

# ÄRZTLICHE ZEITSCHRIFT.

Redacteur: Prof. Dr. Gscheidlen.

Zweiter Jahrgang. 1880.

N<sup>o</sup> 23.

Sonnabend, den 11. December.

Inhalt: I. Aus der chirurgischen Klinik des Professor Dr. H. Maas in Freiburg in Baden. Scheinbares primäres myelogenes Cylinderzellen-Carcinom des Humerus von Dr. C. Oster, Assistenzarzt. — II. Ansichtsaussagen und Vorschläge, welche die Pharmacopöe-Commission während ihrer Beratungen vom 15. bis 25. October d. J. ihrem Vorsitzenden, Herrn Geheimrath Dr. Struck, zu zweckentsprechender Uebernennung an die zuständige Stelle übergeben hat. — III. Von der 53. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Danzig 1880. — IV. Protokoll der VII. ordentlichen Versammlung der Aerzte des Reg.-Bezirks Breslau. (Schluss.) — V. Referate und Kritiken. — VI. Tagesgeschichtliche Notizen. — VII. Personalien. — VIII. Insertate.

## I.

Aus der chirurgischen Klinik des Professor Dr. H. Maas in Freiburg in Baden.

### Scheinbares primäres myelogenes Cylinderzellen-Carcinom des Humerus

von

Dr. C. Oster, Assistenzarzt.

Primäre Knochencarcinome wurden früher relativ häufig beschrieben. Die Untersuchungen von Thiersch, Waldeyer, Billroth u. A. über die Entwicklung des Krebses haben aber bei genauerer Analyse dieser Fälle gelehrt, dass es sich in der Regel um Sarkome und verwandte Geschwülste, also bindegewebige Neubildungen handelte. Bei den wenigen Knochentumoren von sicher constatirtem carcinomatösen Bau gelang es fast immer den epithelialen Keim, der das Material für den Aufbau derselben geliefert hatte, aufzufinden und so ihre secundäre oder metastatische Natur nachzuweisen. So war unter 567 von C. O. Weber, Billroth und Thiersch beobachteten Carcinomen<sup>1)</sup> bloss ein einziges, angeblich primär im Knochen (Oberkiefer) aufgetreten. — Wenn es nun auch nach der Cohnheim'schen Theorie der Geschwulstbildung nicht undenkbar ist, dass ein in der Fötalzeit in den Knochen eingeschlossener Epithelkeim später zu der Entwicklung eines Krebses Veranlassung giebt, so wird man doch gut thun, diese Erklärungsweise erst dann zu Hilfe zu nehmen, wenn eine sorgfältige Untersuchung weder das secundäre Uebergreifen des Carcinoms von einem Epithel führenden Organe auf den Knochen, noch die Existenz eines irgendwo anders sitzenden primären Tumors ergeben hat. Freilich kann dieser letztere oft sehr klein sein und so versteckt liegen, dass er sich der Beobachtung möglicher Weise entzieht. Cohnheim<sup>2)</sup> und Neumann<sup>3)</sup> haben derartige Fälle beschrieben, wo multiple Knochencarcinome von einem relativ kleinen Schilddrüsenkrebs ausgegangen waren. Ein ähnlicher Fall, in dem ein Carcinom des Humerus vorlag und erst die Section den bestimmten Nachweis eines im Oesophagus sitzenden primären Krebses lieferte, ist im Laufe dieses Jahres in der hiesigen chirurgischen Klinik beobachtet worden.

<sup>1)</sup> Siehe L. Szuman, die bösartigen ossificirenden Geschwülste periostalen und parostalen Ursprungs. Inaugur. Dissert. Breslau 1876. p. 35.

<sup>2)</sup> J. Cohnheim. Einfacher Gallertkropf mit Metastasen. Virch. Arch. 68. B. p. 517.

<sup>3)</sup> E. Neumann. Ein Fall von metastasirender Kropfgeschwulst. Arch. f. klin. Chir. Bd. XXIII. p. 864.

Der betreffende Patient, W. W., 48jähriger Bäcker aus Bühl, wurde der Klinik vom behandelnden Arzte (Dr. Firnhaber) mit der Diagnose eines centralen Sarkoms des rechten Humerus behufs Vornahme einer Exarticulation im Schultergelenk zugeschiedt. Die schnell wachsende Geschwulst hatte sich nach Angabe des Patienten innerhalb 4 Monaten entwickelt und die wegen der enormen Grösse des Tumors und der heftigen Schmerzen vollständige Gebrauchsunfähigkeit des Armes im Verein mit dem Verfall der Kräfte veranlassten den Kranken, die früher schon vorgeschlagene, aber verweigernde Operation an sich vornehmen zu lassen.

Die bei seiner Aufnahme am 18. Mai 1880 vorgenommene Untersuchung ergab Folgendes:

Sehr schlecht genährter Mann mit fast vollständig geschwundenem Fettpolster, sehr schwacher und schlaffer Muskulatur, aber kräftigem Knochenbau. — Der rechte Oberarm ist in der ganzen Länge der Diaphyse des Humerus spindelförmig angeschwollen und misst in seiner grössten Circumferenz 42 Centimeter. Haut desselben ist glatt glänzend, von zahlreichen, ausgedehnten grösseren Venen durchzogen, durch Ausdehnung auch der kleineren blauroth gefärbt. Sie ist schwer vom Tumor abhebbar, nirgends durchbrochen. Die Geschwulst hat eine glatte Oberfläche und eine im Allgemeinen elastischweiche, an einzelnen Stellen härtere, an andern teigige Consistenz. Sie umgiebt den Humerus von allen Seiten, so dass dieser nirgends durchzufühlen ist. Ihre obere Grenze ist an der Aussenseite ungefähr in der Höhe des Collum chirurgicum; an der Innenseite reicht dieselbe weit in die Achselhöhle und ist daher nicht genau zu umgrenzen. Nach unten geht sie allmählich in den durch Stauungsödem stark angeschwollenen Vorderarm über. Das Verhalten der Muskeln, Gefässe und Nerven des Oberarmes zum Tumor lässt sich wegen des hochgradigen Anasarka nicht feststellen. Am Vorderarm ist Motilität und Sensibilität normal. Radialpuls sehr schwach und undeutlich zu fühlen.

Die Untersuchung der Lungen ergiebt L. V. O. Dämpfung mit vesikulärem Inspirium und verlängertem Expirium unbestimmten Charakters. Ausserdem mässiges Emphysem. An den übrigen Organen objectiv nichts Abnormes. Indess ergab die Anamnese, dass Patient seit mehreren Wochen zeitweise an Erbrechen nach dem Essen litt, was er auf die Aufnahme unzureichender, schlecht verdaulicher Nahrung schob.

Aus diesem Befunde wurde die Diagnose auf ein myelogenes Sarkom des Humerus gestellt und als einziges Mittel zur

Rettung des Patienten trotz seiner hochgradigen Schwäche am 24. Mai in Chloroformnarkose und unter antiseptischen Cautelen die Exarticulation humeri gemacht.

Da Alles darauf ankam, den Blutverlust auf ein Minimum zu beschränken, auf die Constriction mit dem Esmarch'schen Schlauche aber ausser seiner unsicheren Wirkung nach der Auslösung des Humeruskopfes auch schon deshalb verzichtet werden musste, weil bei dem tiefen Eindringen des Tumors in die Achselhöhle die Entfernung daselbst behindert worden wäre, so wurde beschlossen, die Unterbindung der Art. axillaris event. der Subclavia der Exarticulation vorauszuschicken. Bei stark elevirtem Arm wurde der gewöhnliche Schnitt am untern Rande der M. coraco-brachialis geführt und die Arterie ohne grosse Mühe freigelegt und nach doppelter Unterbindung mit einem starken aseptischen Seidenfaden durchschnitten. — Bei der darauf folgenden Exarticulation war es bloss möglich, einen kleinen oberen äusseren Hautlappen zu bilden, nach dessen Zurück-Präparierung die Exarticulation im Schultergelenk schnell gemacht, und die Haut- und Weichtheile der Achselhöhle glatt abgeschnitten wurden. Die dabei auftretende Blutung war äusserst gering. Die Wundfläche aber war verhältnissmässig sehr ausgedehnt. Der kleine Lappen reichte kaum bis zum untern Rande der Schulterblattpfanne und die Haut der Brust und des Rückens, welche zur Bedeckung des Tumors reichlich herbeigezogen war, wich nach ihrer Durchschneidung sehr stark zurück, so dass beispielsweise der zur Unterbindung der Axillaris gemachte Schnitt der nach vorn in den um die Innenseite des Armes geführten Cirkelschnitt einmündete, ganz auf die Seitenfläche des Thorax zu liegen kam und weit klaffte. Derselbe wurde durch Seidennähte vereinigt und so die Wundfläche wenigstens etwas verkleinert. Als Verbandmaterial wurden, wie gewöhnlich, in essigsäure Thonerdelösung getauchte Compressen benutzt mit Abschluss durch Gummipapier und Salicylwatte. (Vergleiche den Aufsatz von Dr. Pinner, Berlin. Klin. Wochenschrift 1880. Nr. 12 u. 13.)

