

ÄRZTLICHE ZEITSCHRIFT.

Redacteur: Prof. Dr. Gscheidlen.

Erster Jahrgang. 1879.

N^o 15.

Sonnabend, den 9. August.

Inhalt: I. Aus dem pathologischen Institut zu Breslau. Aneurysma der Art. hypogastrica sinistra. Ruptur des Sackes und tödtliche Blutung in die Bauchhöhle. Von Dr. Otto Binswanger, erstem Assistenten am pathologischen Institut. — II. Aus der Klinik des Herrn Prof. Dr. Bäumler zu Freiburg i. B. Zur Casuistik der progressiven perniciosösen Anämie. Von Dr. Paul Bender aus Spangenberg. (Schluss folgt.) — III. Verhandlungen der medicinischen Section der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur. — IV. Aus dem physiologischen Verein. — V. Protokoll der ersten Provinzialversammlung der Schlesischen Aerztevereine. (Schluss.) — VI. Referate und Kritiken. — VII. Tagesgeschichtliche Notizen. — VIII. Personalien. — IX. Inserate.

I. Aus dem pathologischen Institute zu Breslau.

2.

Aneurysma der Art. hypogastrica sinistra. Ruptur des Sackes und tödtliche Blutung in die Bauchhöhle.

Von

Dr. Otto Binswanger,
erstem Assistenten am pathol. Institute.

Durch die statistischen Erhebungen von Crisp und Lebert haben wir neuerdings die aneurysmatischen Erkrankungen der Bauchaorta und ihrer Aeste als häufigere Vorkommnisse kennen gelernt. Bei Weitem seltener findet sich die aneurysmatische Erweiterung des Gefässrohrs an den Endausbreitungen der Bauchaorta und den tiefer gelegenen Beckengefässen. Ich entnehme der umfassenden tabellarischen Zusammenstellung von Crisp die folgenden Zahlen, welche die Seltenheit des Befallenwerdens des letztgenannten Gefässgebietes am besten charakterisiren. Unter 551 Fällen der verschiedensten Aneurysmen fand Crisp

105 Aneurysmen der Bauchaorta und ihrer Aeste,
2 „ „ A. iliaca communis,
9 „ „ A. iliaca externa,
2 „ „ A. glutaica.

Unter den von Lebert gesammelten 103 Beobachtungen von Aneurysmen der Bauchaorta und ihrer Aeste finden sich keine Fälle von Erkrankungen der Iliaca communis oder deren Zweige aufgezeichnet. Weder die erwähnte Zusammenstellung von Crisp noch die mir zugängliche Casuistik giebt einen Fall von aneurysmatischer Erkrankung der Arteria hypogastrica bekannt; es dürfte deshalb die Mittheilung des folgenden Falles ein weitergehendes Interesse darbieten.

Die Angaben über den klinischen Verlauf verdanke ich Herrn Dr. Unverricht.

Rosalie Pusch, 65 J. alt, kam am 4. Juli 1879 in das Allerheiligen-Hospital mit der Klage, seit mehreren Wochen an heftigen Schmerzen im Leibe zu leiden, welche von Uebelkeit und Appetitlosigkeit begleitet waren. Erbrechen hatte nie stattgefunden, die Stuhlentleerung war immer retardirt.

Die Untersuchung zeigte eine in hohem Grade abgemagerte alte Frau mit bedeutender Blässe der sichtbaren Schleimhäute. Die Lunge erwies sich ihrem Alter entsprechend für die Percussion vergrössert, die Herzöne waren rein, die Herzthätigkeit ab und zu arhythmisch.

Das Abdomen der stets in der Seitenlage befindlichen Patientin war bretthart gespannt und es gelang nur mit Mühe, durch die Palpation einen den linken Rippenbogen etwa 2 Finger breit überragenden harten Tumor nachzuweisen, der nach seiner Lage und Gestalt sich als vergrösserte Milz oder als dislocirte und vergrösserte Niere deuten liess. Sonst war am Abdomen nichts Auffälliges nachzuweisen. Urin ohne Eiweiss, von mittlerem spec. Gewicht.

In dem Befinden der Pat. änderte sich in den nächsten Tagen sehr wenig, sie war soporös, ass und trank sehr wenig, klagte stark über Schmerz im Abdomen und starb, ohne dass sich weitere Symptome gezeigt hatten, am 9. Juli, Abends 6 Uhr.

Obduction am 10. Juli 1879.

Diagnose.

Aneurysma arter. hypogastr. sin. Sclerosis et atheroma arter. fere omnium abdomin. et extremitat. infer. utriusque. Aneurysmata arter. iliac. commun. et extern. Ruptura aneurysmatis et haemorrhagia in cavum abdominis. Sclerosis circumscripta arter. carot. intern. Nephritis apostematosa ex calculis.

Ziemlich kleine, hochgradig abgemagerte weibliche Leiche. Beide untere Extremitäten bis zur Mitte der Oberschenkel sehr ödematös. Aeussere Genitalien, besonders die grossen Labien zu grossen ödematösen Wülsten ausgedehnt.

Bauchdecken stark aufgetrieben, zum Theil die Configuration der unterliegenden Darmschlingen wieder gebend.

Stand des Zwerchfells beiderseits unterer Rand der IV. Rippe.

Nach Wegnahme des Sternums zeigt sich die linke Lunge stark zurückgesunken; die rechte Lunge ist durch leicht lösliche Adhäsionen mit der Brustwand verbunden.

Herz verhältnissmässig klein, Muskulatur dunkelbraunroth, von schlaffer, welker Consistenz. Dicke des rechten Ventrikels 6 mm, des linken Ventrikels 10 mm. Ostien und Höhlen dem entsprechend klein, Klappenapparat allgemein verdickt, doch ohne Veränderungen. Der Brusttheil der Aorta von mittlerer Weite, Intima im Ganzen glatt, nur an der Abgangsstelle von Gefäss-Aesten kleine ringförmige gelbweisse, derbere schwielige Stellen enthaltend; im Uebrigen in den oberflächlichsten Intimaschichten schwefelgelbe verfärbte Parthien. Auch die Halsarterien ohne Veränderungen, nur im Theilungswinkel der Carotis commun. beiderseits starre, verkalkte Platten in die Intima eingelagert. Die Arterien der oberen Extremität zeigten keine Veränderungen.

Beide Lungen ziemlich klein, überall lufthaltig, von schlaffer Consistenz. Im Ganzen blass, nur der Unterlappen der rechten Lunge etwas Blut und Flüssigkeit enthaltend.

Halsorgane ohne Besonderheiten.

Bei Eröffnung der Bauchhöhle und nach Zurückschlagen der Darmschlingen findet sich das kleine Becken mit zum Theil dünnflüssigen dunkelschwarzrothen, theils mehr braunschwarzen, klumpigen Blutmassen bedeckt. Nach Wegnahme derselben ragt aus der linken Fossa iliaca zur Seite des hinteren Douglas'schen Raumes ein faustgrosser, halbkugliger Tumor hervor, über den das Peritoneum hinwegzieht und der bläulichschwarz unter demselben durchschimmert. Auf seiner vorderen Fläche ist derselbe eingerissen, und es ragen aus der Rissstelle klumpige, zum Theil schmutziggelbe, zum Theil dunkelschwarzrothe Massen hervor. Ausserdem fliesst dünnflüssiges, schmutziges, braunes, fast chocoladenfarbiges Blut ab.

Vor dem besagten Tumor findet sich der Uterus frei beweglich, Uteruskörper klein, ziemlich derb. Beide Tuben ohne Veränderung, die Ovarien klein, derb, auf der Oberfläche fein höckrig. Nach oben vom besagten Tumor findet sich die linke Niere sehr stark vergrössert, leicht verschiebbar, leicht gegen die Mittellinie hin verlagert.

Der linke Ureter über Federkielstärke erweitert, prall mit Flüssigkeit gefüllt.

Milz klein, ziemlich derb, Kapsel leicht gefaltet, getrübt. Auf dem Durchschnitt blassroth. Follikel deutlich erkennbar, Trabekel allgemein leicht verdickt.

Die linke Niere beträchtlich vergrössert, Nierenbecken ampullenförmig nach unten vorgedrängt, caps. fibr. sehr beträchtlich verdickt, schwer abziehbar, die Oberfläche der Niere unregelmässig fleckig ge-

färbt, indem in einem graugelben Gewebe vielfach rothe Streifen und Punkte sich vorfinden. Das Nierengewebe fast überall von weicher, teigiger Consistenz. Beim Abziehen der stark verdickten Kapsel, die stellenweise durch schmutzigrün gefärbten, rahmigen Eiter von der Oberfläche abgehoben ist, reisst stellenweise das überaus weiche und brüchige Nierengewebe ein und werden grössere und kleinere Eiterherde eröffnet, welche einen dünnen grüngelben Eiter enthalten.

Auf dem Durchschnitt ist die Rinde sehr breit, von schwammiger Consistenz und von derselben Färbung wie die Oberfläche. Markkegel schmutzigrün gefärbt. Nierenbecken allgemein erweitert, die Schleimhaut schmutzig grün gefärbt mit kleinen Hämorrhagien durchsetzt. Beim Präpariren des Nierenbeckens und der Nierenkelche finden sich bis erbsengrosse, unregelmässig gezackte, zum Theil fein verzweigte, braunschwarze Concremente von derber Consistenz und feinhöckeriger Oberfläche. Bei Sondirung des Ureters gelingt es mit Leichtigkeit hinter dem besagten Tumor den Katheter hindurchzuführen bis in den Blasenausgang des Ureters.

Die rechte Niere von mittlerer Grösse, Kapsel leicht abziehbar, Oberfläche blassroth, mit wenigen eingestreuten graugelben Herdchen, die sich auf dem Durchschnitt keilförmig in die Rinde hinein erstrecken. Vereinzelt finden sich auf der Oberfläche grössere, schmutzigrüne Herde, die von einem grauschwarzen Hofe umgeben sind. Auf dem Durchschnitt die Rinde ebenfalls blassgrau mit rothen Streifen und Flecken. Markkegel blass, Nierenbecken erweitert. Ureter nicht erweitert. Keine Concremente auffindbar.

Genitalorgane und Beckenorgane werden mit den retroperitonealen Gefässen im Zusammenhange herausgenommen.

Magen, Duodenum, Leber, ausser grosser Blässe, ohne Besonderheiten.

Blase leicht erweitert, leer, Schleimhaut blass, stellenweise mit kleinen punktförmigen Hämorrhagien durchsetzt.

Scheide etwas erweitert, von sehr glatter Innenfläche.

Uterus klein, derb. Seine Schleimhaut blass, glatt.

Rectum frei.

Bei Präparation der Aorta abdomin. findet sich, dass dieselbe in ihrem untern Drittheile 2 cm oberhalb der Theilungsstelle auf der Innenfläche fleckig schwarzgrün gefärbt, neben diesen Verfärbungen kleinere, glänzend weisse, derbe Blättchen. Die Weite derselben 2 cm oberhalb der Theilungsstelle beträgt 4,5 cm.

Die rechte Arteria iliaca communis zeigt dicht nach ihrem Abgange grosse derbe Platten in der Intima eingelagert, die zum Theil honiggelbe Färbung und eine glitzernde Oberfläche zeigen. An anderen Stellen finden sich kleinere, dellenförmig eingesunkene Partien, ebenfalls mit derbem, honiggelbem Grunde, glatter glänzender Oberfläche. Die Weite des im Ganzen derben starrwandigen Gefässes beträgt 2 cm, unterhalb seines Abganges 5 cm. Im Theilungswinkel der Iliaca communis dextra findet sich eine sackartige, etwas über bohnen-grosse Ausweitung des äusseren Umfanges der Iliaca, die mit der Wandung fest anhaftenden, fleckig graurothen und braunrothen Gerinnseln angefüllt ist. Ausserdem findet sich die Wandung sowohl der Iliaca externa wie der Hypogastrica stark mit zahlreichen derben, zum Theil verkalkten Platten, zum Theil kleinen Geschwürsflächen besetzt. Die linke Arter. iliaca commun., 2,2 cm weit, zeigt dieselben Veränderungen der Innenfläche. In ihrem Abgangswinkel von der Aort. abdom. findet sich in ihrer dem Theilungswinkel zugekehrten Fläche eine tiefe, sackartige Ausbuchtung der Gefässwandung, in deren Tiefe graurothe und graugelbe geschichtete Gerinnsel festsitzen. Dicht unterhalb der Theilungsstelle der Iliaca comm. erweitert sich ziemlich gleichmässig in ihrer ganzen Circumferenz die Arter. hypogastr. zu einem faustgrossen Sacke, der fast völlig durch zum Theil bröckelige graurothe und graugelbe Massen, zum Theil in einander gefilzten faserigen Massen von graurother und gelbrother Färbung ausgefüllt ist. Beim Einscheiden lösen sich von diesen derberen Massen frischere, schwarzrothe klumpige Blutmassen ab. Die Wandung des Sackes ist derb, stellenweise brüchig, auf ihrer hinteren Fläche mit derbem, narbigen und schwieligen Gewebe mit der Vene und dem Plexus ischiadicus verwachsen. Die vordere Wand ausserordentlich dünn, in der Länge von 2,5 cm eingerissen mit fetzigen, blutig gefärbten Rändern; in der Rissstelle selbst grössere klumpige Gerinnsel.

Auf der hinteren Oberfläche des Sackes verläuft, mit dem Sacke fest verwachsen, die Vena hypogastrica, deren Wandung allgemein verdickt ist. Auf der Innenfläche, entsprechend der mit dem Sacke fest verwachsenen Venenwandung, findet sich die Intima, schmutzig graugrün verfärbt, und in diesem graugrünen Grunde finden sich vereinzelt dunkelschwarzgrüne punktförmige Stellen. Auf der äusseren und hinteren Fläche des Sackes verlaufen, dem Sacke wie gestielt aufsitzend, 2 kleinere Gefässäste mit starrer, beträchtlich verdickter Wandung, die sich vermittelt der Sonde bis ins Innere des Sackes hinein verfolgen lassen.

Die Präparation derselben ergibt, dass die nach oben gelegene der Art. glutea entspricht und dass die nach unten gelegene die

Ischiadica ist. Die Verfolgung der Iliaca extern. in ihrem weiteren Verlaufe als Femoralis und Poplitea, sowie ihrer grösseren Verzweigungen zeigt beiderseits die Wandung beträchtlich verdickt, starr und brüchig. Bei durchfallendem Lichte finden sich überall quergestellte etwa millimeterbreit verdünnte Stellen der Gefässe, die das Licht bläulich durchschimmern lassen. Rechterseits findet sich an der Abgangsstelle der Art. prof. fem. am Theilungswinkel eine leichte Ausbuchtung der äusseren Wand des Theilungswinkels.

