II. Aus der medicinischen Universitätsklinik in Greifswald. (Director: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Mosler.)

Weiterer Beitrag zur Weil'schen Krankheit.

Von Privatdocent Dr. **Bruno Leick**,
Assistenzarzt der Klinik.

Im vorigen Jahre berichtete ich in der Deutschen medicinischen Wochenschrift¹⁾ über drei in der Greifswalder medicinischen Klinik beobachtete Fälle von Weil'scher Krankheit. Da alle drei Patienten, Arbeiter ein und desselben Gutes, verdorbene Nahrung als die Ursache ihrer Erkrankung angaben, so nahm ich damals keinen Anstand, mich dieser Meinung anzuschließen, zumal da auch die Erfahrungen anderer Autoren für diese Auffassung sprachen. Durch eine in der letzten Zeit gemachte Erfahrung bin ich jedoch in meiner Ansicht schwankend geworden. Mitte August dieses Jahres nämlich wurde ein Kranker, der sämtliche Symptome des Morbus Weilli darbot, in die Klinik eingeliefert. Von schlechter Nahrung wusste er nichts anzugeben, dagegen war er — und hierauf möchte ich bei meiner Mittheilung das Hauptgewicht legen — auf demselben Gute beschäftigt wie jene drei Arbeiter, die vor circa einem Jahre an Weil'scher Krankheit bei uns behandelt wurden. Kommt man bei dieser Sachlage nicht unwillkürlich auf den Gedanken, dass es sich um eine an den Ort gebundene Schädlichkeit handeln müsse? Vier Fälle sind ja gewiss eine geringe Zahl, doch gewinnt dieselbe an Bedeutung, wenn man bedenkt, dass im Laufe vieler Jahre unter einem sehr bedeutenden Krankenmaterial dies die einzigen Fälle von Weil'scher Krankheit sind, die uns zu Gesicht kamen. Also vier Fälle im Laufe vieler Jahre, diese vier auf zwei Jahre vertheilt von ein und demselben Gute! Die Krankengeschichte, in aller Kürze, ist folgende.

A. G., 28 Jahre, Erntearbeiter, hat als Kind Scharlach überstanden, sonst ist er stets gesund gewesen. Am 11. August überfiel ihn Morgens beim Mähen starkes Schwindel- und Mattigkeitsgefühl, so dass er sofort das Bett aufsuchen musste. Gleichzeitig traten stechende Schmerzen in der Milzgegend auf. Dieselben sollen nach Angabe des Patienten allerdings auch schon vor circa acht Tagen zeitweise vorhanden gewesen sein, wie er sich überhaupt in der letzten Woche vor seiner Erkrankung — seiner Meinung nach infolge körperlicher Ueberanstrengung — nicht recht wohl gefühlt hat. Am Nachmittage des 11. kam es unter lebhaftem Hitzegefühl zu starkem Schweissausbruch, und am nächsten Morgen machte sich eine Gelbfärbung der gesaunten Körperoberfläche bemerkbar. Daneben bestand eine quälende, innerliche Unruhe, völlige Appetitlosigkeit, starkes Durstgefühl und Durchfall. Am vierten Krankheitstage traten an den Lippen Bläschen, deren Inhalt sich bald blutig färbte, auf, dazu kamen mehrfaches, heftiges Nasenbluten, Schmerzen in der Herzgrube und Delirien, besonders des Nachts. Auch soll Blut ausgehustet worden sein. Aufnahme in die Klinik am sechsten Krankheitstage.

Status vom Tage der Aufnahme: Patient mittelgross, kräftig gebaut, macht einen schwerkranken Eindruck. Körpertemperatur 38,2° C, intensiver Icterus, auf dem Körper zerstreut eine grosse Anzahl stecknadelkopfgrosser Petechien, an Ober- und Unterlippe eingetrocknete Blutborken. Abgesehen von mässigem Kopfweh bestehen von Seiten des Nervensystems keine ausgesprochenen Störungen, doch macht sich im Wesen des Patienten eine starke Apathie und Theilnahelosigkeit geltend. Die Hauptklagen des Kranken beziehen sich auf intensives Krankheitsgefühl, Schmerzen in der Magengegend und Wadenmuskulatur, letztere auf Druck an Intensität zunehmend. — Der Appetit liegt völlig darnieder. Durst gesteigert, Zunge stark belegt, Stuhl durchfällig, entfärbt. Milz deutlich vergrössert, Leber auf Druck schmerzhaft, deutliche Vergrösserung nicht nachzuweisen. — Urin, in normaler Menge und Weise entleert, enthält geringe Mengen von Eiweiss (0,25 %), reichlich Gallenfarbstoff, zahlreiche granulirte und hyaline, icterisch gefärbte Cylinder. — Puls beschleunigt, ca. 112 in der Minute, Herztöne nicht ganz rein, sonst am Circulationssystem nichts besonderes, Lungen gesund.

Der Verlauf gestaltete sich unter vorwiegend diätetischer Behandlung derart, dass das Fieber in den nächsten Tagen lytisch abfiel, das

¹⁾ B. Leick, Drei Fälle von fieberhaftem infectiösen Icterus. Deutsche med. Wochenschrift 1897, No. 44, 45 und 47.