Ein Längsdurchschnitt durch den amputirten Oberarm ergab nun folgenden Befund. Vom Humerus war bloss noch das obere, 8 cm lange und das untere ebensolange Ende übrig. Zwischen denselben war der ovale, in seiner grössten Länge 16 cm messende Tumor gleichsam aufgespiessst. Das Mittelstück war von der Geschwulst ganz aufgezehrt. Diese selbst war gegen die Umgebung durch eine bindegewebige Kapsel gut abgegrenzt und bestand nach der Untersuchung (Prof. Ziegler) aus einem fibrösen, mit zahlreichen Knochenblättchen durchsetzten Balkenwerk, das kleine Hohlräume umschloss.

Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die fibröse Natur der Balken und die Anwesenheit von Knochenblättchen, die an ihrer Oberfläche von einer einfachen Lage grosser runder, epithelartiger Zellen umgeben waren.

Durch die netzförmige Anordnung der fibrösen Balken kamen Hohlräume von mehr oder weniger rundlicher Gestalt und verschiedener Grösse zu Stande, die in der Peripherie mit einer einfachen, dem Bindegewebe aufsitzenden Lage grosser, regelmässiger Cylinderzellen und im Centrum von kleineren runden bis ovalen, meist in fettiger Degeneration begriffenen epithelioiden Zellen gefüllt waren. Diese letzteren waren aus den grösseren Maschenräumen meist herausgefallen, während sie die kleineren dicht anfüllten, von den Cylinderzellen kranzförmig umschlossen. Das Verhältniss des Stroma

zu diesen drüsenschlauchähnlichen Bildungen war an verschiedenen Stellen ein verschiedenes. Bald überwog das fibrilläre Bindegewebe, und die Epithelinseln waren nur vereinzelt in demselben zerstreut; bald waren die Stromabalken zu dünnen Leisten reducirt, welche nur eine schmale Grenze zwischen den grossen Alveolen bildeten. —

Dieses Ueberwiegen des einen oder andern Elementes bedingte so die Verschiedenheit der einzelnen Partien des Tumors in Beziehung auf Aussehen und Consistenz, in dem sehr derbe, dichte Stellen mit andern mehr oder weniger weichen, schwammigen und nur durch Einlagerung der Knochenbälkchen gestützten abwechselten.

Die Muskeln, Gefässe und Nerven lagen an der hintern innern Seite des Tumors, durch die erwähnte bindegewebige Kapsel von ihm getrennt.

Nach diesem Befunde der mikroskopischen Untersuchung war kein Zweifel, dass man es nicht mit einem Sarkom zu thun hatte, sondern mit einem unverkennbaren Cylinderzellencarcinom. Dass dasselbe bei seiner guten Isolirbarkeit von sämmtlichen umgebenden Weichtheilen nicht von den Epithelien und Drüsen der Haut ausgegangen war und ausschliesslich im Knochen sich gebildet hatte, war ebenso klar. Es blieb bloss zu entscheiden, ob es ein primäres Knochencarcinom war, entstanden durch die Entwicklung eines in den Humerus verschlagenen embryonalen Keimes, oder ob es bloss eine Metastase eines irgendwo anders sitzenden primären Tumors darstellte. Die Entscheidung dieser Frage war nicht nur von histogenetischem Interesse, sondern auch für die Prognose des Falles massgebend.

War das Letztere der Fall, so konnte der histologischen Structur nach das primäre Carcinom bloss im Verlaufe des Darmkanals sitzen. Das Vorhandensein einer der Palpation zugänglichen Geschwulst im Abdomen war nun sicher auszuschliessen, da sie bei der enormen Magerkeit des Patienten der Untersuchung nicht entgangen wäre. Auch die Leber war nicht vergrössert. Doch liess das bereits erwähnte Erbrechen nach dem Essen, welches allerdings während der Beobachtung des Patienten niemals vor der Operation aufgetreten war und deshalb nicht für wichtig gehalten wurde, ein an der Cardia oder dem untern Theile des Oesophagus gelegenes Neoplasma vermuthen. Das Erbrechen stellte sich nun am 6. Tage nach der Operation zum ersten Male seit dem Aufenthalt des Patienten in der Klinik ein. Eine genauere Beobachtung des Vorganges ergab, dass es kein eigentliches Erbrechen war, sondern bloss eine, ohne Würgebewegungen zu Stande kommende Regurgitation der überhaupt nicht in den Magen gelangten, sondern durch eine oberhalb der Cardia sitzende Stenose aufgehaltenen Speisen. Dabei hatte Patient selbst das Gefühl, dass die Speisen an der betreffenden Stelle stecken blieben. — Es war demnach anzunehmen, dass ein primäres Oesophagus oder Magencarcinom bestand, welches zu einer Metastase im Humerus geführt hatte. —

Auch der weitere Verlauf sprach für diese Ansicht. Die Heilung der Wunde nahm einen ganz normalen Verlauf. Der Hautlappen war am 7. Tage nach der Operation p. pr. angeheilt. Die Eiterung immer eine sehr mässige. Im Ganzen wurden 8 Verbände mit essigsaurer Thonerde gemacht, vom 23. Tage nach der Operation an mit Salicylwatte verbunden. Die Granulationsfläche verkleinerte sich schnell. Bloss die 3 ersten Tage nach der Operation war höheres Fieber vorhanden (bis zu 39,2). Dasselbe war durch eine phlegmonöse

Entzündung in der linken Deltoideusgegend hervorgerufen, die sich auf eine nach der Operation gemachte subcutane Aetherinjection einstellte. Um die Injectionsstelle trat nämlich Röthung der Haut, Schwellung, Infiltration und subcutane Emphysembildung neben hochgradiger Schmerzhaftigkeit auf. Unter Anwendung feuchtwarmer Umschläge erfolgte jedoch bald Vertheilung und damit ein Nachlass des Fiebers, während das Emphysem noch einige Zeit fortbestand. Vom 4. Tage ab war die Temperatur normal, zeitweise etwas erhöht (bis auf 38,0°). Trotz dieses ausserordentlich günstigen Wundverlaufes, und trotzdem das verhältnissmässig selten auftretende Erbrechen die Zuführung kräftiger Nahrung nicht wesentlich beeinträchtigte, verfielen die Kräfte des Patienten immer mehr und unter zunehmendem Marasmus erlag derselbe am 5. Juli, 42 Tage nach der Operation, seinem Leiden.

Die Operationswunde war bis auf eine thalergrösse Granulationsfläche geheilt.

Die am 6. Juli vorgenommene Section (Prof. R. Maier) ergab nun das erwartete Resultat. Wir heben aus dem Leichenprotokolle nur folgende uns hier interessirende Stelle hervor:

„Oesophagus in der untern Hälfte sehr ausgedehnt; seine Wände mürbe, sehr zerreisslich. — Der untere Abschnitt desselben und der anstossende Theil des Magens ist mit der innern Leberfläche verwachsen. Aufgeschnitten findet sich ein fast die ganze untere Hälfte des Oesophagus einnehmendes Neoplasma, eine weiche, markige, mit zottigen Auswüchsen versehene Masse. Dieselbe überschreitet nur um 1 mm die Mündungsstelle des Oesophagus. — Der Magen selbst ist, mit Ausnahme chronisch-catarrhalischer, mit Atrophie verbundener Veränderungen intact.“ — Alle übrigen Organe sind frei. —

Seinem histologischen Bau nach stimmte der Tumor vollständig mit dem Humeruscarcinom überein. Die Knochenbälkchen fehlten natürlich; sonst aber die nämlichen Cylinderzellenschläuche in dem gleichen fibrösen Stroma. Letzteres war hier entschieden überwiegend, die Alveolen kleiner und deshalb fast durchweg mit Epithelzellen gefüllt. — Es lag also auch hier ein Cylinderzellencarcinom vor. Dasselbe präsentierte sich nicht als ein prominirender Tumor, sondern stellte mehr eine diffuse, an der Oberfläche zerfallene Infiltration der Wandung des Oesophagus dar. Daher kam es, dass das Lumen der Speiseröhre nicht wesentlich verengt und der durch die Geschwulst verursachte Symptomencomplex ein sehr wechselnder und zeitweise wenig auffälliger war.