An der Begrenzungsfläche des Tumors ist die Flexura iliaca mit dem Sacke fester verlöthet. Beim Ablösen derselben zeigt sich die Serosa in der Ausdehnung von 3 Fingern Breite schmutzig blauschwarz verfärbt. Beim Aufschneiden des Darmrohres zeigt sich auf der Innenfläche dieses Gefässabschnittes die Mucosa schwarzgrün verfärbt, gelockert, mit punktförmigen kleinen Hämorrhagien durchsetzt. Die Untersuchung des übrigen Darmkanals ergibt keine Veränderungen. Gehirn und seine Häute ausser grosser Blässe und etwas stärkerer Durchfeuchtung keine Veränderungen, die Gefässe an der Basis ziemlich eng, dünnwandig, überall ohne sclerotische Veränderungen.

Die epikritische Deutung des vorstehenden Sectionsergebnisses ist kurz gefasst folgende. Auf dem Boden einer chronischen Arteriosclerose, als deren anatomisches Substrat wir die von Köster dargelegte fleckweise auftretende Mesarteriitis betrachten, entwickelten sich eine Anzahl aneurysmatischer Erweiterungen der Endäste der Bauchaorta. Das Aneurysma der Art. hypogastrica sinistra beansprucht in Folge seiner Ausdehnung und seines destructiven Einflusses auf den Gesamtorganismus ein gesondertes Interesse. Die tiefe Lage desselben in der Fossa iliaca machte eine Erkennung intra vitam unmöglich; weder die Beschaffenheit des Herzens, noch die Untersuchung der Radialarterie oder die unbestimmten Klagen der Patientin legten die Diagnose einer Aneurysmabildung nahe, besonders da der der Untersuchung zugängliche Stamm der Aorta keinerlei Veränderung darbot. Diesem negativen Ergebnisse der Krankenuntersuchung entsprechend, zeigte der Sectionsbefund manches von dem gewöhnlichen Erscheinungsbilde der chronischen Arteriitis und ihren Folgeerscheinungen Abweichendes. Auffällig ist in erster Linie die scharfe räumliche Beschränkung des mesarteriitischen Processes auf den Endtheil der Bauchaorta, die Beckenarterien und diejenigen der unteren Extremität. Die nahe räumliche Beziehung des hauptsächlich erkrankten Gefässabschnittes zu den Sexualorganen des Weibes macht es wahrscheinlich, dass schwerere mechanische Insulte, wie öftere und erschwerte Geburten, den ersten Anstoss zur Erkrankung bildeten; freilich sind in unserem Falle bestimmtere Anhaltspunkte für diese Betrachtung nicht gegeben, da Erscheinungen abgelaufener perimetritischer Prozesse fehlten und die schwielige Umbildung des linken Parametrium sich ungezwungen als Folgezustand der Aneurysmabildung daselbst erklärt. Bei dieser Auffassung müsste die Erkrankung der Arterien der unteren Extremitäten in gewissem Sinne als fortgeleitet betrachtet werden. Die vorhanden gewesene isolirte Erkrankung des Theilungswinkels der Carotis communis gehört in den späteren Lebensjahren zu den regelmässigen Vorkommnissen, wie ich an einem anderen Orte ausführlicher dargelegt habe. Das Freibleiben der Hirnarterien von der mesarteriitischen Erkrankung bei ausgedehnter Arteriosclerose der Körperarterien ist eine sehr häufige Erscheinung, und haben mich eine grosse Zahl einschlägiger Beobachtungen gelehrt, dass eine Coincidenz der Erkrankung beider Gefässgebiete kaum in der Hälfte der Fälle vorhanden ist. Ich glaubte auf diese Thatsache von Neuem aufmerksam machen zu dürfen, da noch vielerorts die Differentialdiagnose zwischen Hirnhämorrhagie und Embolie intra vitam auf die Untersuchung der grossen Körperarterien basirt wird.

Auffällig ist ferner die Thatsache, dass trotz der ausgebreiteten Erkrankung des arteriellen Gefässgebietes, trotz der



hierdurch gesetzten Vermehrung der Widerstände im Körperkreislaufe keine Hypertrophie des linken Ventrikels gefunden wurde. Die mikroskopische Untersuchung des Herzmuskels ergab hochgradige braune Atrophie desselben, so dass dem Gedanken Raum gegeben werden kann, dass früher eine mässige Verdickung der Ventrikelwandung bestanden habe, die durch die später auftretenden Degenerationsvorgänge wieder hinfällig geworden war. Im Uebrigen weisen auch andere Beobachtungen darauf hin, dass diese compensatorische Verdickung des Herzmuskels nur inconstant erfolgt und gleichzeitig mit der Arterienerkrankung atrophische Zustände am Herzen Platz greifen.

Die Ruptur des Aneurysmas und die tödtliche Blutung in die Bauchhöhle findet in der ausserordentlichen Verdünnung der vorderen Wandung des Sackes ausreichende Erklärung. Die Verlöthung der Flexura sigmoidea an der hinteren Fläche des Sackes und die beginnende Usurirung der Darmwandung hätte bei längerer Lebensdauer zur Berstung derselben in den Darmtractus führen müssen.

Eine weitere Verwicklung erwächst für den vorliegenden Fall durch die Verwachsung des linken Ureters mit der seitlichen Wandung des Sackes und dessen Compression durch das andrängende Aneurysma. Der consecutiven hydronephrotischen Erkrankung der linken Niere, der im Gefolge der Harnconcremente auftretenden multiplen Abscedirung des Nierengewebes muss der Hauptantheil an dem rapiden Verfall der Kranken während der letzten Wochen ihres Lebens zugeschrieben werden und würden dieselben auch ohne Berstung des Sackes den Tod bald herbeigeführt haben.

II.

Aus der medicinischen Klinik von Prof. Bäumlcr in Freiburg i. B.

Zur Casuistik der progressiven pernicioscn Anämie.

Mitgetheilt von

Dr. Paul Bender
aus Spangenberg.

Krankengeschichte.

Anamnese. — Lang, 45 Jahre alt, Tagelöhner aus dem Höllenthal bei Freiburg i. B., weiss über seinen Vater keine Angaben zu machen, da er ihn nicht gekannt hat. Die Mutter starb im Alter von ungefähr 58 Jahren nach langem Kranksein; sie war in ihren letzten Lebensjahren gelähmt und deshalb gezwungen, an Krücken zu gehen. Pat. war das jüngste Kind von 8 Geschwistern, von welchen ausser ihm nur noch ein Bruder lebt. Dieser ist gesund, ebenso wie die zwei Kinder desselben. Von den übrigen Geschwistern starben 2 in jugendlichem Alter an unbekannten Erkrankungen; mehrere andere sollen später an einem Unterleibsleiden nach kurzer Krankheit zu Grunde gegangen sein. Der älteste Bruder soll auch sehr blass ausgesehen haben, und an einem Brustleiden, das mit Dyspnoe einherging, gestorben sein.

Der Kranke selbst beschäftigte sich in der Jugend mit Steinklopfen, war dabei kräftig und gesund. Nach seiner Mutter Tode, zu welcher Zeit er etwa im 35. Lebensjahre stand, war Pat. in Württemberg als Kutscher und Tagelöhner thätig. Seit 3 Jahren lebt er wieder in Baden, und zwar im Höllenthal in hiesiger Gegend, meist mit Viehtreiben beschäftigt. Bis zu dieser Zeit will er immer gesund gewesen sein, nie längere Zeit im Bett gelegen haben.

Seit ungefähr 1 Jahre nun bemerkte Pat., dass seine Kräfte abnahmen, und gleichzeitig sagten ihm andere Leute, dass er blass und kränklich aussehe. Die Nahrung scheint in den letzten Jahren wechselnd, im allgemeinen aber ungenügend gewesen zu sein; Fleisch war nie Hauptnahrung, diese bestand vielmehr in Milch, Brot und Kartoffeln. Nasenbluten will der Kranke nie gehabt, auch sonst nie Blutverluste erlitten haben. Bald nach den ersten Symptomen von Schwäche und Blässe trat Diarrhoe ein, zu welcher sich häufig Leibscherzen gesellten. Der Appetit ist seit $\frac{1}{2}$ Jahre nicht mehr gut, während er vorher stets in leidlichem Masse vorhanden gewesen war. Hier und da schwellen die Füsse an. Mehr als $\frac{1}{2}$ Jahr schon ist Pat. ausser Stande, sein Brot zu verdienen, angeblich weil er zum Gehen zu schwach war. Er lag während der Zeit meist im Bett und

lebte von seinen Ersparnissen. Die Kost wurde immer mangelhafter, Fleisch konnte der Kranke sich nur selten verschaffen, und da die Pflegeleute sich schliesslich weigerten, noch fernerhin für ihn zu sorgen, so liess er sich am 17. 10. 78 in die hiesige Klinik aufnehmen. Er kommt in einem sehr verwahrlosten Zustand an (Pediculosis universalis).

Status präsens. 17. 10. 78. — Pat. ist äusserst schwach, geht nur mit Mühe langsamen Schritts. Seine Grösse bleibt etwas unter dem Mittel zurück. Der ganze Körper ist stark abgemagert; Oedeme sind nicht vorhanden. — Die Hautdecken sind überall auffallend blass mit einem starken Stich ins Gelbliche, dabei sehr trocken. Ebenso wie die Haut sind auch die sichtbaren Schleimhäute äusserst anämisch. Die Conjunktiven nicht ikterisch. An den Zahnfleischrändern und an der Wangenschleimhaut sind Blutungen und besondere Pigmentirungen nicht zu bemerken. Die Zunge ist nicht belegt. Die Schädelbildung ist eine ausgesprochen prognatische; der Hirnschädel im Vergleich zum Gesichtsschädel wenig entwickelt, die Stirn ziemlich schmal. Die Intelligenz ist äusserst gering, sodass eine genaue Aufnahme der Anamnese mit grossen Schwierigkeiten verbunden ist. Die Sprache ist sehr schwer verständlich, nselnd und stotternd.

Am Hals ist nichts besonderes wahrzunehmen. Der Thorax ist etwas schmal, sehr tief. Im 4. Interostalraum, etwas nach aussen von der Papillarlinie, ein fast hebender Herzstoss sicht- und fühlbar. Die Respiration ist costo-abdominal, nicht beschleunigt. Das Abdomen ist nur im obern Theil etwas meteoristisch aufgetrieben; Palpation desselben ist empfindlich, wenigstens werden starke Reflexcontractionen dabei ausgelöst. Ein Tumor im Bauch ist nicht fühlbar.

Percussion: An den Lungenspitzen findet sich nur rechts hinten eine geringe Dämpfung, im übrigen ist der Lungenschall hinten beiderseits bis zur 10. Rippe sonor, rechts vorn bis zum obern Rande der 6. Rippe. Die Herzdämpfung steht etwas hoch, beginnt schon oberhalb des 4. Rippenknorpels. Nach rechts ist dieselbenicht verbreitert, nach links dagegen reicht sie bis zur Papillarlinie. Auf dem untern Drittel des Corpus sterni fällt eine grosse Druckempfindlichkeit dieser Stelle auf; schon bei mässigem Druck mit dem Finger zuckt Pat. zusammen. Die Leberdämpfung ist klein. Der Magenschall ist sehr ausgebreitet, ein Plätschern jedoch nicht hörbar. Eine Vergrösserung der Milz kann nicht nachgewiesen werden.

Auscultation: An der Stelle des Herzstosses hört man statt des ersten Tones, der ganz verschwunden ist, ein ziemlich lautes systolisches Geräusch; der 2. Ton ist laut und rein. Dieses systolische Geräusch ist neben dem ersten Ton an der Basis nur noch schwach hörbar; die zweiten Töne sind hier ebenfalls rein, der 2. Pulmonalton ist verstärkt. — Athmung: rechts vorn oberhalb der Clavicula vernimmt man ein scharfes, unbestimmtes Athmen mit sehr verlängertem Expirium. Diesen Charakter behält das Athmungsgeräusch ca. bis zur 3. Rippe; von da ist das Expirium kaum verlängert. Rasseln ist nirgends zu hören. L ausser einer mässigen Verlängerung des Expiriums nichts bemerkenswerthes. Rechts hinten oben ist das Expirium ähnlich wie rechts vorn oben; Rasselgeräusche sind auch hinten keine zu hören.

Kein Husten. — Appetit heute sehr gut. Stuhl dünn, gelblich, ohne Schleim und Blut. Urin ohne Eiweiss.

Das Blut, welches aus den Fingerspitzen nur bei tiefen Nadelstichen langsam ausfliesst, sieht sehr wässerig aus; namentlich der untere Theil des Tropfens, der durch starkes Pressen gewonnen wurde, hat eine fleischwasserähnliche Beschaffenheit. Mikroskopisch bemerkt man, dass die rothen Blutkörperchen enorm vermindert sind; die Farbe derselben ist meist normal, Grösse und Gestalt dagegen sehr wechselnd. Geldrollenbildung nicht vorhanden. Die weissen Blutkörperchen sind an Zahl eher vermindert.

Hauptklagen des Patienten: Schwäche und Leibscherzen.

Die Diagnose wird vorläufig auf „Anaemia progressiva pernicios a Biermeri“ gestellt.

Krankheitsverlauf. — Der Krankheitsverlauf war im allgemeinen der, dass weder eine Besserung noch eine erhebliche Verschlimmerung in den einzelnen Symptomen auftrat. Die Klagen des Kranken blieben sich immer ziemlich gleich und bezogen sich meist nur auf die allgemeine Schwäche, sowie auf Leibscherzen und Durchfall. Erst wenige Tage vor dem Tode, der am 2. 1. 79, Abends 6 $\frac{1}{4}$ Uhr erfolgte, wurden die subjectiven Empfindungen stärker, und auch objectiv war ein rasch sich steigernder Verfall sämtlicher Körperfunktionen wahrzunehmen. In der Krankengeschichte ist unter dem 30. 12. 78 bemerkt: Seit einigen Tagen ist Pat. sehr schwach und hinfällig geworden, der Appetit gering. Klagen über viel Schmerzen im Unterleib. Abdomen sehr stark meteoristisch aufgetrieben, deutliche Fluctuation in den untern Partien. Gestern Erbrechen bräunlicher Massen, die in der Schale zu Boden sinken und von Schleim überdeckt sind. 31. 12. Auch heute Erbrechen. Pat. collabirt von Tag zu Tag mehr. Abends: Pat. delirirt still vor sich hin. 1. 1. 79. Gänzlicher Collaps, vita minima. 2. 1. Pat. liegt tagsüber in einem cadaverähnlichen Zustand da, Tod Abends 6 $\frac{1}{4}$ Uhr.