Allgemeinbefinden sich allmählich hob, der Urin frei von Eiweiss wurde und der Icterus langsam zurückging. Der Puls sank bis auf 50 Schläge in der Minute. Die Schmerzhaftigkeit der Leber liess nach, ebenso die Milzschwellung. Der Appetit hob sich, die Durchfälle sistirten. Das Körpergewicht, welches vor der Erkrankung 140 Pfd. betragen haben soll, war auf 102 Pfd. gesunken. Die Reconvalescenz verlief äusserst langsam und schleppend. Gestört wurde dieselbe durch einen am 15. Krankheits-tage an der Oberlippe auftretenden Furunkel. Am 19. Tage der Erkrankung begann plötzlich ohne nachweisbare Ursache bei nur wenig gestörtem Allgemeinbefinden die Temperatur anzusteigen und erreichte am 21. Tage 39,4° C. Auf dieser Höhe hielt sich das Fieber einige Tage, fiel dann lytisch ab, so dass am 27. Tage Patient fieberfrei war und auch blieb. Mehrfach wurden in der nun folgenden Zeit subfebrile Temperaturen beobachtet. Am 34. Tage vermochte Patient zum ersten Male das Bett zu verlassen. Er klagte über grosse körperliche Schwäche, von der auch die bei jeder kleinen Anstrengung auftretende Pulsbeschleunigung Zeugniß ablegte. Am längsten von allen Symptomen hielt der Icterus an, der noch am 40. Tage deutlich zu erkennen war. Gallenfarbstoff liess sich allerdings vom 26. Tage an nicht mehr im Urin nachweisen.

Dass wir hier einen typischen Fall Weil'scher Krankheit vor uns haben, bedarf wohl keiner weiteren Erörterung. Plötzlich auftretendes schweres Krankheits- und Mattigkeitsgefühl, verbunden mit starken Schwindelerscheinungen, leiten die Krankheit ein, der allerdings in diesem Falle eine Art Incubationsstadium, welches für gewöhnlich fehlt, vorausgegangen zu sein scheint. Fieber tritt auf, ferner hochgradiger Icterus, Durchfälle, Appetitlosigkeit, Delirien. Die Milz zeigt deutliche Vergrösserung, während die Leber stark druckempfindlich wird. Der Urin enthält Eiweiss, mikroskopisch zahlreiche Cylinder. Muskelschmerzen, besonders in den Waden, stellen sich ein, die Zeichen einer hämorrhagischen Diathese machen sich bemerkbar. Langsam bessert sich das schwere Krankheitsbild, indem die einzelnen Symptome allmählich abblassen. Plötzlich neuerliche Fiebersteigerung, und erst nachdem diese lytisch abgefallen, verläuft die Reconvalescenz ungestört, wenn auch langsam und schleppend.

Die Aetiologie blieb uns, wie bisher allen Forschern, verborgen. Die mikroskopische und culturelle Untersuchung des Blutes lieferte keinen Befund. Wichtig ist meiner Meinung nach, wie ich schon oben hervorhob, der Umstand, dass der Kranke auf demselben Gute beschäftigt war, wie jene drei Patienten, die wir im vorigen Jahre an Weil'scher Krankheit zu behandeln Gelegenheit hatten. Hierin scheint eine gewisse Ähnlichkeit mit der Entstehungsweise des Abdominaltyphus zu liegen. Um jedoch allen irrigem Auffassungen vorzubeugen, möchte ich hervorheben, dass ich durchaus ein Gegner der von Haas¹⁾ und Pfuhl²⁾ vertretenen Ansicht bin, dass es sich bei der Weil'schen Krankheit um einen mit Icterus complicirten Typhus abdominalis handelt. Die genaue klinische Beobachtung von mehr als 120 Fällen hat mit Sicherheit ergeben, dass es sich bei unserer Krankheit sicher nicht um Typhus handelt, wie ja auch die wenigen bis jetzt vorliegenden Sectionsbefunde bestätigt haben. Trotzdem habe ich, um in diagnostischer Beziehung nichts unversucht zu lassen, bei unserem Patienten in den ersten Tagen der klinischen Behandlung Widal's Verfahren in Anwendung gezogen. Das Resultat war, wie zu erwarten, ein negatives.

Dass die Weil'sche Krankheit einen Morbus sui generis darstellt, erscheint mir zweifellos. Die klinischen Symptome sind so ausgesprochene, in typischen Fällen so stetig wiederkehrende, verleihen der Erkrankung ein so charakteristisches Gepräge, dass, wie Freyhan³⁾ sagt, die Eigenart des Morbus Weilli ausser Frage steht und nach Lage der Dinge als bewiesen gelten muss. Es ist daher auch anzunehmen, dass ein specifischer Infectiionsstoff, den wir bis jetzt zwar noch nicht kennen, der Krankheit zugrunde liegt. Bis dieser und damit dieser gefunden wird, ist es aber nöthig, jeden einzelnen Fall dieser interessanten Erkrankung möglichst genau und eingehend zu untersuchen und zu beobachten.

¹⁾ Haas, Ein Beitrag zur neuen Infectiionskrankheit Weil's. Prager medicinische Wochenschrift 1887.

²⁾ Pfuhl, Typhus abdominalis mit Icterus. Deutsche militärärztliche Wochenschrift 1888.

³⁾ Th. Freyhan, Ein Ueberblick über den gegenwärtigen Stand der Weil'schen Krankheit. Berliner Klinik. Februar 1894. Heft 68.