Wir haben den vorliegenden Fall als einen casuistischen Beitrag zur Entscheidung der Frage über die Entwicklung echter Krebse in epithellosen Organen mitgetheilt. Aus demselben erschen wir, wie unbedingt nothwendig nicht nur die Vornahme einer genauen Section für die Verwerthung eines Falles in diesem Sinne ist, sondern auch die Controlirung der klinischen Diagnose durch die mikroskopische Untersuchung. Unzweifelhaft sind durch Vernachlässigung dieser letzten Vorsichtsmassregel ebenso Irrthümer vorgekommen, wie durch Hintansetzung der ersten. Auch in unserm Falle würde der durch die Operation entfernte Tumor als primäres Cylinderzellencarcinom des Humerus in der Sammlung aufbewahrt worden sein, wenn wir nicht Gelegenheit gehabt hätten, durch die Section das primäre Oesophaguscarcinom nachzuweisen.

Einen Beweis dafür, dass das Erstere und nicht das Letztere die metastatische Neubildung war, glauben wir

ebenso wenig antreten zu müssen, wie dafür, dass beide sich nicht unabhängig von einander entwickelt haben. — In andern Fällen mag dies nicht so auf der Hand liegen und die Entscheidung schwieriger sein. So beschreibt Walsham<sup>4)</sup> zwei Fälle von primärem Knochenkrebs, wovon der eine am Humerus sich entwickelt und zu Metastasen in Lunge, Leber und Niere geführt hatte, der andere im Femur sass und zu einem embolischen Herde in der Pleura Veranlassung gegeben hatte. Man kann hier den Verdacht, das Verhältniss möchte eher vielleicht ein umgekehrtes sein, nur schwer unterdrücken.

Ueber die Veränderung der Prognose in unserm Falle durch die Wahrscheinlichkeit des Bestehens eines Oesophaguscarcinoms brauchen wir Nichts beizufügen. Die Berechtigung der Exarticulatio humeri bei dieser Lage der Dinge könnte vielleicht bestritten werden. Uns machte es den Eindruck, als ob durch die Operation die Lebensdauer des Patienten eher verlängert als verkürzt worden sei. Jedenfalls wurde er durch dieselbe von seinen ganz unerträglichen Schmerzen befreit und so seine letzten Lebenstage wenigstens noch erträglich gemacht.

## II. Ansichtsäusserungen und Vorschläge, welche die Pharmacopöe-Commission während ihrer Berathungen vom 15. bis 25. October d. J. ihrem Vorsitzenden, Herrn Geheimrath Dr. Struck, zu zweckentsprechender Uebermittlung an die zuständige Stelle übergeben hat.

### I. Sprache der Pharmacopöe betreffend.

(Bericht der Redactions-Commission.<sup>5)</sup>)

1. Die zweite Ausgabe der Pharmacopoea germanica möge, unter Beibehaltung der lateinischen Ueberschriften, in deutscher Sprache zur Abfassung gelangen.
2. Der Titel der zweiten Ausgabe der Pharmacopoea germanica möge sein:

„Arzneibuch des Deutschen Reiches.“

### II. Vetrinaria betreffend.

Der Vorsitzende wird ersucht, dafür Sorge zu tragen, dass vor Zusammentritt der Pharmacopöe-Commission zu einer zweiten Sitzungsperiode auf dem Wege der Berathung mit dafür geeigneten Thierärzten diejenigen Arzneimittel bestimmt werden, deren Aufnahme in die Pharmacopöe im Interesse der Veterinär-Medicin geboten sein würde.

III. Ad § 18 der Vorlage, betreffend die Arzneimittel, welche nur auf Anordnung eines approbirten Arztes, ebenso wie auch diejenigen, welche in der Receptur ohne Wiederholungsvermerk nicht mehr als einmal abgegeben werden dürfen.

1. Die Commission hält es für zweckmässig, dass die im § 18 bezeichneten Arzneimittel im Texte der Pharmacopöe nicht vermerkt werden, sondern, dass das Verzeichniss der nur auf ärztliche Verordnung zu verkaufenden Mittel durch periodisch zu erlassende Bestimmungen ergänzt und zur allgemeinen Kenntniss gebracht werde.
2. Um die Schlussätze „Alia med. etc.“ „Tab. B und C“, ferner den Schlusssatz des Passus II auf pag. IX der

<sup>4)</sup> W. J. Walsham. On the osseous tumours of bone formerly called osteoid cancers. St. Barthol. Hosp. Rep. XV. 1879.

<sup>5)</sup> Mitglieder der Redactions-Commission waren: Gerhardt-Würzburg, Nothnagel-Jena, Binz-Bonn, Kerschensteiner-München und Flückinger-Strassburg.



Vorrede zur Pharmacopöe wegzulassen, beauftragt die Pharmacopöe-Commission den Vorsitzenden, den Herrn Reichskanzler zu ersuchen, dass durch periodisch erscheinende Verordnungen bestimmt werde, welche Arzneimittel den Tabellen B und C angehören sollen.

#### IV. Maximaldosen betreffend.

1. Die Tabelle A möge in bestimmten Zwischenräumen nach Bedürfniss ergänzt werden.
2. Es möge eine Bestimmung getroffen werden, an welcher Stelle im Recepte bei einer Ueberschreitung der Maximaldosis das Ausrufungszeichen von Seiten des Arztes zu setzen ist.
3. Der Arzt möge angehalten werden, bei Ueberschreitung der Maximaldosis, die verlangte Dosis in Worten auszusprechen.
4. Es sei wünschenswerth, dass eine Verordnung des Inhalts herbeigeführt werde, dass der Apotheker verbunden sei, sich im Falle, dass ein Arzt in einer Ordination die für die Arzneimittel der Tabelle A zur Pharmacopöe aufgeführten Maximaldosen, ohne Hinzufügung des Zeichens **!**, überschreitet, mit dem Arzte vor Verabreichung des Arzneimittels zu benehmen, oder wenn dies nicht möglich ist, die Dosis auf die Hälfte der Maximaldosis herabzusetzen, dem Arzte aber unverzüglich Anzeige zu machen.

#### V. Signirung der Arzneibehälter betreffend. (Antrag Koch-Stuttgart.)

Die Signirung der Arzneibehälter für die Stoffe in Tab. B und Tab. C, sowie für die übrigen Arzneimittel, möge eine einheitliche Regelung erfahren.

#### Für die zweite Sitzungsperiode vorbehaltene Vorlagen.

1. Beschlussfassung über die in die Pharmacopöe aufzunehmenden Thierarzneimittel.
2. Beschlussfassung, ob die aufzunehmenden Thierarzneimittel aus dem Texte der Pharmacopöe auszuschneiden und in einen besonderen Anhang zur Pharmacopöe zu setzen sind.
3. Ist die Aufnahme einer Maximaldosentabelle für die Thierarzneimittel erforderlich?
4. Ergänzung der von Subcommission B<sup>6)</sup> vorgeschlagenen bereits en bloc angenommenen Maximaldosentabelle (z. B. für Kosin, Physostigminum salicylicum).
5. Vereinbarung über die im Texte der Tabellen B u. C vorzunehmenden Aenderungen durch eine besondere Commission.
6. Sind die höchsten Gaben in der Maximaldosentabelle ausser durch Zahlen auch noch durch Worte auszudrücken?

### III. Von der 53. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Danzig 1880.

In der „combinirten Section für innere Medicin pathologischer Anatomie und Psychiatrie“, die unter dem Vorsitz von Professor Ponfick tagte, sprach zunächst Dr. Baumgarten-Königsberg:

<sup>6)</sup> Mitglieder der Subcommission B waren: Gerhardt-Würzburg, v. Ziemssen-München, Eulenburg-Greifswald, Fraentzel-Berlin, Jürgensen-Tübingen, Preusse-Berlin, Binz-Bonn, Husemann-Göttingen, Nothnagel-Jena, Salzer-Carlsruhe, Hoch-Stuttgart.