Objectiv blieb die ausserordentliche Blässe der Haut und der sichtbaren Schleimhäute immer das Hauptsymptom.

Die Temperatur war zu keiner Zeit erhöht. Sie betrug beim Eintritt ins Spital 37,4 und schwankte während des ganzen Verlaufs der Krankheit zwischen 36,0 und 37,7. Auch der Puls zeigte ein vollkommen normales Verhalten, die Frequenz desselben betrug

durchschnittlich 72 bis 76 Schläge in der Minute; als höchste Ziffer sind 88 und als niedrigste 64 Pulse notirt.

Der Kranke lag beständig im Bett, meist ganz ruhig, ohne sich viel zu bewegen. Jedoch war die Hinfälligkeit nicht so gross, dass er nicht hätte allein aufstehen können, um zu Stühle zu gehn. Noch am 2. 12. 78 heisst es in der Krankengeschichte: Pat. klagt heute gar nicht, liegt immer ruhig im Bett, kann jedoch, wenn auch etwas unsicher und schwankend, gehen. Ab und zu war das subjective Befinden ein vollkommen gutes, dann wieder wurden die Klagen stärker, und die Schmerzen im Unterleib nahmen zu. Letztere verschwanden nie ganz, und wenn es an einem Tage heisst: Pat. fühlt sich entschieden etwas besser, Leibscherzen geringer, — so ist wenige Tage später wieder bemerkt: Stärkerer Druck auf den Leib und mässiger Druck auf das Sternum immer sehr empfindlich.

Besonders der Druckschmerz auf dem untern Theil des Sternums, der gleich bei der ersten Untersuchung wegen seiner ausserordentlichen Heftigkeit in die Augen fiel, war stets vorhanden. Spontan trat eine Schmerzempfindung hier nicht immer auf, man brauchte jedoch die Gegend nur mit dem Finger zu berühren oder den geringsten Druck auszuüben, um lebhaftes Schmerzäusserungen hervorzurufen.

Die Haut des Kranken war, abgesehen von der colossalen Blässe, dem ikterischen Anflug und leichten Pigmentirungen, nicht verändert, insbesondere wurden niemals Petechien oder gar Echymosen wahrgenommen. Oedeme waren beim Eintritt und während der ersten Hälfte der Beobachtung keine vorhanden; erst am 20. 11. trat an der Innenseite der Oberschenkel Oedem auf, welches mehrere Tage lang anhielt, dann wieder fast vollständig verschwand und erst gegen Ende des Lebens von neuem stärker hervortrat.

Auch die serösen Höhlen waren anfänglich frei von Flüssigkeit. Am 3. 11. wurde zuerst Fluctuation im untersten Theile des Bauches bemerkt. Der Ascites nahm von da an zu, wurde nicht sehr hochgradig, blieb aber bei bald stärkerer, bald geringerer Spannung des Abdomens bis zum Lebensende bestehen. — Ein Flüssigkeitserguss in den Pleuralhöhlen machte sich bei der klinischen Vorstellung am 2. 11. 78 durch Dämpfung hinten unten bemerklich, war jedoch ebenfalls von keiner grossen Ausdehnung.

Das Abdomen war sowohl im ganzen wie auch besonders in der Oberbauchgegend gegen jede Berührung sehr empfindlich. Dabei war stets Meteorismus vorhanden, der mitunter schwächer, mitunter stärker zum Vorschein kam und eine genaue Untersuchung oft recht schwierig machte. Immerhin liess sich mit Sicherheit feststellen, dass ein Tumor im Bauche nicht existirte.

Am 2. und 4. 11. 78 wurde der Kranke in der Klinik vorgestellt. Es war so ziemlich derselbe Status wie bei der Aufnahme vorhanden, nur wurde im Stuhl Blut gefunden, und die Auscultation am Herzen ergab an der Herzspitze einen langgezogenen ersten Ton, kein Geräusch. Diese beiden Momente sind besonders hervorzuheben.

Die Anwesenheit von Blut im Stuhl musste den Verdacht erwecken, dass die Anämie möglicherweise die Folge eines chronischen Darmleidens sei, und wurde deshalb auch bei Stellung der Diagnose die Frage offen gelassen, ob man es mit einer primären essentiellen Anämie zu thun habe, oder mit einer solchen, die eben durch ein langwieriges Darmleiden zur Entwicklung gekommen sei.

Das Fehlen eines Geräusches an der Herzspitze musste darum auffallen, weil beim Eintritt des Kranken ein ziemlich lautes systolisches Geräusch bestand. Dass es sich damals um einen Irrthum gehandelt habe, ist nicht anzunehmen, da auch später noch das Geräusch zu verschiedenen malen gehört wurde. In der Krankengeschichte steht unter dem 23. 10.: Systolisches Geräusch an der Spitze wie beim Eintritt; und am 3. 11., an welchem Tage die klinische Vorstellung unterbrochen wurde, heisst es: Herzgeräusch wieder deutlicher. Erst am 2. 12. ist vermerkt: Systolisches Geräusch an der Spitze nicht mehr hörbar. Seit dieser Zeit trat auch ein Geräusch nicht wieder auf, so oft auch am Herzen auscultirt wurde. Der erste Ton hatte immer den dumpfen, langgezogenen Charakter, den er bei der Vorstellung in der Klinik besass.

Ich werde später noch einmal auf die Eigenthümlichkeit, dass das Geräusch gegen das Lebensende hin verschwand, während es in den meisten Fällen, die in der Literatur niedergelegt sind, um so stärker wurde oder auch erst auftrat, je näher der Exitus letalis bevorstand, zurückkommen.

Neben der Blässe war wohl das constanteste Symptom die ausserordentlich heftige Diarrhoe, die dauernd durch kein Mittel gestillt werden konnte. Als der Kranke in das Spital kam, hatte er täglich durchschnittlich 4 bis 6 dünne Stühle. Er bekam Abends 10 gtt. Tinct. opii, später Catechu 0,1 mit Opium 0,01 in Pillen, dreimal täglich 2 Stück, und zuletzt wieder Opiumtinktur zu 15 Tropfen. Ganz im Anfang hatten diese Mittel gar keinen Erfolg; es sind gegen Ende October und Anfang November 8—10 Stühle täglich vermerkt, einmal (am 12. November) sogar 14. Letztere Zahl wurde erreicht zu einer Zeit, als des Versuchs wegen das Opium ausgesetzt und dafür Cotoin zu 0,01 zuerst dreimal täglich, dann alle 3 Stunden und schliesslich alle 2 Stunden verabreicht wurde. Die Diarrhoe liess dadurch nicht nur nicht nach, sondern verschlimmerte sich sogar noch, indem am ersten Tage der Verabreichung 9, am zweiten 14, am dritten 9, am 4. und 5. je 8 Stühle erfolgten. Daraufhin wurde das Cotoin wieder ausgesetzt, zumal der Patient sich entschieden weigerte, die Pillen fortzunehmen, und die Tinct. opii wieder gegeben. Diese hatte

denn auch insofern einigen Nutzen, als fernerhin die tägliche Anzahl der Ausleerungen auf 2—4 herabgesetzt wurde. Letztere Zahl wurde nur noch selten überschritten.

Die mikroskopische Untersuchung des Stuhls ergab häufig die Anwesenheit von Blut in demselben. Der bei der klinischen Vorstellung ausgesprochene Verdacht, die hochgradige Anämie möchte sich sekundär infolge eines chronischen Darmleidens entwickelt haben, gewann dadurch immer mehr an Wahrscheinlichkeit. Das Blut war allerdings nicht immer vorhanden; wenn es im Stuhl enthalten war, so nahm man es in Form von kleinen rothen Klümpchen wahr. Niemals war eine grössere Masse auf einmal den Faeces beigemischt. Ausser Blut konnte man mitunter Eiterzellen, Tripelphosphate, Bakterien und stets unverdaute Fleischfasern, letztere oft in grosser Menge, bemerken. Sehr constant war auch noch Schleim im Stuhle zu finden, als Produkt des durch die Section nachgewiesenen Dickdarmkatarrhs.

Der Urin war zu keiner Zeit eiweissaltig. Die tägliche Menge desselben konnte nicht genauer bestimmt werden, da der Kranke weit aus den grössten Theil mit dem Stuhl entleerte. Untersuchungen auf Harnstoff und Kochsalz wurden nicht angestellt.

Erbrechen war, abgesehen von dem zweimal in den letzten Lebenstagen auftretenden, nie vorhanden; auch vor seiner Aufnahme in die Anstalt will Pat. nicht an solchem gelitten haben.

Der Appetit war während des Spitalaufenthalts ganz gut, während er vorher gering gewesen sein soll. Ein eigentlicher Heiss-hunger, wie er von Eichhorst verschiedene male erwähnt wird, trat nicht ein. Dagegen klagte Pat. oft über viel Durst.

Der Schlaf war ziemlich ruhig, wurde nur durch die Diarrhoe fast jede Nacht unterbrochen.

Husten war keiner vorhanden.

Die wiederholt vorgenommenen Blutuntersuchungen ergaben im ganzen folgendes Resultat.

Die rothen Blutkörperchen waren, obschon nicht in so bedeutendem Masse, wie es gewöhnlich bei der perniciosösen Anämie beschrieben worden ist, an Zahl vermindert. Besonders zu erwähnen ist, dass die Verminderung derselben im Anfang der Krankheit, oder wenigstens bei der Aufnahme des Kranken in die Anstalt und während der ersten Zeit der klinischen Behandlung, entschieden beträchtlicher war, als später. So heisst es bei der ersten Untersuchung des Blutes am 17. 10.: Rothe Blutkörperchen enorm vermindert —, während am 4. 12. vermerkt ist: Das Gesichtsfeld ist ziemlich von rothen Blutkörperchen bedeckt, diese daher nicht sehr vermindert. Eine genaue Zählung konnte leider nicht ausgeführt werden, weil die nöthigen Instrumente gerade nicht zur Stelle waren. — Die Farbe war gewöhnlich blässer als in der Norm, jedoch war auch in dieser Beziehung der Unterschied nicht sehr ausgesprochen. — Geldrollenbildung war mitunter vorhanden, mitunter fehlte sie ganz; meist war letzteres der Fall, und lagen dann die rothen Körperchen zu Klümpchen zusammengeballt in dem Gesichtsfeld.

Am auffälligsten waren die Verschiedenheiten der rothen Blutkörperchen in Bezug auf Grösse und Form. Auch hier waren im Anfang der Krankheit die Grössenunterschiede in höherem Grade vorhanden, als nachher; es fanden sich da Blutkörperchen, die nur etwa $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{5}$ der Grösse der normalen Gebilde erreichten. Ebenso war die Gestalt ausserordentlich wechselnd. Es zeigten sich ungefähr dieselben Formen, die Quincke im deutschen Archiv für klinische Medicin Bd. XX Taf. 1 abgebildet hat. — Das Mengenverhältniss der anormal gestalteten Blutscheiben zu den normalen Körperchen betrug im Durchschnitt 1:10; jedoch ist hier zu berücksichtigen, dass Formveränderungen oft dadurch entstanden, dass die normalen Blutkörperchen nach einer oder mehreren Richtungen hin Fortsätze ausstreckten und so aus der normalen in die pathologische Form übergingen.

Was die weissen Blutkörperchen anbelangt, so waren dieselben sicher nicht vermehrt; desgleichen war aber auch eine Verminderung nicht vorhanden. Meist waren sie etwas klein, manchmal vielgestaltig.

Die kleinen, kugeligen, stark roth gefärbten Körperchen, die besonders von Eichhorst erwähnt werden und auf deren Anwesenheit dieser Autor eine eigene Form von perniciosöser Anämie gründet, wurden stets vermisst, konnten allerdings auch, da unser Fall keine eigentliche essentielle perniciose Anämie in Eichhorsts Sinne darstellt (siehe später), nicht erwartet werden.

Schliesslich will ich noch bemerken, dass eine stark hydrämische Beschaffenheit des Blutes nicht auffiel. Das aus den Stichlöchern meist langsam (an manchen Körperstellen, wie am Ohr läppchen, gar nicht) austretende Blut war allerdings blass, zeigte aber durchaus nicht jene beinahe bernsteingelbe Farbe, deren von mehreren Beobachtern gedacht wird. Man muss dabei bedenken, dass die in verschiedenen Körperhöhlen vorhandenen Transsudate keinen unwesentlichen Einfluss auf die Verminderung des Blutplasmas in den Gefässen ausüben mochten.

Die Untersuchung mit dem Augenspiegel wurde mehrere male ausgeführt, zuerst am Abend des 27. 10. Der Bericht darüber lautet: L.A. Nach aussen und unten von der Papille eine ziemlich grosse, noch frische Retinalhämorrhagie. R.A. Innen und unten von der Papille eine etwas kleinere, gerade nach unten mehrere kleine, wie gespritzte Blutungen. — Eine zweite Untersuchung fand am 7. 11. statt; das Resultat derselben war: R in der Gegend der Macula eine etwa linsengrosse, dunkelrothe, L eine etwas grössere, mehr quergestellte Hämorrhagie. Die Gefässe der Retina eng, sehr stark reflekti-

rend. Von den alten Blutungen nichts mehr sichtbar. — Die dritte Untersuchung am 5. 12. ergab: Auf dem RA in der Gegend der Macula eine grössere, auf dem LA an derselben Stelle zwei kleinere Blutungen. Gefässe äusserst eng. — Alle Angaben beziehen sich auf die Verhältnisse im umgekehrten Bild.

Was das Gewicht des Pat. anlangt, so betrug dasselbe am 22. 10., also wenige Tage nach der Aufnahme, 46 kg. Am 29. 10. war es auf 48,5, am 3. 11. auf 49,1 kg gestiegen. Am 14. 11., nachdem mehrere Tage lang die starken Ausleerungen während des Gebrauchs der Cotoin-pillen vorhergegangen waren, war das Gewicht auf 47,5 kg gefallen, hob sich aber bis zum 21. 11. wieder auf 50 kg, zum Theil jedenfalls infolge des Hydrops, der zu jener Zeit sich eingestellt hatte. Dies war die höchste Zahl, die erreicht wurde, denn die am 4. und 19. 12. noch vorgenommenen Wägungen ergaben beide male 48,5 kg.

