr oberflächliche Kritik ihr selbst die Existenz streitig machen konnte.

Sehr auffallend ist es, wie namentlich in Deutschland und in der Schweiz die Krankheit selten zu sein scheint. So finden wir unter circa 70,000 Kranken, welche in den vier Jahren 1856—58 in das Wiener allgemeine Krankenhaus aufgenommen waren, in den Berichten keinen einzigen Fall von Addisonscher Krankheit erwähnt (ein Fall scheint doch bei Oppolzer vorgekommen zu sein, s. Wiener med. Zeitung 1857, No. 30 u. 31); aus der Schweiz ist uns noch kein einziger Fall bekannt; die französischen Hospitäler lieferten in den letzten zwei Jahren nur sehr vereinzelte Fälle; die beträchtliche Zahl der Beobachtungen aus England scheint dagegen für relative Häufigkeit in diesem Lande zu sprechen *).

Nach den bisherigen Beobachtungen sind es ganz vorzüglich totale, speckig-käsige, oft mehr oder weniger kalkige, d. h. tuberculöse Degenerationen der Nebennieren, welche den charakteristischen Symptomen-complex ergeben. In unserm Falle dürfte die tuberculöse Erkrankung der Nebennieren sehr wahrscheinlich der Lungentuberculose geraume Zeit vorausgegangen und die erste tuberculöse Affection des Körpers gewesen sein. Es liegt aber selbst schon eine Anzahl vollkommen

*) Herr Prof. Griesinger hat im Sommer 1857 in Württemberg einen Fall consultatorisch gesehen, der ohne Zweifel auch Addison'sche Krankheit war, aber nicht obducirt werden konnte. Es war ein circa 50jähriger Geistlicher; die Erscheinungen bestanden in extremem Marasmus mit der auffallendsten Relaxation aller Muskeln der Extremitäten, einer Hautverfärbung, die im Gesicht dunkelbraun (bistre), am Thorax und Unterleib mehr graugelb oder graubraun war, öfteren Bauchschmerzen mit Verstopfung oder schleimigen Stühlen und tief eingezogenem Unterleib, ohne Erbrechen, aber Belästigung durch alle Speisen; Husten trat erst 3 Wochen vor dem Tode ein. Die genaueste Untersuchung aller Organe liess nichts erkennen, als in der Tiefe des Unterleibs gerade an der stark klopfenden Aorta einige, circa nussgrosse, der Länge nach an der Wirbelsäule liegende Anschwellungen.


überzeugender Beobachtungen vor, welche zeigen, dass auch Nebennierentuberculose ohne alle Lungentuberculose und selbst ohne alle Tuberculose irgend eines andern Organes vorkommt. (Medical Times 1856. I. Pag. 581, 1856. II. Pag. 290, 1858. I. Pag. 503, 1857. I. Pag. 35, 1857. II. Pag. 36, 1858. II. Pag. 60; auch der oben angeführte Fall von Hochgesandt gehört hierher). Es spricht gewiss schon für eine besondere Bedeutung und für eigenthümliche Funktionsverhältnisse dieser kleinen Organe, dass sie zuweilen so ganz allein ohne irgend ein anderes inneres Organ, symmetrisch und zugleich, schwer erkranken.

Vom Krebs der Nebennieren gibt es wohl auch einzelne Beobachtungen (Mettenheimer), wo er von der dunkeln Hautverfärbung begleitet war (die sonstige Kachexie ist hier bei der gleichzeitigen Krebskachexie nicht recht zu erkennen). Aber noch zahlreicher sind die Fälle, wo carcinomatöse Erkrankungen der Nebennieren, oft mit multiplem Krebs anderer Organe, ohne braune Hautverfärbung beobachtet wurden (Peacock u. A.). Es dürfte wohl nicht der tuberculöse oder der carcinomatöse Process selbst sein, von dem diese Differenzen herrühren, sondern wir halten die Erklärung englischer Beobachter (Hutchinson) für zulässig, dass es sich bei diesen Carcinomen meistens um frische, mitunter dem Tode kurz vorangehende Krebsbildung in den Nebennieren handelte, und dass zur Ausbildung des eigenthümlichen Störungcomplexes mit der braunen Hautfärbung und dem endlichen lethalen Ausgang eine längere Zeit — vielleicht von mehreren Jahren — erforderlich sei.

In dieser Beziehung ist es allerdings sonderbar, dass eine länger dauernde Zerstörung der Nebennieren zur Hervorrufung der eigenthümlichen oben beschriebenen Symptomenreihe nothwendig scheint und dass andererseits auch schon Fälle vorgekommen sein sollen, wo jene Folgen auch schon bei Degeneration bloss einer Nebenniere eingetreten waren.

Es scheint, dass oft erst nach vollständiger Degeneration der Nebennieren die braune Hautfärbung eintritt; mit dieser besteht das Leben dann öfters noch über 1 Jahr lang; man möchte hieraus vermuthen, dass nicht sowohl die Nebennierenfunction selbst eine für die Erhaltung des Lebens nothwendige sei, sondern vielmehr, dass die Degeneration der Nebennieren allmählig eine Verwicklung weiterer, untritiver Störungen nach sich ziehe, welche lethal werden, und dass vielleicht auch schon die totale Degeneration eines der beiden Organe diese Folgen nach sich ziehen könne. — Welches die eigentlichen Vorgänge bei diesen Folgen sind, ob sie vielleicht von Störungen in den splanchnischen Nerven ausgehen, ob sie direkt chemische sind, dies wird, wie noch so mancher andere dunkle Punkt und mancher scheinbare Widerspruch in unserer bisherigen Kenntniss dieser interessanten Krankheit, durch künftige weitere Beobachtungen aufzuhellen sein. Denen aber, welche wegen des bis jetzt Unerklärlichen die ganze Entdeckung Addisons bezweifeln oder gar als unbegründet verwerfen wollen, legen wir einfach die Frage vor: Wenn wirklich nichts an der Sache ist, wie kommt es dann, dass seit Addisons Arbeit auf einmal Krankheiten der Nebennieren, deren pathologische Vorgänge bis dahin für die Wissenschaft und Praxis so gut wie gar nicht existirten, diagnosticirt werden, und dass die Observationen die Diagnose bestätigen?

T h e s e n.

- 1) Der Zusammenhang von Nebennieren-Erkrankung und dunkler Verfärbung der Haut ist thatsächlich begründet.
 - 2) Der Aderlass in der Pneumonie ist nicht zu verwerfen, aber auf wenige Fälle zu beschränken.
 - 3) Bei grösseren penetrirenden Gelenkwunden ist Resection die einzige rationelle Therapie.
 - 4) Im Stadium suppurationis ist Kälte meistens contraindicirt.
 - 5) Der Nervus vagus ist kein Hemmungsnerv.
 - 6) Die Frage nach der Zurechnungsfähigkeit braucht vom Arzte nicht beantwortet zu werden.
- 

Thesen

- 1) Der Zusammenhang von Nerven-Exzitation und dunkler Verfärbung der Haut ist theilweise begründet.
- 2) Der Adhäsion in der Pneumonie ist nicht zu verweihen, aber nur wenige Fälle zu beschreiben.
- 3) Bei gewissen pneumonischen Gelenkwunden ist Resektion die einzige rationale Therapie.
- 4) Im Stadium suppurativum ist Kälte meistens contraindicirt.
- 5) Der Nerven vagus ist kein Heilmittel.
- 6) Die Frage nach der Zurechnungsfähigkeit braucht vom Arzte nicht beantwortet zu werden.