#### „Ueber das Verhältniss von Perlsucht und Tuberkulose“.

Der Vortragende führt, namentlich mit Hinweis auf die jüngst erschienene Abhandlung Virchow's: „Ueber die Perlsucht der Hausthiere und deren Uebertragung durch die Nahrung“ aus, dass die Frage nach der Identität von Perlsucht und Tuberkulose als eine noch offene betrachtet werden müsse. Untersuchungen, die Redner zur Lösung des genannten Problems anstellte, haben ergeben, dass Uebertragung von perlsüchtigen Massen resp. von durch Impfung mit diesen Massen erzeugten Tuberkeln in die vordere Augenkammer von Kaninchen bei diesen ganz constant eine echte Augen- und von dieser aus eine legitime Allgemeintuberkulose hervorruft; ferner, dass die Erzeugung einer Tuberkulose des Augapfels mit oder ohne nachfolgende generalisirte Tuberkelbildung, ausser durch die Perlsuchtmassen, nur noch gelingt mit den Producten der echten Menschen- und Thiertuberkulose, sonst durch keine andere pathologische, organische Substanz oder Schädlichkeit.

Aus diesen beiden Thatfachen hält Redner den Schluss zu ziehen für gerechtfertigt, dass es ein bestimmtes Virus der Perlsucht gebe und dass dieser identisch sei mit dem Virus der Tuberkulose.

Specifische Organismen konnte der Vortragende bisher weder in den Perlproducten, noch in den durch sie erzeugten Impftuberkeln nachweisen, hält aber damit die Annahme der parasitären Natur der Tuberkulose nicht für widerlegt. Im Gegentheil glaubt er einige von ihm gefundene Thatfachen anführen zu sollen, welche ihm im Sinne einer solchen zu argumentiren scheinen. (Redner erwähnt in diesem Hinblick z. B., dass eine nur kurzdauernde Imprägnation des Impfmateri als mit 2—3% Carbolsäurelösung dessen Contagiosität aufzuheben im Stande ist.) Was die anatomische Seite der Frage anlangt, so ist Redner der Ansicht, dass in allen principiell wichtigen Punkten eine fast vollkommene Uebereinstimmung zwischen Perlknötchen und Tuberkeln bestehe. Nicht nur die complicirtere Schüppel'sche Tuberkelstruktur, sondern auch das einfacher gebaute Virchow'sche Tuberkellymphom sei in den Perlknötchen vorhanden. Ferner komme bei der Perlsucht eine rechte käsige Gewebs-Nekrose kaum weniger ausgedehnt vor, wie bei der menschlichen Tuberkulose; sie werde nur dadurch in den meisten Fällen fast völlig verdeckt, weil grade die käsig-nekrobiosirenden Gewebs-theile es seien, welche die Incrustation mit Kalksalzen erführen. Gleichwohl gäbe es Fälle von echter Perlsucht, in denen die Verkalkung sehr zurückgetreten gegenüber einer ausgebreiteten, mit Erweichungen und wirklicher käsiger Höhlenbildung einhergehenden Verkäsung. — Mit dem malignen Lymphosarkom könnten die Perlknötchen gerade auch was ihre Neigung zur Verkalkung beträfe, noch weniger gut verglichen werden, als mit den menschlichen Tuberkel- und Skrophelknötchen. — Nach Allem glaubt der Vortragende den Satz vertreten zu dürfen, dass Perlsucht und Tuberkulose als eine einzige einheitliche Krankheitspecies aufzufassen sind.

Professor Ponfick stimmt mit dem Vortragenden ganz überein in Betreff der grossen anatomischen Aehnlichkeit zwischen Perlsucht und Tuberkulose, wie sie in Virchow's Geschwulstlehre, als einem älteren Werke, noch nicht enthalten sei, wie sie aber Virchow in neuester Zeit mit der erwähnten Einschränkung unumwunden anerkennt. Dass bei der Perlsucht so häufig Kalk-Incrustationen vorkämen, liesse sich leicht daraus erklären, dass das Rindvieh vermöge seiner Pflanzen-Nahrung sehr viel mehr kalkhaltige Substanzen zu sich nähme, als Carnivoren oder Omnivoren: dadurch könne es geschehen, dass die Verkäsung einen wahren modificirten Charakter anzunehmen pflege.

Hierauf hält Professor Bäumler-Freiburg einen Vortrag: „Ueber subacute exsudative Peritonitis“.

Vortragender spricht über subacute exsudative Peritonitis, eine Erkrankungsform, welche zuerst von Galvagni eingehender berücksichtigt wurde und von welcher auch J. Bauer in Ziemssen's Handbuch Fälle mitgetheilt hat. An der Hand zweier von ihm beobachteter Fälle, welche jugendliche weibliche Individuen betrafen, schildert der Vortragende das Krankheitsbild. In ganz schleichender Weise unter ab und zu auftretenden Leibschmerzen, zuweilen auch Erbrechen, und mit mässigem remittirenden Fieber entwickelt sich ein reichliches flüssiges Exsudat im Peritonealsack. Das Abdomen ist nur mässig oder nicht druckempfindlich und zu Zeiten könnte man glauben, dass es sich um eine hydropische Ansammlung handelt, wenn nicht das Fieber für die entzündliche Natur derselben spräche. In den beiden vom Vortragenden beobachteten Fällen bestand gleichzeitig eine ziemlich beträchtliche Flüssigkeitsansammlung in der l. Pleurahöhle, und der Vortragende erwähnt, dass er auch bei hochgradigem Ascites (in Folge von Lebercirrhose) häufig linkseitigen Pleuraerguss beobachtet habe und dass eine mechanische Kreislauf-Störung demselben zu Grunde zu liegen scheine. In dem einen der beiden mitgetheilten Fälle entwickelte sich auf der Höhe der Krankheit die von Einigen als für tuberculöse Peritonitis als charakteristisch betrachtete erysipelatöse Röthung und Infiltration der Haut um den Nabel und verschwand allmählich mit dem Rückgang des Exsudates unter Abschuppung der betreffenden Hautpartie. Beide Kranke waren erst nach wochenlanger Entwicklung des Exsudates in Behandlung gekommen, die letzterwähnte erst, als die Ausdehnung des Abdomens und die davon abhängigen Athmungsbeschwerden ihr das Arbeiten unmöglich machten. Der Verlauf war ein durchaus günstiger: Beide Kranke wurden dauernd im Bett gehalten und bei der einen ging unter dem Gebrauch der Resina Copaivae, bei der anderen unter Gebrauch von Chinin und später Syrup. ferri jodati das Exsudat langsam im Lauf einiger Wochen zurück, während zugleich das Fieber allmählich abnahm. Beide Kranke wurden vollständig wiederhergestellt.

Der Vortragende macht darauf aufmerksam, dass die Diagnose dieser Form von Peritonitis sich immer erst aus der Beobachtung des Verlaufs ergeben könne, da namentlich bei jugendlichen Individuen die tuberculöse Peritonitis, welche ganz dieselben Erscheinungen mache, nicht mit absoluter Sicherheit auszuschliessen sei. Ist die Familiengeschichte des Kranken gut, fehlen anamnestische und sonstige Anhaltspunkte für Tuberculose, so müsse man daran denken, dass es sich um diese Form von einfacher subacuter Peritonitis handeln könne, und, wie der eine der mitgetheilten Fälle lehre, könne dies auch der Fall sein, wenn jene erysipelatöse Röthung um den Nabel sich entwickle. Von Ascites durch Lebercirrhose oder andere Kreislaufstörungen könne die in Frage stehende Krankheitsform unterschieden werden durch das vorhandene Fieber, das Fehlen einer Milzvergrößerung oder anderer venöser Stauungserscheinungen im Pfortadergebiet, und das Fehlen einer ausgesprochenen Leberverkleinerung. Das Vorhandensein oder Fehlen von Fieber sei auch ein sehr wichtiges Moment für die Differentialdiagnose zwischen dieser Krankheit und miliarer Carcinose des Bauchfells.

Betreffs der Behandlung bemerkt der Vortragende, dass diese Form von Peritonitis wahrscheinlich unter geeigneten sonstigen Verhältnissen bei einfacher expectativer Behandlung

heilen könne, dass von seinen Fällen in dem einen die Darreichung eines Diureticums, in dem anderen von Roborantien den günstigen Ablauf der Krankheit zu befördern schien, dass eventuell in solchen Fällen, wenn der Erguss sehr gross sei und erhebliche Beschwerden verursache, die Punction gemacht werden müsse.