Zum Schluss will ich noch erwähnen, dass ungefähr 3 Wochen lang vor dem Exitus letalis der Kranke einen intensiven Kothgeruch um sich herum verbreitete, der die Anwendung von Bädern alle 1 bis 2 Tage nöthig machte, ohne jedoch durch dieselben vollständig entfernt zu werden.

Section 16 h. p. m. (Herr Prof. Ziegler.) — Sehr blasse, männliche Leiche, bedeutend abgemagert; Fettpolster fast vollständig geschwunden. — Geringes Oedem an den Knöcheln.

In der Bauchhöhle eine reichliche Menge einer auffallend hellen, etwas opalescirenden Flüssigkeit. Serosa äusserst blass, Mesenterialgefässe vollkommen leer, ebenso das zusammengerollte Netz. In der blassen Darmserosa stellenweise schwarze Flecken, in der Serosa des Magens eine frische, braunrothe, circumscribte Hämorrhagie.

Die Lungen nicht retrahirt, schieben sich mit ihren Rändern in der Ausdehnung von etwa 2 cm übereinander. Das Perikard wird dadurch vollkommen von der Lunge bedeckt.

Der vorliegende, stark ausgedehnte Lungenabschnitt äusserst blass, zeigt dabei eine leichte Vergrößerung der luftfüllenden Räume. Leichte Spitzenadhärenzen beiderseitig. In beiden Pleuralhöhlen überdies eine Flüssigkeit von derselben Beschaffenheit wie die der Bauchhöhle.

Im Perikard nur wenig Flüssigkeit. Das beträchtlich verkleinerte Herz zeigt über dem rechten Ventrikel drei circumscribte Sehnenflecke an der vordern und hintern Seite. Panniculus des Herzens vollkommen geschwunden; die Oberfläche im übrigen äusserst blass. Aus dem linken Vorhof entleeren sich nur wenige Tropfen von Blut, ebenso auch rechterseits nur eine geringe Menge eines dünnflüssigen, hellen Blutes. Die Ostien beiderseits für zwei Finger eben durchgängig. Die Muskulatur auf beiden Seiten atrophisch, zeigt eine blassbraune, stellenweise mit etwas Gelb vermischte Färbung (braune Atrophie und zugleich etwas Fettdegeneration). — Höhe des linken Ventrikels 6 cm, Umfang der Aorta 7,5, Entfernung der Basis der Tricuspidalis von der Spitze 8, Pulmonalis 7 cm.

Auch an den nach hinten gelegenen Theilen der linken Lunge sieht man eine deutliche Vergrößerung der lufthaltigen Räume, bedingt durch Atrophie der Scheidewände. Im übrigen ist die Lunge anämisch, nur die hintern Partien sind etwas blutreicher und zum Theil collabirt, die Alveolen theilweise gefüllt mit einer röthlichen Flüssigkeit; die vordern Partien trocken, fast vollkommen blutleer, lufthaltig. Heerdekrankungen sind nicht vorhanden. Schleimhaut der Bronchien blass. — Rechterseits voluminöse Lunge, in den vordern Partien ebenfalls blutleer, trocken, lufthaltig; in den hintern Partien ödematös und relativ hyperämisch, namentlich die hintern Theile des Unterlappens. Bronchialdrüsen stark pigmentirt, klein.

Die Milz klein, Kapsel stark gerunzelt, die Pulpa schlaff, von blasser graurother Farbe, das faserige Trabekelsystem zwischen der atrophischen Pulpa deutlich vortretend.

Im Mesenterium des Dünndarms einige punktförmige Hämorrhagien.

Im obern Theil des Dünndarms stark gallig gefärbter, dünnflüssiger Inhalt, der weiter abwärts etwas consistenter wird. Im Dickdarm eine reichliche Menge einer graugelblichen Flüssigkeit.

Der unterste Theil des Dickdarms zeigt zunächst eine diffuse, recht bedeutende Schwellung der ganzen Schleimhaut, dabei erscheint dieselbe durchgehends hellgrau gefärbt. Einzelne Partien des Darms, der Quere nach Streifen bildend, erscheinen etwas dunkler, mehr schiefergrau gefärbt und zugleich belegt mit kleinen, in Häufchen beisammenliegenden, grauweißen Fetzen. Innerhalb dieser grauen Partien sieht man auch kleine, oberflächliche Ulcerationen, die Umgebung derselben erscheint etwas stärker injicirt. Wo die grauen Partien nicht von diesen kleinen weissen Fetzen belegt sind, erscheinen sie oft in ihrem Centrum etwas vertieft und zugleich auffallend glatt. Neben denselben sieht man noch hämorrhagisch aussehende Streifen und Flecke, und auch innerhalb dieser hämorrhagischen Partien bemerkt man einzelne mattgrau-weiße Einlagerungen. — Weiter nach oben, wie überhaupt im ganzen Dickdarm, die Schleimhaut durchgehends stark geschwellt; auch hier noch, wenngleich etwas weniger, graue Flecke und Streifen, deutlich den einzelnen Falten entsprechend, theils die Höhe, theils die Seitenpartien derselben einnehmend, im obersten Theil des Dickdarms sich allmählig verlierend.

Der Dünndarm ist auffallend blass, die Wandung erscheint dünn. An den Stellen, wo die grossen Plaques liegen, sind die Follikelhaufen nicht zu erkennen; nur an einer Stelle ein kleines, follikuläres Gefchwür. Auch weiter aufwärts die Dünne der Wandung und die glatte Beschaffenheit der Innenfläche auffallend, die Kerkring-

schen Falten äusserst klein. Im obersten Theil des Jejunums treten die Falten dagegen stark durch eine ödematöse Schwellung hervor.

Die Nieren sind beträchtlich verkleinert. Die Rindensubstanz verschrälert, dabei die Oberfläche vollkommen glatt, sehr blass, nur die Venen etwas gefüllt. Die Kapsel ist leicht abziehbar.

Die Leber sehr klein, auf über die Hälfte reducirt; die Acini ebenfalls klein, in der Peripherie gelbbraun, im Centrum mehr dunkelbraun gefärbt.

Schädeldach sehr dünn. Die Dura äusserst blass, an der Innenfläche einzelne kleine, circumscribte, sehr zarte pachymeningische Auflagerungen. Auch die Pia sehr blass, in den hintern Partien und über der Scheitelhöhe ödematös. Unter dem Tentorium eine reichliche, vollkommen helle Flüssigkeit. Die Sinus der Basis enthalten nur wenig flüssiges Blut. Links findet sich eine leichte Erweiterung des Hinterhorns. Grosshirnsubstanz, sowohl die graue als auch die Marksubstanz, sehr blass, blutarm, dabei ziemlich stark durchfeuchtet, von guter Consistenz. Centrale Ganglienmassen blass, ebenso das Kleinhirn, Pons und Medulla.

Das Knochenmark des Sternums durchgehends roth gefärbt. Das Mark vom Humerus zeigt die lebhaft braunrothe Farbe einer blutreichen, geschwellten Milz, pulpaähnlich.

Mikroskopischer Befund. — Leider wurde mit dem Mikroskop nur der Dickdarm sowie das Knochenmark, und letzteres nur oberflächlich untersucht.

Im Dickdarm war die Schleimhaut stellenweise arrodirrt und zellig infiltrirt; die Drüsen waren mitunter nur noch zur Hälfte erhalten. Es ist das nichts als eine Bestätigung der schon makroskopisch erkennbaren Veränderungen, dass es sich nämlich um eine chronische katarrhalische Dysenterie handelte.

Das Knochenmark bot bei der oberflächlichen Betrachtung nichts besonderes dar; eine genauere Untersuchung wurde, wie gesagt, verabsäumt. (Schluss folgt.)

III. Verhandlungen der medicinischen Section der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur.

Sitzung vom 27. Juni 1879.

(Schluss.)

Hierauf hält Herr Professor O. Simon einen Vortrag:

„Ueber einige seltene Hautkrankheiten“ (mit Krankenvorstellungen).

Vortr. demonstriert:

1. Einen Fall von Pemphigus foliaceus.

Derselbe betrifft ein 34jähr. Dienstmädchen. Die Krankheit hat sich stürmisch im Laufe zweier Monate entwickelt. In den ersten Wochen des Hospitalaufenthaltes zeigten sich noch schlaffe Blasen, jetzt treten keine solche mehr auf; die ganze Haut ist in Exfoliation begriffen und täglich werden enorme Massen Epithelien abgesondert. Das subjective Befinden der Pat. ist ein auffallend gutes; die Temperaturcurve zeigt ein remittirendes Fieber, das Abends meist 39,0° C. überschreitet. Aetiologisch konnte nichts eruirt werden. Die Prognose ist ungünstig zu stellen. Ein anderer Fall dieses seltenen Uebels verlief vor einigen Monaten lethal unter furi-bunden Hirnsymptomen kurz vor dem Exitus.

2. stellt Vortr.

einen Fall von Rhinosclerom

vor. Derselbe betrifft ein 28jähriges Kindermädchen. Das Uebel begann im Jahre 1875; damals nahm man Nasenpolypen an. Die Nase zeigt eine kolossale elfenbeinharte Anschwellung, die Nasenflügel sind weit auseinandergetrieben, der Rücken verbreitert, die Spitze durch Auftreibung des Septum cutaneum in die Höhe gehoben. Der Tumor ist schmerzlos, doch wird Pat. dadurch belästigt, dass sie absolut keine Luft durch die Nase holen kann. Dieselben harten Tumoren finden sich auch im Gaumen, das Zäpfchen fehlt und die Gaumenbögen sind zu einer starren, säulenartigen Masse zu beiden Seiten verschmolzen. Die vorgezeigten mikroskopischen Präparate lassen die Nasengeschwulst als eine dem Lupus ähnliche Granulationsgeschwulst erkennen. Lues ist, wie in den ana-

logen Fällen, mit Sicherheit auszuschliessen. Vortr. beabsichtigt die Geschwulst mit Pyrogallussäure zu behandeln.

3. stellt Vortr.

einen syphilitischen Primäraffect (Hunter'schen Schanker) des oberen Augenlides vor, bei einem 12jährigen Knaben. Die entsprechende Antiauriculardrüse ist mächtig intumescirt, alle übrigen Lymphdrüsen nur mässig geschwollen. Der Körper ist von einem maculo-papulösen Syphilide bedeckt. Die Ansteckung erfolgte von der Mutter des Patienten, welche ebenfalls zur Vorstellung gelangt und eine über den ganzen Körper verbreitete Lues ulcero-serpiginosa zeigt nebst hochgradiger Elephantiasis des rechten Beines und Destructionen am Gaumen.

In der Discussion stellt Herr Spiegelberg an den Vortragenden die Frage, ob Pemphigus foliaceus vorwiegend bei Frauen vorkommt.

Herr Simon ist der Ansicht, dass die in Rede stehende Affection Männer und Weiber ziemlich in gleichem Masse befällt, etwas häufiger vielleicht Weiber als Männer.

Alsdann demonstriert Herr Bruntzel

die Beckenorgane einer Frau, bei der die Total-exstirpation des carcinomatösen Uterus nach der Freund'schen Methode

ausgeführt worden war. Patientin, am 24. Juli 1878 operirt, war nach 11 Monaten unter marantischen Erscheinungen an einem Recidive zu Grunde gegangen, welches von der hinteren Blasenwand ausgegangen war. Die Neubildung eines allseitig schliessenden Beckenbodens war in vorzüglicher Weise gelungen. Was die Indication der Operation betrifft, so verweist der Vortragende auf seine Mittheilung im Archiv für Gynäkologie, Band XIV, Heft 2.

Im Anschluss hieran erläutert Herr Binswanger an der Hand des Präparates die muthmasslichen Wege der Recidivirung des ursprünglichen Cervicalcarcinoms. Wie der Vortragende früher in einer kurzen Mittheilung (Centralbl. f. Gynäkol. No. 1. 1879) gezeigt hat, sind schon in den frühesten Stadien der carcinomatösen Erkrankung des Cervicaltheils Carcinom-Metastasen in den hypogastrischen Lymphdrüsen auffindbar. In dem vorliegenden Falle sind dieselben Drüsenpakete zu fast hühnereigrossen Geschwulstknoten umgewandelt, theils derber, theils markiger Consistenz. Der Vortr. erinnert daran, dass linkerseits vom Cervicaltheile Vasa afferentia zu den Glandul. lymph. hypogastr. hinführen, anderseits dieselben durch Vasa efferentia mit der hinteren Blasenwandung in Verbindung stehen. Es ist hier die Anschauung gerechtfertigt, dass die Recidivirung trotz ausgiebigster und vollständiger Entfernung des local Erkrankten eintreten musste, da schon in den besagten Lymphdrüsen Deposita der bösartigen Neubildung vorhanden waren, welche die Grundlage erneuter Infection vermitteln der oben benannten Wege geworden sind.

Spiegelberg.

IV. Aus dem physiologischen Verein.

Herr Dr. Kroner referirt, nachdem er in kurzen Zügen die Resultate früherer Forschungen über Stoffwechsel zwischen Mutter und Kind erwähnt, über eine kürzlich im Archiv f. experim. Path. u. Therap. (X. Bd.) erschienene Arbeit von Max Runge: „Ueber den Einfluss einiger Veränderungen des mütterlichen Blutes und Kreislaufs auf den foetalen Organismus.“

R. behandelte zunächst die Frage, wie sich bei einer Neutralisation der Alkalien im Blute des trächtigen Thieres der foetale Organismus verhalte, ob sich auch bei ihm eine Alkaliarmuth ausbildet oder ob derselbe eine gewisse Selbstständigkeit gegenüber der Alteration des mütterlichen Blutes bewahrt. Nach der von Walter angegebenen Methode machte er durch Injection von 0,8proc. Salzsäure in mehrstündigen Intervallen (1 g ChlH. pro kg Thier) in den Magen das Blut hoch trächtiger Kaninchen alkaliarm. Dieselben starben nach einer gewissen Zeit unter ganz bestimmten Erscheinungen, unter denen eine Reizung des Respirationssystems und eine darauf folgende Lähmung desselben mit gleichzeitigem enormen Sinken des Blutdrucks im Vordergrund stehen. Bei Eröffnung des Uterus unmittelbar nach dem letzten Athemzuge des Mutterthieres zeigte sich die Frucht stets abgestorben. Dasselbe war der Fall, wenn man den Uterusschnitt

noch bei Lebzeiten des Thieres machte im Stadium der Respirationslähmung und des sinkenden Blutdrucks. Dagegen waren die Jungen allemal völlig lebensfrisch, wenn man den Uterusschnitt im ersten Stadium der Vergiftung vornahm, wenn die eingetretene Dyspnoe das einzige Zeichen der beginnenden Intoxication bildete. Das Blut der vor dem Tode des Mutterthieres abgestorbenen Jungen zeigte stets normale Alkaleszenz, das des Mutterthieres nur eine äusserst schwache. Die Section der todtten Früchte ergab stets grosse und zahlreiche subpleurale und subpericardiale Ecchymosen, häufig auch abnorme Blutfülle der Lungen.

Hieraus zieht R. folgende Schlüsse:

- 1) Der Tod der Frucht bei der Säurevergiftung der Mutter ist nicht durch einen Mangel an Alkalien im foetalen Blut bedingt.
- 2) Die subpleuralen Ecchymosen und die Blutfülle der Lungen der vor dem Tode der Mutter abgestorbenen Früchte machen es im hohen Grade wahrscheinlich, dass die Frucht vor ihrem Tode vorzeitige Athembewegungen ausgeführt hat.

Zur weiteren Ermittlung der Todesursache des Foetus analysirte R. die Natur der Säurevergiftung näher. O-Mangel kann nicht als Ursache der Lähmung des resp. und rasom. Centr. angesprochen werden, weil nach den von Walter ausgeführten Blutanalysen der Sauerstoffgehalt unverändert bleibt.

Die Idee, der gesammte Symptomencomplex würde durch Ueberladung des Blutes mit freier, d. h. absorbirter Kohlensäure erzeugt, erweist sich bei experimenteller Prüfung der Frage als unhaltbar.

Eine Zunahme der Kohlensäurespannung in den Gasen der Bauchhöhle, mithin auch der freien CO₂ im Blute bei mit der Säure vergifteten Thieren ist nach den Versuchen von R., wenn eine solche überhaupt statt hat, sehr gering. Dass diese ev. geringe Zunahme der freien CO₂ aber nicht genügt, um die oben genannten Veränderungen der centralen Apparate hervorzurufen, sucht R. aus vergleichenden Versuchen über das Verhalten der CO₂-Spannung bei Thieren zu erweisen, welche er ein Gasgemenge von CO₂ und O athmen liess.

Die Resultate dieser Untersuchungen fasst R. in folgenden Sätzen zusammen: 1) Bei der Athm. einer Mischung von 1 Vol. O und 2 Vol. CO₂ entspricht während der tiefsten Vergiftung und kurz vor dem Tode des Thieres die CO₂-Spannung in den Gasen der Bauchhöhle bis zu 55 pCt. Bei der Neutralisation der Alkalien und Mineralsäuren beträgt die CO₂ in den stärksten Graden der Vergiftung aber nur 10—11 pCt., es fehlt dem entsprechend auch die Narkose, die der CO₂-Intoxication *κατ' ἐξοχήν* ganz eigenthümlich und charakteristisch ist. Ein O-Mangel ist dabei nicht im Spiel. 2) Die CO₂ bedarf zu ihrer Ausscheidung aus dem Organismus nicht der Gegenwart der normalen Menge der Alkalien im Blut, denn, wenn man diese, wie bei der Salzsäurevergiftung nahezu neutralisirt, findet keine Anhäufung der Kohlensäure im Blut statt. Diese ist daher bei der Säurevergiftung nicht das schädliche Moment.

Die Frage, ob die selbst bei geringer Erhöhung der CO₂-Spannung im mütterlichen Blute erschwerte Abgabe der foetalen Kohlensäure den Tod der Frucht bewirkt, verneint R. auf Grund von Versuchen mit Inhalationen des oben bezeichneten Gemisches von O und CO₂ an schwangeren Kaninchen. Dieselben ergaben, dass die CO₂ in grösseren Quantitäten sich im Foetus anhäufen und längere Zeit auf diesen einwirken muss, ehe sein Leben erlischt, weshalb auch bei der Säurevergiftung von einem Einfluss der CO₂ auf den Foetus nicht die Rede sein kann.

Als letztes für die Todesursache des Foetus eventuell in Frage kommendes Moment betrachtet R. die bedeutende Erniedrigung des arteriellen Blutdrucks bei der Säurevergiftung sowohl wie bei der Kohlensäure-Intoxication.

Seine nach dieser Richtung ausgeführten Versuche bestanden in dauernder Blutdruckherabsetzung bei trächtigen Kaninchen durch Halsmarkdurchschneidung. Das Resultat war stets dasselbe. 15—30 Min. nach der Durchschneidung des Halsmarkes fand man die Jungen abgestorben und zwar trat der Tod um so eher ein, je vollständiger die Trennung gelang und je näher an der med. obl. sie ausgeführt wurde.

Controlversuche, bei denen man nach der Trennung des Halsmarks und elektrischer Reizung des Rückenmarks unterhalb der Schnittstelle den Blutdruck auf einer annähernd normalen Höhe erhielt, zeigten, dass dann nach längeren Zeitschnitten lebensfrische Junge extrahirt wurden, dass also in der That der plötzliche und dauernde Abfall des arteriellen Drucks im Mutterthier der tödtliche Factor für die Frucht nach der Halsmarkdurchschneidung ist.

Die Sectionsbefunde ergaben meist reichliche Ecchymosen auf den Lungen. — Da bei der Säurevergiftung des Mutterthieres die Früchte immer erst im letzten Stadium derselben abstarben, in diesem aber nach den Walter'schen Curven der Blutdruck auf ähnliche niedrige Werthe sank wie bei der Halsmarkdurchtrennung, so schliesst R., dass bei der Alkaliarmuth des mütterlichen Blutes das Sinken des Blutdrucks als dasjenige Moment angesehen werden muss, welchem die Früchte vor dem Tode der Mutter zum Opfer fallen.

Die Thatsache, dass bedeutende Herabsetzung des Blutdrucks schon nach kurzer Zeit das Leben der Frucht gefährdet, scheint R. praktisch bedeutsam. Er empfiehlt weitere Untersuchungen über den Einfluss dieses Momentes für den nicht selten eintretenden Tod der Frucht bei uncompensirten Herzfehlern und führt zum Schluss noch Experimente an, die die Gefahren langdauernder Chloroformnarkose für das Leben der Frucht darthun sollen, auf Grund des dabei enorm sinkenden Blutdrucks.

Da auch die Section der im Mutterleibe während der Narkose abgestorbenen Jungen stets subpleurale Ecchymosen ergab und das meist Zeichen vorzeitiger Athmung sind, so sieht R. auch hierin wiederum die Folgen des gesunkenen Blutdrucks, nicht des auf das foetale Blut übergegangenen Chloroforms, da dies ja das Respirationscentrum lähme.

Es knüpft sich hieran eine längere Discussion, deren wir hier, soweit sie die vom R. gezogenen praktischen Consequenzen betrifft, nur mit wenigen Worten erwähnen wollen.

Bei den hochgradigsten incompensirten Herzfehlern können lebende und lebensfähige Kinder geboren werden. Zur Erklärung für den bei incompensirten Herzfehlern bisweilen eintretenden Tod der Frucht dienen die experimentell gewonnenen Daten schwerlich als Ausgangspunkt. Der Grad der durch jene gesetzten arteriellen Blutdruckerniedrigung und die lange Dauer ihrer Einwirkung in der Gravidität sind zu verschieden von den nach Halsmarkdurchschneidung gesetzten Veränderungen.

Tod des Kindes in Folge längerer Narkose der Mutter ist gewiss höchst selten. Nach Stunden lang fortgesetzter Chloroformnarkose der Mutter wurden in hiesiger Klinik jedesmal lebende Kinder geboren. Der Sectionsbefund, den R. bei den in der Narkose des Mutterthieres gestorbenen Jungen angab, zwingt nicht zur Annahme vorzeitiger Athmung in Folge des herabgesetzten Druckes, da ja das Chloroform zuerst das Athmungscentrum reizt. Selbst zu diesem Effect sind aber beim intrauterinen Menschen gewiss sehr grosse Mengen nöthig. Ein wie eigenthümliches Verhalten der Foetus einzelnen Nervengiften gegenüber zeigt, beweisen ja auch die oben erwähnten CO₂-Experimente Runge's und die bekannten Strychninversuche Gusserows, nach denen bei subcutaner Strychninjection in das Mutterthier, wie in den noch intra uterum befindlichen Foetus, letzterer stets munter bleibt, während ersteres mehr oder minder spät unter tödtlichen Krämpfen zu Grunde geht.

V. Protokoll der ersten Provinzial-Versammlung der Schlesischen Aerzte-Vereine,

abgehalten am

Sonntag, den 15. Juni 1879, Mittags 12 Uhr zu Breslau im Café restaurant.

Vorsitzender: Professor Dr. Förster-Breslau.

Schriftführer: Dr. Schmeidler-Breslau.

Dr. Jacobi-Grünberg.

(Schluss.)

Von neueren Fällen dieser Art verdient besonders der zu Grabnick im Kreise Lyck, Reg.-Bez. Gumbinnen, vorgekommene die allgemeinste Aufmerksamkeit. Die von dem Regierungs-Commissar in der Sitzung der Petitions-Commission des Reichstages im Mai 1879 gemachten Angaben sind ganz ungenügend. Redner ist in der Lage einen ganz authentischen Bericht der Vorgänge zu geben, aus welchem wir folgendes hier hervorheben: Dr. D. bezog einige Röhrchen Lymphe aus dem Königsberger Provinzial-Impfinstitut. Am 19. Juni 1877 impfte er in Grabnick 90 Erstimpflinge und 60 schulpflichtige Kinder. Schon wenige Tage später stellten sich bei mehreren der Ersten Erysipale, Drüsenschwellungen, Verschwürungen, Eitersenkungen der Haut; ferner Masern- und scharlachartige Ausschläge ein. Von den 90 Erstimpflingen erkrankten 53, 15 starben 6—8 Wochen nach der Impfung. Die schulpflichtigen Kinder blieben sämmtlich gesund. Fünf wurden gerichtlich secirt, und dabei zum Theil Eiterresorption und Septicämie constatirt. Scharlachinfection konnte, da Scharlach zu dieser Zeit dort herrschte, bei andern als Todesursache nicht ausgeschlossen werden. — Gegen den Arzt wurde die Anklage auf fahrlässige Tödtung und Körperverletzung resp. fahrlässige Handlung bei Ausführung der Impfung gestellt. Einige Mütter gaben an, dass aus den Impfstichen Blut stark herausgeflossen wäre; ferner gab der Arzt zu, Lymphe einem mit Ekzem behafteten Kinde entnommen und seinem Vorrath beigemischt zu haben. Uebrigens hatte der Arzt später mit demselben Lymphvorrath weiter geimpft, ohne dass Schaden entstanden war. Der zugezogene Sachverständige erklärte, dass Impfstiche mit nachfolgender reichlicher Blutung verwerflich und regelwidrig seien und auf einen

Mangel an technischer Fertigkeit oder tadelnswerthe Ueber-eilung schliessen liessen, ferner wäre die Abimpfung von einem ekzematösen Kinde verwerflich. Beides erkläre freilich noch nicht den schlimmen Verlauf der Grabnick'schen Fälle. Dieser wäre wohl durch die fehlerhafte Aufbewahrung der Lymphe veranlasst, da Dr. D. einen Vorrath von Lymphe angesammelt habe und diese durch wiederholtes Oeffnen des Gefässes verdorben sein müsste. Ein anderer Sachverständiger glaubte, dass die Infection mit Scharlach den bösartigen Verlauf der Fälle bedingt habe.

Von allen Seiten wurde constatirt, dass Syphilis in diesem Falle ganz ausser Betracht käme.

Der Staatsanwalt beantragte 6 Monate Gefängniss und 5000 Mark Strafe.

Der Gerichtshof verurtheilte Dr. D. zu 1000 Mark Geldbusse, wegen wiederholter fahrlässiger Handlungen gegen § 17 des Impfgesetzes, welche in der Art der Impfung, in der Abimpfung und Wiederverimpfung der Lymphe von einem scrophulösen Kinde und in der unvorsichtigen Aufbewahrung und Anwendung des Lymphvorraths begründet wurde.

Redner kritisiert den vorliegenden Fall und glaubt, dass der wesentlichste Mangel, welcher dabei zu Tage träte, in dem Fehlen eines allgemeinen Impfreferativs begründet sei. Die Impfarzte wüssten heute nicht, was erlaubt sei und was verboten. Sehr viel Aerzte hätten optima fide ganz die nämliche Art der Lymphaufbewahrung, wie der deshalb verurtheilte Dr. D. Ueber die Blutungen durch Impfstiche wäre absolut nichts Gesetzmässiges bekannt. Wenngleich es im Interesse der wissenschaftlichen Forschung wünschenswerth sei, dass der Impfarzt in der Art seines Handelns nicht allzu sehr eingeschränkt würde, so müsste doch einmal festgestellt werden, was erlaubt sei und was verboten. Dies wäre bei dem vierten Punkt der Tagesordnung des nächsten Aertzetages zur Geltung zu bringen. So wären heute die Ansichten noch ausserordentlich getheilt, welche Kinder zur Abimpfung zulässig seien, und welche nicht. Vogt in Hamburg finde nur 11% zur Abimpfung geeignet, Dr. Stern vom Breslauer Königl. Impfinstitut aber 11% zur Abimpfung ungeeignet. Dazwischen ständen Andre mit 25% und 50%. Derartige Differenzen könnten nur in verschiedenen Auffassungen der Abimpfzulässigkeit begründet sein. Die Breslauer Impfcommission habe folgendes Schema¹⁾ entworfen, dessen zweite Hälfte sich ganz auf die vorliegende Frage beziehe.

Zur Impf-Statistik.

Datum der Besichtigung.	Zahl der Besichtigten.	Von den Tauglichen:						Zur Abimpfung untauglich.	Untauglich wegen:								
		Davon zur Abimpfung tauglich.	nach ausserhalb abgegeben.	an der Impfstelle verwandt.	geimpft.	Capillaren gefüllt.	Spere armirt.		Widerstands der Mutter.	unpassenden Alters.	mangelhaften Pustelinhalt.	Erysipel an den Impfpusteln.	Atrophie.	Rachitis hohen Grades.	Scrophulose.	Syphilis.	Sonstiger Krankheiten.