Dr. Grosser führt gleichfalls einen Fall von Peritonitis mit gleichzeitiger linksseitiger Pleuritis nach Typhus an.

#### IV. Protokoll der VII. ordentlichen Versammlung des Vereins der Aerzte des Regierungs-Bezirks Breslau,

abgehalten

Sonntag, den 24. October 1880, Vormittags 11 Uhr,  
im Breslauer Concerthause, Gartenstrasse 16.

(Schluss.)

Der Vorsitzende bringt den Antrag Reich-Oels zur Debatte und Abstimmung: Die §§ 1—8 der bisherigen Standes-Ordnungen *en bloc* wieder anzunehmen.<sup>1)</sup>

Der Antrag wird einstimmig angenommen. —

Zu § 9 liegt der oben erwähnte Antrag Reich-Oels vor.

Dagegen beantragt Buchwald zu beschliessen: „Dem Ausgeschlossenen ist gestattet an die General-Versammlung gegen diesen Beschluss zu appelliren“ und behält sich vor, diesen Antrag als Zusatz zu § 14 einzubringen.

Gegen den Antrag Reich spricht Prof. Simon, weil der Vorstand nicht noch mehr belastet werden könne; eher sei bei streitigen Fällen eine Auflösung und Neuwahl des Ehrenrathes denkbar. Ferner Kayser, welcher den Antrag Buchwald empfiehlt. Für letzteren tritt auch Freund lebhaft ein, während Schmeidler unter anderen Bedenken gegen die General-Versammlung als Appell-Instanz, die meist so zufällige Zusammensetzung derselben, sowie die Schwierigkeit ihr das meist so umfangreiche Material vorzulegen, geltend macht.

Reich-Oels zieht hierauf, da die Meinung der Versammlung seinem Antrage, betreffend 9c, nicht günstig gesinnt ist, denselben zurück.

Darauf wird § 9 in der vom Vorstande beantragten Fassung angenommen.

Zu § 10 beantragt Kayser hinter Alinea 2 folgenden Passus einzuschieben:

„Falls sich die beiden Vertrauensmänner über den Obmann nicht einigen können, so ist derselbe vom Ehrenraths-Vorsitzenden zu ernennen.“

Disses Amendement wird, nachdem u. A. Steuer dafür gesprochen, angenommen, ebenso die übrigen Alineas in der vom Vorstand vorgeschlagenen neuen Fassung.

Zu § 11 werden folgende Anträge eingebracht: Von Freund, den § 11 folgendermassen zu formuliren:

„Der Ehrenrath hat die Aufgabe bei Verstössen gegen § 2, sowie bei unwürdiger oder ehrenrühriger, den Stand compromittirender Handlungsweise, aus eigener Initiative vorzugehen und darüber zu befinden.“

Von Steuer, den § 11 so zu formuliren:

„Der Ehrenrath hat die Aufgabe sein Urtheil abzugeben:

1. als erste und alleinige Instanz
  - a) bei Vergehen gegen § 2,
  - b) wenn ein College sich einer anderen unwürdigen oder ehrenrührigen, den Stand compromittirenden, Handlungsweise schuldig macht;
2. als Appell-Instanz auf Grund der §§ 3—8 (§ 10).“

Eger jun. zur Geschäfts-Ordnung beantragt die Abstimmung über § 11 bis nach der Abstimmung über § 14 zu sistiren. Dieser Antrag fällt. Kayser spricht das Bedenken aus, dass unter Alinea c. der Vorstands-Vorlage mancherlei Differenzen zwischen Collegien, welche eigentlich nur vor das Schiedsgericht gehörten, von den Klägern rubricirt und so die Anklagen doch direct an den Ehrenrath gebracht werden könnten.

Schmeidler: „Dies sei thatsächlich bis jetzt oft geschehen und gerade der Grund geworden, warum der Vorstand den § 10 in der neuen Fassung beantragt habe. Nach Annahme dieser werde der Ehrenrath in Zukunft alle Klagen, welche nicht unter § 2 gehören,

<sup>1)</sup> Diese Zeitschrift Jahrg. I. S. 8. 1879.

wofern sie direct an ihn gelangen, an das Schiedsgericht zurückweisen dürfen und müssen.

Hierauf fällt bei der Abstimmung der Antrag Freund, wogegen Antrag Steuer angenommen wird.

Zu § 12 stellt Prof. Simon den Antrag Alinea 1, folgendermassen zu fassen:

„§ 12 Alinea 1. Der Ehrenrath besteht aus 9 Mitgliedern, welche alle zwei Jahre unmittelbar nach der Vorstandswahl von der General-Versammlung durch Stimmzettel mit einfacher Majorität gewählt werden. Die Mitglieder des Ehrenrathes dürfen nicht zugleich Vorstandsmitglieder sein.“

Letzteres wurde auch oben bereits von Reich-Oels beantragt. Alinea 1 wird bei der Abstimmung in dieser von Prof. Simon beantragten Form angenommen.

Alinea 2 wird in folgender von Jung-Leubus beantragten Form angenommen:

„§ 12, Alinea 2: Mindestens Drei derselben müssen ausserhalb Breslaus ihren Wohnsitz haben.“

Alinea 3 wird in der Fassung des Vorstandes angenommen.

Ebenso werden Alinea 4 und 5 in der Fassung des Vorstandes angenommen. Abgelehnt wird der Antrag Wiener:

„Im Anschluss an Alinea 5 hinzuzufügen: Soweit die sub § 14c verzeichnete Strafe in Betracht kommt, kann nur der vollzählige Ehrenrath Beschluss fassen.“

Dagegen wird angenommen Antrag Steuer, dem § 12 folgende Alinea hinzuzufügen: „Bei eintretenden Vacanzen ergänzt sich der Ehrenrath durch Cooptation bis zur nächsten General-Versammlung, in welcher der Ersatz ordnungsmässig gewählt wird.“ —

§ 13 wird in der Fassung des Vorstandes angenommen.

Zu § 14 liegt vor der Antrag Buchwald (s. o.) an Alinea c. anzufügen: „Dem Ausgeschlossenen ist gestattet an die General-Versammlung gegen diesen Beschluss zu appelliren.“

In der Discussion über diesen Antrag wiederholt Prof. Simon die oben von ihm und Schmeidler geltend gemachten Bedenken (namentlich begründet in der so zufälligen Zusammensetzung der meisten General-Versammlungen) gegen den Antrag Buchwald, wobei er noch hinzufügt, dass auch aus ästhetischen Gründen derartige Angelegenheiten sich zur Verhandlung vor der General-Versammlung nicht eignen. Er würde eher dafür stimmen: es soll dem nach § 14c Verurtheilten freistehen, einem in der nächsten General-Versammlung neu zu wählenden Ehrenrathe die Sache noch einmal zu unterbreiten.

Anton spricht gegen letzteren Vorschlag: Unzweifelhaft werde dann Niemand ein solches neues Mandat annehmen wollen, welches dazu gemacht sei, den vorhergehenden Ehrenrath zu corrigiren.

Soltmann spricht für Zulässigkeit des Appells an die General-Versammlung, weil der Ehrenrath keine vom Staate anerkannte Behörde und demnach ein derartiger Appell ein gewisser Schutz für den Ehrenrath sei.

Freund will den Antrag Buchwald, für den er lebhaft eintritt, sogar auf 14b (Rüge) ausgedehnt wissen.

Nachdem sich an der Debatte noch Eger jun., Steuer und Schmeidler betheiligt haben, wird Schluss der Discussion angenommen und bei der Abstimmung der § 14 durchweg in der bisher gültigen und in den Anträgen des Vorstandes beibehaltenen Form angenommen, nachdem der Antrag Buchwalds gefallen ist.

Hierauf bringt der Vorsitzende die gesammte Standes-Ordnung mit allen bereits beschlossenen einzelnen Anträgen und Amendements nochmals zur Abstimmung. Dieselbe wird in der im Einzelnen beschlossenen Form nun auch im Ganzen nochmals angenommen.

Hierauf bringt der Vorsitzende Punkt 3 der Tages-Ordnung, Neuwahl des Vorstandes und Wahl des Ehrenrathes zur Verhandlung.

Der Antrag des Prof. Hermann Cohn, der alte Vorstand möge en bloc wiedergewählt werden, wird durch den Vorsitzenden als unausführbar zurückgewiesen, weil zwei Mitglieder die Neuwahl abgelehnt haben, nämlich Dr. Lion-Breslau und Dr. Adler-Brieg. Letzterer hat schon einige Zeit vorher seinen Austritt aus dem Vorstande erklärt.

Bei der nunmehr erfolgenden Neuwahl des Vorstandes werden im Ganzen 58 Stimmzettel abgegeben und gewählt:

Prof. Dr. Förster,  
Geh. Medicinalrath Prof. Dr. Biermer,  
Prof. Dr. Simon,  
Geh. Sanitäts-Rath Dr. Hasse,  
Sanitäts-Rath Dr. Grempler,  
Bezirk-Physicus Dr. Jacobi,  
Dr. Heinrich Stern,  
Dr. Schmeidler,  
Kreis-Physicus Dr. Dieterich (Oels),  
Dr. Anton (Schweidnitz),  
Sanitäts-Rath Dr. Röder (Lissa).

Bei der hierauf folgenden Wahl des Ehrenrathes werden 46 Stimmzettel abgegeben, und gewählt die Herren:

Prof. Dr. Richter,  
Geh. Sanitätsrath Dr. Krockner,  
Dr. Steuer,  
Sanitätsrath Dr. Blümner,  
Prof. Dr. Ponfick,  
Dr. Eger jun.,  
Dr. Alter (Brieg),  
Dr. Reich (Oels),  
Dr. May (Hundsfield).

Es folgt Punkt IV. der Tagesordnung: Bericht der Commission, welche zur Berathung über die zu gründende ärztliche Hilfskasse eingesetzt ist.

Grempler giebt folgendes Referat:

„Die Commission, in deren Namen ich die Ehre habe heut zu referiren, hatte von der Generalversammlung im Juni den Auftrag erhalten, für ausreichende rechnerische Grundlagen zu sorgen, bevor in die Specialdiscussion über die ärztliche Pensions- und Wittwenkasse eingetreten werden soll. Die Commission ist diesem Auftrage nachgekommen, hat sich umgehend mit Prof. Dr. Heim in Leipzig in Verbindung gesetzt, von diesem aber den Bescheid erhalten, dass er vor Ende November ausser Stande sei, uns ein Gutachten zu geben. Aus diesem Grunde müssen wir heut wieder beantragen, von der Specialdiscussion abzusehen. Derselbe Grund war es, der uns der Möglichkeit beraubte, die von Dr. Steuer zu demselben Zweck zu berufende ausserordentliche Versammlung einzuberufen.“

Es bleibt daher für heut nur der dritte Punkt unserer Vorschläge zum Austrage zu bringen, der, die ärztliche Hilfskasse für den Regierungs-Bezirk Breslau betreffend. Die Statuten zu derselben sind conform denen der in Breslau für die Stadt bereits bestehenden und bewährten ausgearbeitet und ersucht die Commission daher möglichst um deren Annahme en bloc.

Mit dem 1. Januar beginnt das neue Rechnungsjahr der Breslauer Hilfskasse und würde eine Verhandlung behufs Verschmelzung mit derselben wesentlich erleichtert werden, wenn wir durch Ihre heutige Annahme der vorgelegten Statuten ein Mandat erhielten, vor diesem Termin mit derselben in vereinbarende Verhandlung treten zu können. M. H.! Wir Breslauer haben bei dieser Angelegenheit ja weniger unser Interesse im Auge als das der auswärtigen Collegen. Diesen sind wir schuldig, die Angelegenheit möglichst bald zum Austrage zu bringen; von denen ist die Bewegung ausgegangen, sie sind es, die das lebhafteste Bedürfniss fühlen nach einer Hilfskasse für den Regierungs-Bezirk, wie wir eine solche schon für die Stadt besitzen.“

Folgt die Verlesung der Statuten.

Der Vorsitzende eröffnet die General-Discussion über die soeben vorgelesenen und bereits in dieser Zeitschrift vom 7. August 1880 abgedruckten Statuten der zu gründenden ärztlichen Hilfskasse für den Regierungs-Bezirk Breslau. Da Niemand das Wort erbittet, so wird zur Specialdiscussion über die einzelnen Paragraphen übergegangen.

§ 1 wird angenommen.

Zu § 2 hat die Commission den Antrag gestellt, den Zusatz zu machen: Jedes Mitglied des Vereins der Aerzte des Regierungs-Bezirks Breslau ist verpflichtet, der Hilfskasse beizutreten.

Dagegen beantragt Roeder: Der Beitritt zu dieser Hilfskasse solle obligatorisch sein für alle Mitglieder unseres Aerzte-Vereines, sofern sie nicht schon einer anderen Hilfskasse angehören.

Der Antrag der Commission wird angenommen, somit fällt Antrag Roeder.

Die §§ 3, 4, 5, 6 und 7 werden in der vorliegenden Fassung angenommen.

Bei § 8 wird der Commissions-Antrag angenommen, hinter den Worten: „Der Vorsitzende“ einzuschalten: „des Ausschusses“.

Die §§ 9 und 10 werden unverändert angenommen.

Endlich wird über diese Statuten nochmals im Ganzen abgestimmt und werden dieselben angenommen.

Grempler dankt im Namen der Commission für das glückliche und rasche Beenden dieses so lange und mit so vieler Mühe vorbereiteten Planes.

Der Vorsitzende bringt nun den zweiten Theil des in der 6. ordentlichen Versammlung von der Commission gestellten Antrages III zur Debatte, welcher lautete:

„Der Verein gründet eine Hilfskasse mit den folgenden Statuten und tritt nach vollzogener Gründung derselben an die alte Breslauer Hilfskasse mit dem Ersuchen heran, sich mit der neuen Kasse zu verschmelzen.“

Dieser Antrag wird ohne Debatte angenommen; die Ausführung desselben wird dem zu wählenden Ausschusse übertragen.

Der Vorsitzende bringt hierauf zunächst Punkt VI der Tagesordnung zur Discussion: Feststellung des Termins für die nächste ordentliche Versammlung. Er beantragt, die Versammlungen des Breslauer Regierungs-Bezirks-Vereines und des Provinzial-Verbandes das nächste Mal nicht zusammenfallen zu lassen, die specielle Bestimmung des Termins für erstere dem Ermessen des Vorstandes anheim zu stellen. Dieser Antrag wird ohne Debatte angenommen.

Endlich giebt Jacobi folgendes Referat über die Verhandlungen des Eisenacher Aertztages:

„Der VIII. deutsche Aertztetag war besuchter als einer der früheren. Leider waren von Schlesien nur zwei Delegirte erschienen, während z. B. Berlin durch 17 vertreten war. Warum der Verein des Regierungs-Bezirks Liegnitz dem Aerztevereinsbunde noch immer nicht beigetreten ist, vermag ich mir nicht zu erklären; die Kraft unserer Vereinsbildungen hat gerade ihre Spitze in der Vereinigung durch ganz Deutschland. Wie es ja bei uns gleichfalls geschieht, so wurden auch in Eisenach viele entbehrliche Reden gehalten. Beschränkung auf Nothwendiges und Neues ist nicht genug anzupfehlen, insbesondere müssen die Collegen aus Berlin in Zukunft die Geduld und das Behagen der Versammlung mehr berücksichtigen. Die Zeit und Aufmerksamkeit dieses Aertztages wurde fast vollständig von dem Hauptgegenstande der Tagesordnung absorbiert: der Stellung der Aerzte zur

Gewerbe-Ordnung. In dieser Frage ist eine Einigung ebenso schwer wie zwischen Schutzzöllnern und Freihändlern. Es war daher sehr wichtig, dass der Geschäftsausschuss mit den vorgelegten Thesen einen vermittelnden Standpunkt einnahm und nur das in denselben aussprach, was beiderseits zugegeben werden konnte. Nicht mehr darf man bezweifeln, dass in einzelnen Gegenden die Kurpfuscherei grösser und frecher sich geltend macht als vor 1869. Sie wissen, dass weder in Breslau noch sonst in Schlesien schlimmere Zustände constatirt werden konnten, dasselbe sagen noch sehr viele Andere von ihren Kreisen, so dass von einer allgemein üblen Erfahrung keineswegs, sondern höchstens von einer mehrfachen gesprochen werden darf. Das steht aber nun fest, ein actives Vorgehen des Bundes wird dadurch noch nicht gerechtfertigt. Wenn der Aertztetag eine Wiederaufhebung der Kurir-Freiheit beantragte, so könnte er das nur mit dem Interesse des Publikums motiviren. Wer wird das aber glauben? Alle Welt wird vielmehr annehmen, dass die Aerzte im Grunde nur für ein eigenes Privileg kämpfen. Und dann ist trotz alles Leugnens ein logischer Zusammenhang zwischen dem Privilegiren der Aerzte und der ärztlichen Zwangspflicht nicht abzuweisen und damit eine Gefahr gegeben, welche uns Alle mehr schreckt als die Pfuscherei, die Wiederherstellung des § 200 des Str.-G.-B. Indem ich Sie im Uebrigen, bei dem Mangel an Zeit, auf den officiellen Bericht verweise, freue ich mich constatiren zu können, dass ich bereits in meinem der I. Provinzial-Versammlung am 15. Juni 1879 gegebenen Referate die Anschauungen entwickelt habe, welche jetzt in den Thesen 2, 6, 7 von dem VIII. Aertztage angenommen worden sind.“

Der Vorsitzende schliesst die Versammlung gegen 3 Uhr.