Es wäre sehr wünschenswerth, dass dasselbe eine allgemeinere Verbreitung fände, um diese Frage endgiltig zu klären.

Die von der Impf-Commission des Aertzetages getroffenen Schritte hinsichtlich der Verbreitung der Syphilis, könne man nicht ganz billigen. Diese Frage von aller mächtigster Trag-

¹⁾ Von M. Lemberg's Druckerei, Breslau, zu beziehen.

weite müsse in nicht zu ferner Zeit mit allen nur denkbaren Kräften in Angriff genommen werden. Das von der Commission vorläufig empfohlene Schema über Syphilis im Kindesalter sei zu umständlich und erscheine unausführbar.

Unter unseren heutigen Verhältnissen und Anschauungen sei die Anzeigepflicht aller Syphilitischen undenkbar. Aber auch der Antrag, unter Discretion dem Impfarzt die Syphilisfälle mitzutheilen, würde auf die grössten Schwierigkeiten stossen. Da aber diese Frage dringlich irgend eine Lösung verlange, so mache er (Simon) folgenden Vorschlag, welcher auf dem nächsten Aerztevereinstage zu discutiren sei.

„Jeder Arzt, welcher ein syphilitisches Kind behandelt, soll die Verpflichtung haben, dieses Kind auch zu vacciniren.“

Auf diese Weise würde jede Gefahr vermieden; der Arzt könnte so leicht jede Abimpfung verhüten und eine Verletzung der ärztlichen Discretion wäre vollständig vermieden.

Schliesslich giebt Redner ein Résumé des vorliegenden Materials und der daran sich knüpfenden Anträge.

Der Vorsitzende richtet an die Versammlung die Frage, ob nun das Referat von Jacobi oder das von Freund gehört werden solle. Letzteres schliesse sich hier wohl besser an. Die Versammlung entscheidet sich dafür, Herrn Dr. Freund jetzt referiren zu lassen.

Herr Dr. Freund giebt folgendes Referat, welches er in die Form einer Anfrage betreffs etwaigen relativen Lymphmangels eingekleidet hat:

Von den für allgemeine Einführung animaler Vaccination geltend gemachten Motiven haben nur zwei Berechtigung, nämlich die Transmissionsmöglichkeit der Syphilis und relativer Lymphmangel.

Erstere, obgleich eine sichere Thatsache, ist in ihrer Gefährlichkeit durch die impfgegnerische Agitation maasslos übertrieben worden. Soweit die bekannt gewordenen Fälle die maassgebenden Momente überhaupt mittheilen, sind in jedem ein oder mehrere Anhaltspunkte zu finden, die bei Aufmerksamkeit die Uebertragung hätten vermeiden lassen können. Auch Kussmaul constatirt dies für die meisten Fälle der Syphilis e vaccinatione.

Syphilis und andere übertragbare Krankheiten bedingen darum nicht absolut allgemeine Einführung animaler Vaccination.

Wie aber steht es mit dem uns zur Verfügung bleibenden Lymphquantum, wenn wir die durch die bekannten Umstände (Krankheiten oder Verdacht solcher und bestimmte Lymphqualitäten) bedingte Auswahl unter den Abimpfungen gewissenhaft üben, auch die Abneigung, den Widerstand des Publikums gegen das Abimpfen in Betracht ziehen? Wie namentlich steht es, wenn der Bedarf ungewöhnlich steigt, ohne dass entsprechend viel Stoff geliefert wird, wie bei Epidemien und zumal im Winter? Hamburg und Dresden haben in erster Linie zur Beschaffung hinreichender Mengen frischer Lymphe die animale Vaccination eingeführt. In Stuttgart und Brüssel hat zu Zeiten von Epidemien Lymphe für die Revaccinationen gefehlt. Nachrichten aus den Kreisen der Aerzte haben ganz verschiedene Resultate ergeben; hier in Breslau hat sich für die meisten Impfbezirke vollkommen ausreichende Lymphmenge ergeben bei einer durchschnittlichen Ausscheidung von 33 bis 40 pCt. der Impflinge.

Die Frage des relativen Lymphmangels hat für den Fall, dass man die Syphilisgefahr durch bestimmte Cautelen für ver-

meidbar hält, eine ganz selbstständige Bedeutung, indem alsdann nur dieser unmittelbar zur animalen Vaccination drängen würde, die ganz fallen könnte, wenn der zum Abimpfen verbleibende Rest von Impfingen für alle Fälle geeigneten Stoff lieferte. In der That ist auch schon einmal eine gleiche, durch Syphilisgefahr verursachte allgemeine Aufregung der ärztlichen und nichtärztlichen Welt in der Mitte der 50er Jahre wieder verraucht, ohne der auch damals laut gewordenen Forderung nach allgemeiner animaler Vaccination gerecht zu werden. Ging auch damals die Gegenströmung unter Führung der grössten Fachautoritäten (Hebra, Sigmund, Chomel, Ricord, Rayer) zu weit, indem sie die ganze Existenz der vaccinalen Syphilisation leugnete, so ist doch nach Prüfung der betreffenden Literatur die Gefahr jetzt über alle Maassen überschätzt und, wenn dies erkannt und wenn bei aller scrupulösen Auswahl unter den Abimpfungen Stoffmangel nicht eintritt, so sollte man männiglich zur Ernüchterung der jetzt bestehenden Erregung beitragen.

Etwaige Mittheilungen aus grösseren ärztlichen Kreisen über Schwierigkeiten, rechtzeitig unter den verschiedenen Umständen (Epidemien zur Winterszeit) die nöthige Menge Lymphe zu erhalten, würden, meine ich, zur Klärung der jetzt allwärts schwebenden Frage über Bedürfniss und Durchführbarkeit animaler Vaccination beitragen und darum richte ich die Bitte an Sie, uns Ihre Erfahrungen nach dieser Richtung hin wissen zu lassen.

An diese Mittheilungen schloss sich folgende Discussion an:

Goetsch-Slawentzitz: So lange nicht durch exacte Versuche festgestellt werde, dass die Uebertragung der Tuberkulose (Perlsucht) von Kalb auf Kalb oder von Kalb auf Mensch unmöglich sei, können wir uns über die Frage der animalen Vaccination noch nicht schlüssig machen. Perlsucht sei in ihren Symptomen schwer erkennbar; und wie gross die Gefahr der Transmission von Perlsucht auch durch Lymphe sein könne, beweise die Thatsache, dass selbst Fütterung mit der Milch perlsüchtiger Kühe Tuberkulose resp. Perlsucht bei Kälbern erzeugen könne.

Simon-Breslau: Die vom Vorredner angeregte Frage hält auch er von allerschwerster Bedeutung. Sie stehe im Vordergrund der ganzen Frage von der animalen Vaccination. Deshalb sei er auch vorher nicht für eine allgemeine Einführung der animalen Vaccination eingetreten, sondern für die Errichtung von Versuchsstationen. Die Uebertragbarkeit der Perlsucht auf den Menschen müsse von Neuem geprüft werden; vor Allem müsste durch Versuche festgestellt werden: Ist die Perlsucht durch Vaccination übertragbar? Ist letzteres der Fall, dann falle die animale Vaccination.

Stadthagen-Liegnitz: Er sei vor Kurzem beauftragt gewesen, gegenüber den Angriffen der Impfgegner eine an das Reichsgesundheitsamt zu richtende Denkschrift abzufassen, über die Wege, wie die Impfgefahren zu vermeiden seien; er habe hierbei im Wesentlichen die von Herrn Simon vorgebrachten Punkte erwähnt. Er würde aber mehr Werth auf die obligatorische Verwendung animaler Lymphe gelegt haben, wenn diese nicht wegen ihrer zu kurzen Haltbarkeit ungeeignet zur Versendung an die Landimpfärzte wäre. Zudem sind Anzeichen vorhanden, dass selbst eine etwaige ausschliessliche Verimpfung animaler Lymphe die Impfgegner nicht zum Schweigen bringen werde, sondern dass dann jeder Fall von Tuberkulose bei Menschen ihnen Veranlassung sein werde, deren Ueberimpfung vom Rinde zu behaupten.

Was die Anzeigepflicht bei Syphilis betrifft, so sei eine solche schon durch § 65 des Regulativs vom 8. August 1835 gegeben, wonach sie für solche Fälle von Syphilis ausgesprochen sei, welche „nachtheilige Folgen für das Gemeinwesen befürchten lassen.“ Mannigfache Gründe sprächen aber gegen eine strikte Durchführung dieser Bestimmung, vielmehr empfehle es sich:

- 1) dass syphilitische Impfinge nicht der Polizei, sondern einem Amtsarzt angezeigt würden;
- 2) dass das Alter des Abimpfings in Rücksicht auf etwaige latente Syphilis auf mindestens 6 Monate gesetzlich bestimmt werde.

Schliesslich wolle er noch bemerken, dass unter den seinerseits gemachten Vorschlägen zur Verhütung der Impfgefahren sich auch der befindet, dass der Lymphverkauf Seitens der Nichtärzte inhibirt werde.

Simon-Breslau: Die Syphilis bleibe nicht stets nur bis zum 6. Monat latent, sondern in manchen, wenn auch seltenen Fällen, länger. Viel häufiger aber käme in Betracht, dass ein erster, leichter Ausbruch ganz übersehen werde und nun eine beliebige lange

Zeit bis zum zweiten Ausbruch verstreiche, in welcher dennoch eine Abimpfung Gefahr bedingen könnte. Dem Vorschlage des Vorredners würde in verschiedenen Impfrelevativen annähernd entsprochen, aber beseitigt würde die Gefahr durch denselben nicht. Im Uebrigen erschiene ihm sein Vorschlag, dass der behandelnde Arzt auch die Impfung bei specifischen Kindern übernehme, zweckmässiger als der Vorschlag des Vorredners.

Freund: Er habe nicht behauptet, dass die Syphilis nur in den ersten 6 Lebensmonaten latent bleibe, sondern es hätte sich herausgestellt, dass die meisten der latent syphilitischen Kinder, von denen Syphilis durch Abimpfung übertragen worden sei, sich in einem Alter von weniger als 6 Lebensmonaten befunden hätten. Er wiederhole nun nochmals seine vorhin ausgesprochene Frage an die Collegen, wo sich der relative Lymphmangel gezeigt habe.

Pistor-Oppeln: Nur in zwei Kreisen Oberschlesiens zeigte sich vor einiger Zeit Lymphmangel. Die Klagen darüber hätten immer mehr abgenommen. Der Oberschlesische Verein habe daher auch seinen damaligen, beim Aertzetage 1877 gestellten Antrag (auf Einführung des Abimpfungs-Zwanges) zurückgezogen.

Schmiedel-Militsch: Er habe niemals Mangel an Lymphgehabt, wiewohl er jährlich an 3000 Kinder impfe. Den Widerstand der Mütter wisse er dadurch zu beseitigen, dass er bei den Impfterminen diejenigen, welche die Abimpfung von ihren Kindern nicht gestatten, bis zuletzt warten lasse. In Folge dessen entschlossen sich manche Mütter immer noch lieber zur Abimpfung ihrer Kinder als zu dem langen Warten. Am schädlichsten habe in Bezug auf die Gewinnung der Lymphge früher die sogenannte Vorimpfung gewirkt, welche darin bestand, dass Kinder armer Eltern als Stamm-Impflinge vor den anderen Kindern benützt wurden; dies wurde vielfach als eine Schande betrachtet und schreckte dadurch von der Gewährung der Lymphge ab. Er helfe sich meist mit Glycerin-Lymphge und sei zufrieden damit.

Gegen die Transmission der Syphilis dürfte es u. A. helfen, wenn die Impfbezirke nicht zu gross gemacht würden, damit die Impfärzte über die einzelnen Fälle von vornherein besser orientirt wären. —

Hierauf wird aus der Versammlung heraus Schluss der Debatte beantragt und durch Abstimmung angenommen. Es folgt das Referat des Bezirks-Physikus Dr. Jacobi-Breslau über die Stellung der Aerzte zur Gewerbe-Ordnung. Derselbe äussert sich wie folgt:

Punkt II der Tagesordnung für den nächsten deutschen Aertzetag ist ein nicht näher bezeichneter Antrag auf Abänderung des § 55 der Gewerbe-Ordnung, welcher den Gewerbebetrieb im Umherziehen betrifft. Der Antragsteller, Herr Dr. Rockwitz aus Cassel, hat aber am Schlusse des vorigen Aertzetages in Eisenach bereits angedeutet, was er im Sinne hat. Er hat damals die Frage aufgeworfen, ob auf Grund der Gewerbeordnung umherziehenden Kurpfuschern das Recht zustehe, Gewerbescheine zu erlangen, und beklagt, dass offiziell erklärt worden sei, die Behörden könnten ihnen dies Recht nach den zur Zeit geltenden Gesetzen nicht verweigern. Da nun die Gewerbescheine gleichsam Approbations-Zeugnisse seien, welche das Publikum täuschen, so erscheine eine Aenderung des § 55 nothwendig, durch welche den Kurpfuschern jenes Recht ausdrücklich abgesprochen wird.

Dem gegenüber habe Redner zunächst anzuführen, dass die Gewerbeordnung mit „Gewerbescheinen“ überhaupt nichts zu thun habe. Ein Gewerbeschein ist nichts als eine Quittung für bezahlte Gewerbesteuer, und die Gewerbesteuer ist nicht durch die Gewerbeordnung, sondern durch bestimmte andere und zwar partikuläre Landesgesetze (in Preussen durch die Gesetze vom 30. Mai 1820, 19. Juli 1861 und 3. Juli 1876 und die Ministerial-Anweisung vom 20. Mai 1876) geregelt. Ob nach den Steuergesetzen in Preussen ein Kurpfuscher Gewerbesteuer zu zahlen hat, ist aber eine Frage, die einem ganz anderen Gebiete angehört.

Der § 55 der Gewerbe-Ordnung dagegen handelt nur von den Legitimationsscheinen für den Gewerbebetrieb im Umherziehen, welche allerdings nach den Worten der Motive „dem Publikum eine gewisse Garantie bieten sollen“. Dass aber der § 55 auf umherziehende Kurpfuscher nicht bezogen werden kann, beweist sehr bestimmt der § 6 der Gewerbe-Ordnung,

welcher besagt: Die qu. Gewerbe-Ordnung findet keine Anwendung auf die Ausübung der Heilkunde mit alleiniger Ausnahme der §§ 29, 30, 53, 80 und 144 (also nicht § 55). Deshalb bedarf der umherziehende Kurpfuscher, welcher ja mit voller gesetzlicher Berechtigung die Heilkunde ausübt, keines Legitimationsscheines und darf ihn auch nicht erhalten.