## V. Referate und Kritiken.

Krieger. Aetiologische Studien. Ueber die Disposition zu Katarrh, Croup und Diphtheritis der Luftwege. 2. Aufl. Strassburg 1880.

Verf. sucht auf Grund zahlreicher eigener Beobachtungen und mit Benutzung der besten und umfassendsten statistischen Arbeiten in das Chaos unserer ätiologischen Begriffe etwas Licht und Ordnung hineinzubringen. Er hat sich vorläufig nur ein beschränktes Gebiet ausgewählt — Katarrh, Croup und Diphtheritis der Luftwege — und glaubt den Beweis liefern zu können, dass es sich im Wesentlichen bei diesen drei Processen um einen einheitlichen Vorgang handelt, der sich nur dadurch so verschieden gestalten kann, dass jedes Individuum der Krankheitsursache gegenüber verschieden disponirt ist. Hierin, in der Disposition, sucht Verf. den Hauptangriffspunkt aller ätiologischen Forschung und auf ihre Erklärung basirt er seine vorliegenden Untersuchungen, deren Inhalt wir hier kurz skizziren wollen.

Ein Punkt, auf den Verf. ein ganz besonderes Gewicht legt, ist der, dass er unter Disposition nicht etwa eine angeborene oder ererbte Eigenthümlichkeit oder constitutionelle Anomalie versteht. Er ist vielmehr der Ansicht, die Disposition entstehe stets durch eine Reihe von äusseren Einflüssen, aus deren Cumulation sie resultiren soll.

So ist die Disposition zunächst abhängig vom Lebensalter, und zwar entsteht sie, proportional der Schwere des Krankheitsprocesses, um so später, je gefährlicher die Krankheit. Am frühesten, schon in den ersten Lebenstagen, erscheint die Coryza, demnächst nach 5–6 Wochen der Bronchialkatarrh, nach 3–4 Monaten der Croup, nach 5–6 Monaten die Diphtheritis, um in derselben Reihenfolge, aber sehr viel langsamer, wieder zu verschwinden. Zur Erklärung dieses Verhaltens wird angenommen, dass zur Entwicklung der Disposition eine um so längere Zeit erforderlich ist, je schwerer der betreffende Process sich gestaltet. Allein neben dieser Altersdisposition brauchen wir noch eine individuelle Disposition, die uns erklärt, warum nicht alle Kinder gleichmässig von den betreffenden Krankheiten ergriffen werden. Ist es doch gerade bei der Diphtheritis absolut unaufgeklärt, warum in einer Familie von mehreren Kindern bald nur eines, bald zwei, bald alle erkranken, und warum auch die Intensität der gleichzeitig auftretenden Prozesse eine so total verschiedene sein kann. Hier müssen wir annehmen, dass die Dispo-



sition individuelle Unterschiede zeigt, und manche Kinder vollständig frei lässt. Dasselbe Verhalten finden wir bekanntlich beim Scharlachfieber, während bei den Masern eine derartige Immunität wohl nie statthatt.

Welcher Natur der Krankheitserreger sei, darauf lässt sich Verf. nicht weiter ein, wie er überhaupt diesen Factor als ganz nebensächlich behandelt, und nicht nur die Intensität, sondern selbst die Natur des Krankheitsprocesses wesentlich von der Disposition abhängig macht — ein Punkt, der ihm wohl nicht ohne Weiteres zugestanden werden kann, obgleich wir vorläufig auch keine bessere Erklärung zu geben im Stande sind.

Als einen der wichtigsten Factoren zur Erzeugung der Disposition betrachtet Verf. das künstliche Klima, d. h. die Luft unserer Wohnräume, in denen ja Kinder bei weitem den grössten Theil des Tages und die ganze Nacht zuzubringen haben. Hier liegt der Schwerpunkt der ganzen Arbeit, ein positives und unanfechtbares Resultat. Auf Grund umfassender, über mehrere Jahre sich erstreckender Beobachtungen kommt Verf. zu dem Schlusse, dass ein Hauptgrund aller Erkrankungen, insbesondere im kindlichen Alter, in der fehlerhaften Beschaffenheit der Stubenluft zu suchen sei. Ganz besonders sind es seine atmometrischen Resultate, die Messung der Verdunstungsgrössen, welche er hier ins Treffen führt und die ihm auf Grund concreter Fälle die Schlussfolgerung aufnöthigten, dass eine heisse und trockene Luft schon an und für sich genügend sei, die stärkste Disposition zu den in Rede stehenden Krankheiten zu wecken. Die vergleichenden Messungen in den Wohnungen von Foos und Betz, die in extenso im Originale nachzulesen sind, zeigten ihm, dass unter anscheinend ganz übereinstimmenden sowohl socialen, als klimatischen Verhältnissen, bei ununterbrochenem Verkehr zwischen beiden Familien, selbst zur Zeit der schwersten Erkrankungen, in dem einen Hause fünf Kinder an Croup und Diphtheritis zu Grunde gehen, ohne dass in dem anderen auch nur die leichteste Erkrankung auftritt. Eine lange Reihe von Messungen der Temperatur und der Verdunstung zeigte nun ganz deutlich, dass für diese beiden Factoren die disponirte Familie Foos ganz bedeutend höhere Werthe ergab, als die gesunde Familie Betz. Eine Wiederholung der Versuche bei anderen, disponirten und freien Familien ergab jederzeit, dass bei ersteren die erwähnten Werthe über dem Durchschnitt der letzteren lagen. Eine Nachahmung dieser höchst interessanten Beobachtungen und Messungen, deren Methoden im Original ausführlich mitgetheilt sind, ist dringend wünschenswerth.

Im Weiteren bespricht dann Verf. die auffallende Gesetzmässigkeit im Absteigen der entzündlichen Processe der Luftwege, sowohl anatomisch in jedem einzelnen Falle, als auch mit dem Lebensalter und mit den Jahreszeiten, wie zahlreiche Curven näher belegen.

Ferner zieht Verf. zur besseren Erklärung, weshalb gleiche Schädlichkeiten oft so verschiedene Folgen haben, den Unterschied von localer und allgemeiner Disposition heran. Bei allgemeiner Disposition wird eine local wirkende Schädlichkeit heftigere und ausgebreitetere Processe zur Folge haben, als bei rein localer Disposition.

Nachdem noch in Kürze eine Reihe äusserer Einflüsse, wie Nahrung, Kleidung, Witterung besprochen, die anatomischen Verhältnisse der ersten Luftwege einer Betrachtung unterzogen sind, sucht Verf. noch eine Reihe von Einwänden und Bedenken zu widerlegen und seine Schlussfolgerungen präcise zusammenzustellen.

Dies sei nur ein cursorischer Abriss des reichhaltigen, durch zahlreiche Tabellen und graphische Darstellungen erläuterten Inhaltes, der zum Studium des interessant und klar geschriebenen Werkes anregen und ermuntern soll. Sind auch nicht alle Schlüsse des Verfassers unanfechtbar, ist auch an mancher Stelle rein Hypothetisches und Wirkliches gleichberechtigt nebeneinander gestellt, so schöpft man doch eine Reihe von positiven Resultaten aus dem reichen Schatze von Thatsachen und wird mit einem Gefühle von Befriedigung das Werk überblicken, welches hoffentlich die beabsichtigte Anregung zu weiteren Forschungen auf der hier betretenen Bahn auch in der That geben wird.

Toeplitz.

Julius Cohnheim. Vorlesungen über allgemeine Pathologie. Zweiter Band. Berlin 1880. 582 S. Verl. von A. Hirschwald.