Demnach glaube er, dass dem qu. Antrage ein Missverständniss zu Grunde liege.

Indessen hat der Antrag doch noch eine andere und höhere Bedeutung. Er ist ein Plänkler. Es handelt sich um ein Vorpostengefecht, hinter welchem ein ernsterer Kampf sich vorbereitet. Namentlich in Süddeutschland, insbesondere in Bayern, wird sehr lebhaft dafür agitirt, ärztlicherseits die Wiedereinführung des Verbotes der Kurpfuscherei zu beantragen.

Er würde es für einen schweren politischen Fehler halten, wenn sich der Aertzetag zu einem solchen Antrage entschliesse. Das Verbot hat existirt nicht als Privileg der Aerzte sondern zum Schutze des Publikums. Die Aufhebung des Verbotes erfolgte dann einzig und allein auf Betrieb eines bedeutenden ärztlichen Vereines, der zweifellos das egoistische Interesse dabei verfolgte, als Schadenersatz die Beseitigung des fatalen § 200 des Preuss. Strafgesetzbuchs (Zwangspflicht für ärztliche Hilfeleistung) zu erlangen. Hat sich nun die Freigebung der Kurpfuscherei für das Publikum gefahrvoll erwiesen, — was keineswegs bewiesen wird, — so mag die Regierung oder das Publikum eine Aenderung des Gesetzes veranlassen. Die ärztliche Initiative würde naturgemäss die odiose Auffassung wecken, dass wir jetzt nur um ein Privileg kämpfen.

Seiner Auffassung nach haben sich die Aerzte jedes directen Antrages auf Aenderung der Gewerbeordnung zu enthalten. Was sie anstreben müssen, das ist eine Aerzte-Ordnung, welche die Aerzte aus der Gewerbeordnung und somit aus der Gesellschaft der ebenfalls „die Heilkunde ausübenden Kurpfuscher“ heraushebt. Nicht anders aber dürfen die Aerzte eine Aerzte-Ordnung beantragen, als indem sie der Regierung einen vollständig fertigen Entwurf unterbreiten. Allgemeine, unklare Forderungen müssen durchaus vermieden werden. Was daher der Aertzetag in dieser Frage zu thun habe, das sei die Vorbereitung eines Entwurfs zur Aerzte-Ordnung.

Da sich eine Debatte an dieses Referat nicht anschliesst, so wird die Versammlung um 2³/₄ Uhr Nachmittags durch den Vorsitzenden geschlossen.

VI. Referate und Kritiken.

B. Baginsky, Zur Casuistik der infectiösen Periostitis und Osteomyelitis. Centralzeitung für Kinderheilkunde. 1879, Nr. 18, pag. 310 ff.

Ein 6jähriger Knabe erkrankte plötzlich ohne nachweisbares Trauma oder sonstige Schädlichkeit mit heftigen Schmerzen im rechten Fusse; nach einigen Stunden hohes Fieber, Schlaflosigkeit, aber kein Schüttelfrost. Die Untersuchung zeigt (12 Stunden nach Beginn) Anschwellung des rechten Oberschenkels ohne Oedem und ohne Hautröthe, intensive Schmerzhaftigkeit auf Druck; ferner Schwellung des Kniegelenks, insbesondere des Condyl. internus. Rotation nach aussen, Flexion und Abduction des Oberschenkels im Bett; beim Auftreten Rotation nach innen, Flexion und Adduction. Keine Fluctuation nachweisbar. Hüftgelenk frei. 2 Stunden darauf clonische Convulsionen, Abends Coma, Nachts 2 Uhr Mors.

Die Section ergiebt eine eitrige Periostitis am unteren Drittel des Femur, Caries des Condyl. internus und eines Theils der Epiphyse. Das Knochenmark zeigt in der Epiphyse keine Veränderung, in der Diaphyse leichte Röthung. Hüft- und Kniegelenk frei.

Woher die infectiöse Natur der Erkrankung rührt, ist nicht nachzuweisen. Verf. nimmt mit Küster an, dass der Process zunächst rein local ist und erst später die Infection eintritt. Dafür sprechen die Fälle, bei denen durch frühzeitige Incision oder Amputation Heilung herbeigeführt ist.

Toeplitz.

Morrant Baker, Amussat's operation for artificial anus. The Lancet June 7, 1879, pag. 813.

Ein 19 Tage altes Kind wurde wegen Anus imperforatus in St. Bartholomew's Hospital gebracht. Der Leib war sehr stark ausgedehnt, häufiges Erbrechen, grosse Erschöpfung. In der Narcose suchte B. von dem Blindsack aus, welcher den Anus vertrat, das verschlossene Darmende zu erreichen, was ihm jedoch trotz ausgiebiger Incision nicht gelang. Es wurde deshalb die Colotomie in der linken Seite nach Amussat ausgeführt. Es entleerte sich eine grosse Menge Meconium und schon nach wenigen Stunden war der Zustand weit besser. Es wurde eine elastische Tracheotomie-Canüle eingeführt, welche Verengerung und Prolaps des Darms verhindern sollte. Diese Röhre wird continuirlich getragen. Ein Jahr nach der Operation war das Kind gesund; durch die elastische Canüle wurde nur 1 bis 2 Mal wöchentlich Stuhl entleert, ohne dass Auftreibung des Leibes zu constatiren war. Jetzt ist das Kind 3 Jahre alt, sehr gut genährt und trägt noch immer die Canüle. B. beabsichtigt, in einigen Jahren die Lage des unteren Darmendes weiter zu exploriren, um event. weitere Massnahmen zu ergreifen. Toeplitz.

VII. Tagesgeschichtliche Notizen.

— Breslau. Am 24. Juli habilitirten sich an der medicinischen Fakultät die Herren Bezirksphysikus Dr. Jacobi und Dr. Wiener. Jacobi verteidigte seine Habilitationsschrift: „Beiträge zur medicinischen Klimatologie und Statistik, umfassend die wichtigsten Elemente einer hygienischen Lokalstatistik der Stadt Breslau“, sowie die von ihm aufgestellten Thesen: „Die fehlerhafte Haltung der Kinder beim Schreiben wird weniger durch unzuweckmässige Subsellien als durch mangelhaften Schreibunterricht verschuldet“ und „Die Abnahme der Typhus-Mortalität in den letzten Jahrzehnten ist nicht durch die Einführung der methodischen Kaltwasserbehandlung herbeigeführt worden“ gegen die Opponenten, die Herren Professor Cohn, Dr. Soltmann und Dr. Rosenbach. Dr. Wiener's Habilitationsschrift bildete eine experimentell-pathologische Abhandlung: „über das Wesen und Schicksal der Fettleibigkeit“. Dr. Wiener verteidigte dieselbe nebst den beiden Thesen: „Die Menstruation ist von der Ovulation abhängig“ und „Das enge Becken erfordert eine abwartende Behandlung“ gegen die Herren Privatdocenten Dr. Grützner und Dr. Dyhrenfurth.

— Die Geschäftsführung für die 52. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, welche vom 18. bis 24. September in Baden-Baden tagen wird, hat das Programm der Versammlung vorige Woche ausgegeben. Aus demselben ergibt sich, dass für die Mitglieder und Theilnehmer Aufnahmekarten gegen Entrichtung von 12 Mark ausgegeben werden, welche zugleich zum unentgeltlichen Bezuge je einer Damenkarte berechtigen; für jede Damenkarte mehr sind 12 Mark zu entrichten; ferner, dass Vorausbestellungen von Wohnungen durch das Bankgeschäft Meyer & Diss bewirkt werden und dass Anfragen oder Mittheilungen in wissenschaftlichen Angelegenheiten an die Geschäftsführung zu richten sind. Fahrpreis-Ermässigungen finden an den verschiedenen Eisenbahnen nur in beschränktem Masse statt; die Ermässigungen kommen im wesentlichen nur Baden und den unmittelbar angrenzenden Landestheilen zu gute. Sämmtliche schlesische Bahnen haben die Gewährung jeder Vergünstigung der die Versammlung besuchenden abgelehnt.

Für die medicinischen Wissenschaften wird die Bildung von 11 Sectionen vorgeschlagen, nämlich 1) Anatomie und Physiologie; 2) Patholog. Anatomie und allgemeine Pathologie; 3) Innere Medicin und Hautkrankheiten; 4) Chirurgie; 5) Gynäkologie; 6) Psychiatrie und Neurologie; 7) Pädiatrie; 8) Ophthalmologie; 9) Laryngologie, Otologie und Rhinologie; 10) Oeffentliche Gesundheitspflege und Staatsarzneikunde; 11) Militärsanitätswesen.

Jede Section erhält ihr eigenes Versammlungslokal zu ungestörter Benutzung während der Dauer der Versammlung. Einige Sectionen hat die Geschäftsführung vereinigt, nachdem dieselben Verschmelzungen wiederholt sich auf früheren Versammlungen vollzogen und als erwünscht erwiesen haben. Weiter gehende Vereinigungen werden der Initiative der Versammlung überlassen.

Vorträge werden in den allgemeinen Sitzungen halten: Hermann aus Zürich „Ueber die Errungenschaften der Physiologie in den letzten vierzig Jahren“; Birch-Hirschfeld aus Dresden „Ueber mimische Gesichtsbewegungen mit Berücksichtigung der Darwin'schen Versuche, ihre Entstehung zu erklären“; Goltz aus Strassburg „Ueber das Herz“; Jäger aus Stuttgart „Ueber Gemüthsaffecte“; Skalweit aus Hannover „In wie weit ist der heutige Kampf gegen die Lebensmittelfälschung gerechtfertigt?“. Ausserdem finden noch Gedächtnissreden von Kussmaul aus Strassburg auf den verstorbenen vorjährigen Präsidenten der Versammlung Stilling und von Ecker aus Freiburg i. B. auf den Stifter der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, Lorenz Oken statt.

Dem auf vorhergehenden Versammlungen der letzten Jahre ausgesprochenen Grundsatz gemäss, aus eigenen Mitteln alle Ausgaben zu bestreiten, hat die Geschäftsführung die materielle Unterstützung von Seite der Stadt nicht in Anspruch nehmen wollen. Aus diesem Grunde unterlässt dieselbe es auch, eine kostspielige Festschrift der Versammlung vorzulegen, während ein kleines Andenken an Baden den Mitglieder- und Theilnehmer-Karten beigegeben werden wird.

Eine Reihe Erleichterungen verdankt die Geschäftsführung gleichwohl dem freundlichen hilfreichen Entgegenkommen der städtischen Behörden, und der Curverwaltung, welche durch Ueberlassung der Räume und der Anlagen des Conversationshauses zur Abhaltung von Sitzungen und Festlichkeiten es ermöglicht haben einen Centralpunkt für die Versammlung zu gewinnen, der einem Jeden es erleichtert, seine Freunde aufzufinden und das gegenseitige Bekanntwerden der Mitglieder wesentlich fördern wird.

— Die in der 28. Jahreswoche vom 6. bis 12. Juli stattgehabte Mortalität in den über 15000 Einwohner zählenden Städten Schlesiens und Posens ist aus folgender statistischen Zusammenstellung zu ersehen:

Namen der Städte.	Ein- wohner.	Gestorbene excl. Tott- geborene.	Lebensalter der Gestorbenen.					
			0.—1.	2.—5.	6.—20.	21.—40.	41.—60.	61 und darüber
Breslau	270 000	165	76	20	11	16	18	24
Posen	64 562	32	17	2	2	3	4	4
Liegnitz	35 000	15	6	3	1	3	—	2
Bromberg	34 058	10	6	2	—	—	—	2
Königshütte . . .	27 557	13	8	2	—	—	2	—
Landsberg a/W. .	23 559	8	4	2	—	—	1	1
Schweidnitz . . .	22 186	7	3	1	—	—	1	1
Beuthen O/S. . .	22 575	20	8	2	1	4	3	2
Neisse	20 155	9	2	3	—	2	1	1
Ratibor	18 224	11	1	2	3	5	—	—
Gross-Glogau . .	17 871	8	2	2	—	2	1	1
Brieg	16 965	9	3	—	2	1	2	1

Die Verhältnisszahl der Gestorbenen ist auf das Jahr und 1000 Einwohner berechnet für Breslau 31,8, für Posen 25,8 und die übrigen Städte im Durchschnitt 24,0.

In der 29. Jahreswoche, der Zeit vom 13.—19. Juli starben in Breslau 159 (81 m. und 78 w.) Personen, darunter 63 Kinder unter 1 Jahr. Geboren wurden 183 (96 m. und 87 w.) lebende Kinder. Die Zahl der Geburten überragt die der Sterbefälle um 24 (15 m. u. 9 w.). Wichtigere Todesursachen waren: Atrophie b. K. 10, Marasm. sen. 3, Diphth. 1, Puerper. 1, Tuss. convuls. 2, Typh. abd. 2, Dysent. 1, Choler. nostr. 1, Enterit. b. K. 14, Gastroent. b. K. 6, Delir. trem. 1, Apoplex. 4, Convuls. b. K. 15, Hydroceph. 2, Pneumon. 6, Tubercul. 6.

Neuaufnahmen von zymotischen Krankheiten im Allerheiligen-Hospital: 8 Febr. recurr., 2 Intermitt., 1 Diphther., 1 Erysipel., 1 Variol., im Wenzel Hanke'schen Krankenhause: 1 Typh. exanth.

Die während der 29. Jahreswoche stattgehabte Sterblichkeit in den über 15000 Einw. zählenden Städten Schlesiens und Posens ergibt sich aus nachfolgender Tabelle:

Namen der Städte.	Ein- wohner.	Gestorbene excl. Tott- geborene.	Lebensalter der Gestorbenen.					
			0.—1.	2.—5.	6.—20.	21.—40.	41.—60.	61 und darüber
Breslau	270 000	159	63	19	6	17	27	27
Posen	64 562	33	17	2	2	4	2	6
Liegnitz	35 000	17	9	6	—	—	1	1
Bromberg	34 058	9	3	1	—	2	1	2
Königshütte . . .	27 557	10	7	—	1	—	1	1
Landsberg a/W. .	23 559	8	3	1	3	—	1	—
Schweidnitz . . .	22 186	12	4	—	—	1	2	5
Beuthen O/S. . .	22 575	11	3	4	—	1	3	—
Neisse	20 155	12	3	—	1	4	—	4
Ratibor	18 224	10	4	3	1	—	2	—
Gross-Glogau . .	17 871	5	—	—	2	1	1	1
Brieg	16 965	11	2	1	1	2	2	3

Die Verhältnisszahl der Gestorbenen ist auf das Jahr und 1000 Einwohner berechnet für Breslau 30,6, für Posen 26,6 und die übrigen Städte im Durchschnitt 22,9.

3 Posen. Unlängst ist der zweite Jahresbericht des Posener Kinderhospitals, welcher den Zeitraum vom 30. Mai 1878 bis 1. April 1879 umfasst, erschienen. Das Kinderhospital, das unter der ärztlichen Leitung von Dr. Zielewicz steht, verfügt z. Z. über 12 Betten. In die Anstalt wurden während obigen Zeitraumes 156 (74 m. und 82 w.) Kinder aufgenommen, poliklinisch wurden 1200 (616 m. und 584 w.) Kinder behandelt, so dass mit Hinzurechnung des Krankenbestandes am Beginn des Berichtjahres sich die Zahl der verpflegten und ärztlich behandelten Kinder auf 1364 stellt. Die poliklinisch behandelten Kinder erhielten freie Arznei. Die Sterblichkeit unter den stabil behandelten Kindern war 11,6%, die unter den poliklinisch behandelten 3,2%; bei Beurtheilung letzter Zahl kommt, wie der Bericht hervorhebt, in Betracht, dass nicht alle Todesfälle zur Anmeldung kamen. Besonders hervorzuheben ist die Einrichtung,

dass auch den poliklinisch Behandelten Bäder gratis gewährt werden. Der Anstaltsarzt wurde im Laufe des Jahres mehrmals durch die Collegen Dr. Kapuściński und Dr. Grodzki vertreten.

Der Jahresbericht enthält ferner eine Zusammenstellung der Wohnorte der stationären und ambulanten Patienten, eine Tabelle über das Alter und Geschlecht der behandelten Kinder, sowie eine Krankheits-Tabelle. Die Einnahmen des Kinderhospitals betrugen 8796,98 M., die Ausgaben 3124,79 M., so dass die ersteren die letzteren um 5672,19 M. überragen. Den Schluss des Jahresberichts bildet eine kurze Abhandlung über Kinderhospitäler von Dr. Zielewicz, welche sich mit der Geschichte der Entstehung der Kinderhospitäler zu London, Paris, St. Petersburg, Wien etc. befasst.

Der Magistrat der Stadt Posen gewährt, im unermühten Gegensatz zu dem Verhalten der Magistrate anderer Städte, z. Z. dem gemeinnützigen Institute keine Unterstützung, obwohl dasselbe hauptsächlich das Wohl der armen städtischen Bevölkerung zu fördern bestrebt ist; möge im nächsten Jahresbericht ein gegentheiliges Verhalten des Magistrats verzeichnet sein.

Δ Wien. Am 18. Juli starb in Ischl Prof. Dr. Julius Klob, einer der hervorragendsten pathologischen Anatomen aus der Schule

Rokitanski's am Typhus. Allgemein bekannt sind des Verstorbenen Abhandlungen „über Choleraepidemie“ und „Trichinose“ sowie dessen „Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane.“ — Fräulein Dr. Rosa Welt, eine junge Wienerin, die an der Universität Bern zum Doctor der Medicin promovirt wurde, im abgelaufenen Sommersemester mit Bewilligung des Unterrichtsministeriums die ophthalmologischen Vorlesungen des Prof. Mauthner in Wien besuchte und als Hospitantin auch das von Sanitätsrath Dr. Oser geleitete Rothschild-Hospital frequentirte, wurde, wie in den „Wiener medicinischen Blättern“ zu lesen, zum Assistenten an der Lehrkanzel für Augenheilkunde des Prof. Pflüger in Bern ernannt.

VIII. Personalien.

Niederlassungen: Dr. Meyersohn in Schneidemühl, Dr. Stoll in Guttentag, Dr. Nissle in Antonienhütte, Dr. von Scharzynski in Rosdzin, Dr. Konietzky in Myslowitz, Dr. Waechner in Lenbus, Dr. Förster in Oels.

Todesfälle: Dr. Kunzendorf in Wohlan.

IX. Inserate.

Prämiirt Lyon 1872, Wien 1873, Paris 1878 Silberne Medaille.

Saxlehner's Bitterquelle [37]

Hunyadi János

durch Liebig, Bunsen, Fresenius analysirt, ist laut Gutachten medizinischer Autoritäten (Spiegelberg, Virchow, Bamberger, Wunderlich, Kussmaul, Scanzoni, Friedreich, Nussbaum, Buhl etc.) als das

Vorzüglichste und Wirksamste aller Bitterwasser

erprobt und empfohlen. — Niederlagen sind in allen soliden Mineralwasserhandlungen und den meisten Apotheken, doch wird das p. t. Publikum im eigenen Interesse gebeten, in den Niederlagen ausdrücklich **Saxlehner's Bitterwasser** zu verlangen.

Der Besitzer: **Andreas Saxlehner, Budapest.**



Die Superiorität dieser Quelle wurde von Sr. Maj. dem Kaiser von Oesterreich, König von Ungarn etc., der kgl. ung. Landes-Akademie, der medicinischen Akademie in Paris, sowie der ersten ärztlichen Autoritäten des In- und Auslandes, in Folge ihrer ausserordentlichen und unübertrefflichen mineralischen Reichthümer (57,1 in 1000 Theilen) und deren Heilerfolge mit h. Anerkennung ausgezeichnet. — Der von keinem anderen Bitterwasser erreichte hohe Lithiumgehalt zeigt gleichzeitig dessen Anwendung bei rheumatischen Leiden, bei Gicht und Ablagerungen von harnsauren Salzen (Gichtknoten, Blasenstein) gegenüber allen anderen Bitterwässern vortheilhaft und erfolgreich an. [62] Als Normal-Dosis genügt ein Bordeaux-Gläschen, gegenüber einem grossen Glase der übrigen Bitterquellen. Vorräthig in allen Apotheken und Brunnenhandlungen. Haupt-Depot in Breslau **Carl Beyer, Alte Taschenstrasse 15.** Direction der Ofner Rákoczy-Quelle, Budapest.

Eiserner, zusammenlegbarer
Operations- u. Untersuchungstisch
für 75 Mark incl. Kissen

stets bei mir auf Lager. Zeichnung und Beschreibung sende auf Wunsch. [53]

Berlin SW., 14 Bessel-Strasse.

E. Jahnle.

FRANZ JOSEF BITTERQUELLE

Das anerkannt wirksamste aller Bitterwässer.

„Kann längere Zeit hindurch genommen werden ohne Nachtheil zu verursachen und ohne an sicherer Wirkung zu verlieren.“ Geheimrath Prof. Dr. Spiegelberg, Breslau. — „Ist schon in kleinen Gaben wirksam und nicht unangenehm zu nehmen.“ Geheimrath Prof. Dr. Kussmaul in Strassburg. — „Selbst bei reizbarem Darne verabreicht, speciell in der Reconvalescenz von Blinddarmenztzündung mit Betheiligung des Bauchfells, erzielte dieses Wasser schmerzlose Wirkung.“ Prof. Dr. Leube, Erlangen. — „Empfiehlt sich vor allen, wo es gilt, dem Magen geringe Wassermengen zuzuführen. Das Wasser wird (oft auch für längere Zeit) leicht vertragen und gerne genommen.“ Dr. Varrentrapp, Geh. San.-Rath, Frankfurt a. M. [61]

Vorräthig in Breslau bei **Herm. Straka, H. Encke, H. Fengler, O. Giesser, O. Illmer**, sowie in allen renommirten Mineralwasserhandlungen.

Brunnenschriften etc. gratis durch die Versendungs-Direction in Budapest.

Hermann Haertel, [52]

approb. Bandagist und Verfertiger chirurgischer Instrumente für die Königl. chirurgische Klinik, die medicinische Klinik, das physiologische und pathologische Institut, sowie viele Krankenhäuser in Breslau und der Provinz,

Breslau, Weidenstrasse No. 33,

empfehlte sein grosses Lager selbstgefertigter Instrumente, Bruchbandagen, Bruchbinden, Gummistrümpfe in Baumwolle und in Seide, Irrigateurs zur Vaginal-Douche und zum Klystier, alle Sorten Klystier- und Wundspritzen in Zinn, Glas, Gummi und Kautschuk, Hystero-phore, desinficirte Verbandstoffe als: Watten, Gaze, Bindengaze, Flanell Leinwand, gegipste Binden etc. etc., sowie zur Anfertigung aller orthopädischen Apparate.

Das von Professor Klinkerfues erfundene

Patent-Hygrometer

ermöglicht die Vorausbestimmung des Wetters. [46]

Tischhygrometer 15 M., Reisehygrometer 20 M.,

Fensterhygrom. 25 M., Wandhygrom. 30 M., Stationshygrom. 30 M.

Wilh. Lambrecht, Göttingen.

Im Verlage von W. Braumüller, k. k. Hof- u. Universitäts-Buchhändler, in Wien ist soeben erschienen und durch alle Buchhandlungen zu beziehen:

Specielle Pathologie und Therapie

der Krankheiten der peripheren Nerven

von **Dr. K. Heller**, pract. Arzt und Badearzt in Teplitz.

20 Bogen gr. 8. — 3 Fl. = 6 M. [40]

Dr. August Pfeiffer,

[54] prakt. und pro physicate geprüfter Arzt.

Wiesbaden, Adolfstrasse No. 5.

Programm der praktischen Fortbildungscurse für Aerzte zu Breslau

im October 1879.

§ 1.

Die Course umfassen folgende Disciplinen:

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------|--|-------------------|
| 1) Innere Medicin | Prof. Biermer. | 7) Nervenkrankheiten | Prof. Berger. |
| 2) Chirurgie | Prof. Fischer. | 8) Geisteskrankheiten | Prof. Neumann. |
| 3) Gynäkologie | Prof. Spiegelberg. | 9) Kinderkrankheiten | Dr. Soltmann. |
| 4) Pathol. Anatomie | Prof. Ponfick. | 10) Prakt. chem. Untersuchungen. | Prof. Gscheidlen. |
| 5) Augenkrankheiten | Prof. Förster. | 11) Pilzlehre (i. Lab. v. Prof. F. Cohn) | Dr. Eidam. |
| 6) Hautkrankheiten u. Syphilis | Prof. Simon. | 12) Experimentelle Hygiene | Prof. Hirt. |

§ 2.

Stundenplan.

	Montag.	Dienstag.	Mittwoch.	Donnerstag.	Freitag.	Sonnabend.
$\frac{1}{2}$ 9-10		Soltmann.			Soltmann.	
10-11	Neumann.	Ponfick.	Neumann.	Ponfick.	Neumann.	Ponfick.
11-12	Fischer.	Biermer.	Fischer.	Biermer.	Fischer.	Biermer.
12-1	Förster.	Simon.	Förster.	Simon.	Förster.	Simon.
1-2						
2-3						
3-4	Spiegelberg.	Eidam $\frac{1}{2}$ 3-4.	Spiegelberg.	Eidam $\frac{1}{2}$ 3-4.	Spiegelberg.	Eidam $\frac{1}{2}$ 3-4.
4-5	Gscheidlen.	Hirt 4-6.	Gscheidlen.		Gscheidlen.	Hirt.
5-6	Berger 5-6 $\frac{1}{2}$.		Berger 5-6 $\frac{1}{2}$.			
6-7						

§ 3.

Auditorien.

Prof. Biermer ...	Kgl. medicinische Klinik	Allerheiligen-Hospital.
Prof. Fischer	Kgl. chirurgische Klinik	Allerheiligen-Hospital.
Prof. Neumann ..	Kgl. psychiatrische Klinik	Allerheiligen-Hospital.
Prof. Simon	Kgl. Klinik für Haut und Syphilis ..	Allerheiligen-Hospital.
Prof. Ponfick	Kgl. pathologisches Institut	Allerheiligen-Hospital.
Prof. Förster	Kgl. ophthalm. Klinik	Burgfeld 17, am Allerh.-Hosp.
Prof. Spiegelberg	Kgl. geburtsh.-gynäkol. Klinik	Ohlauerstadtgraben 16.
Prof. Gscheidlen	Kgl. physiologisches Institut	Ohlauerstadtgraben 16.
Prof. Hirt	Kgl. pflanzenphysiol. Institut	Schmiedebrücke 35, II.
Dr. Eidam	Kgl. pflanzenphysiol. Institut	Schmiedebrücke 35, II.
Prof. Berger	Krankenabth. d. städt. Armenhauses	Basteigasse 7.
Dr. Soltmann	Augusten-Kinderhospital	Karuthstrasse 3.

§ 4.

Ausser obigen 12 Cursen werden bei genügender Betheiligung auf Wunsch noch weitere Course eingerichtet. So sind u. A. bereit Course abzuhalten:

Herr Docent Dr. Grützner — Einen praktischen Cursus in der normalen Histologie, 3 mal wöchentlich — 8-10 im Kgl. physiologischen Institut, Ohlauerstadtgraben 16.

Herr Docent Dr. Gottstein — Ueber Laryngoskopie, Rhinoskopie und Otiatrik. Dienstag und Donnerstag 4-6.

§ 5.

Das Honorar beträgt 20 Mark für jeden Cursus. Es steht jedem Arzte frei, an einem oder beliebig vielen Cursen Theil zu nehmen.

§ 6.

Alle die Course betreffenden Anfragen, Mittheilungen etc. sind an Prof. Simon, Breslau, Nicolaistadtgraben 5b, zu richten. Alle die Course betreffenden Bekanntmachungen werden seiner Zeit am schwarzen Brett im Thorwege des Allerheiligen-Hospitals angeheftet.

§ 7.

Die Course beginnen am Mittwoch, den 1. October 1879, früh. Am Dienstag, den 30. September, Abends 8 Uhr, findet eine zwanglose, gesellige Vereinigung aller an den Cursen Betheiligten in Mieder's Restaurant, Königsstrasse 11, statt. Weitere gesellige Zusammenkünfte, ferner ein gemeinschaftlicher Mittagstisch und Aehnliches wird am schwarzen Brett des Allerheiligen-Hospitals bekannt gemacht.