Der zweite Band der Cohnheim'schen Pathologie liegt seit Kurzem dem ärztlichen Publikum vor. Es wäre überflüssig, auf die Vorzüge eines Werkes hinzuweisen, dessen erster Band bereits geraume Zeit in aller Händen, und dessen Werth ebenso allgemein anerkannt ist. Die spannungsvolle Erwartung, welche dem Erscheinen des ersten Bandes vorherging, ist in reichem Masse in Erfüllung gegangen, fesselte doch dieser Band in um so höherem Grade, als er die wichtigsten, nicht blos Tages- sondern Zeitfragen der Pathologie behandelte. Waren es doch die Kapitel von der Entzündung, der Infection und Geschwulstbildung und andere, welche hier ihre Darstellung fanden, und zwar von der Hand desjenigen, welcher seit Virchow am meisten umgestaltend in diesen Gebieten der Pathologie gewirkt hat, so dass auch die, welche sich nicht in allen Stücken in Uebereinstimmung mit dem Autor fanden, sich der hohen Bedeutung des Werkes nicht entziehen konnten.

Dem gegenüber hat der zweite Band einen schwereren Standpunkt; es bleiben so manche, mehr in das specielle Gebiet hinüberspielende Verhältnisse zu erledigen, welche naturgemäss das Interesse vielleicht nicht in gleichem Grade zu erregen im Stande sind, indess hat sich

der Verfasser der gewiss nicht leichten Aufgabe, das Wesentliche von dem Unwesentlichen zu sondern, mit grosser Meisterschaft entledigt, so dass der vorliegende Band sich thatsächlich in würdigster Weise seinem Vorgänger anschliesst.

Dem Plane des ganzen Werkes entsprechend, haben wir in demselben nicht eine systematische Darstellung des ganzen Gebietes der Pathologie zu suchen. Einzelne Kapitel, welche mehr aus dem Rahmen der „pathologischen Physiologie“ heraustreten, oder ihrer Natur nach andern Special-Disziplinen näher stehen, hat der Verfasser von vornherein ausgeschieden; eine Lücke, welche er selbst beklagt, aber auch durch zwingende Gründe erklärt, ist das Fehlen einer Pathologie des Nervensystems, für welche die Zeit noch nicht gekommen scheint.

Das ganze Werk gliedert sich in sechs Haupttheile, von welchen den beiden ersten, der Pathologie der Circulation und der Pathologie der Ernährung der erste Band ausschliesslich gewidmet war. Für den zweiten Band bleiben die Pathologie der Verdauung, der Athmung, des Harnapparates und die Pathologie des Wärmehaushaltes.

Der dritte Abschnitt, mit welchem der vorliegende Band beginnt, zerfällt in vier Kapitel (1. Mund, Rachen, Speiseröhre; 2. Magen; 3. Leber, 4. Pankreas und Darm), der 4. Abschnitt enthält die Kapitel Luftwege, Athembewegungen und Lungenkreislauf, Dyspnoe und Asphyxie. Der 5. Abschnitt behandelt Blutbeschaffenheit, Blutströmung, Beschaffenheit der absondernen Membranen, Gegendruck, Harnwege und Einfluss der Störungen des Harnapparates auf den Gesamt-Organismus; der 6. Abschnitt endlich zerfällt in die Kapitel Wärmeregulation und Fieber.

Es ist nicht unsere Absicht, hier eine genaue Analyse des ganzen inhaltreichen Bandes zu geben, indess glauben wir dem Verfasser am meisten gerecht zu werden, indem wir seinem Gedankengange wenigstens in einigen der wichtigsten Kapitel zu folgen suchen.

Als ein solches tritt uns in dem Abschnitt Verdauung die Lehre vom Diabetes entgegen. Der Verfasser führt den Nachweis, dass die Hyperglykämie, welche den Diabetes bedingt, sowohl Folge einer abnorm gesteigerten Zucker-Production seitens des Organismus sein kann, als der Ausdruck und die Wirkung einer Unfähigkeit desselben, den Blutzucker in physiologischer Weise zu verwenden und zu zerstören — oder beides zusammen.

Das Vorhandensein einer abnorm gesteigerten Eiweisszerlegung, auf welcher die Glykogenbildung zum grossen Theil beruht, ist mehr als hinreichend bewiesen durch die vermehrte Harnstoffausscheidung der Diabetiker und ihren hohen Bedarf an N-haltiger Nahrung. Aber diese gesteigerte Eiweisszerlegung genügt für sich allein nicht zur Erklärung des Diabetes, da der Gesunde unter denselben Bedingungen (d. h. bei abnorm vermehrter Zufuhr N-haltiger Nahrung) keinen Zucker ausscheidet. Es muss daher bei dem Diabetiker auch eine Verringerung der Zuckerzerstörung herangezogen werden.

In Bezug auf den Ort der Glykogenabspaltung aus dem Eiweiss warnt C. vor zu grosser Einseitigkeit, indem er darauf hinweist, dass neben der Leber bekanntlich auch die Muskeln und viele andere Bestandtheile des Organismus regelmässige Glykogenbildner sind; wir haben also nicht den geringsten Grund, die diabetische Mehrproduction von Glykogen und Zucker der Leber allein aufzuführen. — Die ungenügende Zuckerzerstörung kann aber mit Sicherheit nicht durch mangelhafte O-Aufnahme bedingt sein (wenngleich dies für manche Fälle von künstlich hervorgebrachter vorübergehender Mellurie wohl denkbar ist), denn eine solche anzunehmen, liegt bei der Mehrzahl der Diabetiker kein Grund vor. Viel wahrscheinlicher ist es, dass die Diabetiker deshalb weniger Zucker verbrauchen, weil es ihnen an einem Ferment fehlt, welches unter physiologischen Verhältnissen die Zersetzung des Traubenzuckers einleitet.

In dem Abschnitt Darm und Pankreas begegnen wir interessanten und von den herkömmlichen ziemlich abweichenden Ansichten über einige wichtige Processe, welche in der Regel den katarhalischen Erkrankungen zugerechnet werden. Das Gebiet der letzteren wird durch das Raisonement C.'s wesentlich eingeeengt, und wir leugnen nicht, dass wir uns der Richtigkeit desselben nicht entziehen können.

Die Rolle, welche dem Darmsaft bei der Verdauung zukommt, kann seiner Zusammensetzung nach nur eine sehr untergeordnete sein. Die Unterdrückung dieser Secretion, wenn eine solche überhaupt vorkommt, dürfte von nennenswerther Bedeutung für die Verdauung kaum sein. Von Interesse dagegen ist die Frage, ob diese Secretion unter pathologischen Verhältnissen eine die Norm erheblich übersteigende, profuse werden kann. In dem Versuche Moreau's, welcher die sämmtlichen Nerven einer abgebundenen Darmschlinge durchschnitt, tritt eine vielleicht paralytische Hypersecretion von Darmsaft ein, welche das unterbundene Darmstück in wenigen Stunden anfüllt.

Eine ganz ähnliche Hypersecretion muss bei der Cholera angenommen werden, denn die reiswasserähnlichen Entleerungen der Cholerakranken haben fast genau die Zusammensetzung des Darmsaftes, ja Kühne konnte in denselben ein saccharificirendes Ferment nachweisen.

Die übrigen Veränderungen des Körpers sind lediglich die Folge dieser profusen Secretion der Dünndarmdrüsen, welche mit einer katarhalischen Entzündung der Schleimhaut nichts zu thun hat. Die rosige Injectionsröthe der letzteren ist nichts als der Ausdruck der jede lebhaft drüsenenthätigkeit begleitenden Fluxion; der beste Beweis für die Abwesenheit einer entzündlichen Veränderung liefert



aber das Verhalten der Epithelien, welche bekanntlich intra vitam weder abgestossen, noch sonstwie verändert werden. Ebenso handelt es sich auch bei den gewöhnlichen diarrhoischen Zuständen, seien sie nun durch medicamentöse oder infectiöse, oder andere Ursachen bedingt, in der grossen Mehrzahl der Fälle (u. A. in den gewöhnlichen Sommer-Diarrhöen der Kinder) offenbar nicht um eine katarrhalische Enteritis, wie von Aerzten und Laien vielfach angenommen wird, ja selbst die Angabe, dass die Schleimhaut eines typhösen Darmes zwischen den Geschwüren katarrhalisch afficirt sei, ist nach C.'s Erfahrungen nicht begründet. Das Wesentliche ist die Reizung der Schleimhautnerven, sei sie nun durch eine Enteritis oder durch andere Ursachen bedingt, z. B. durch eine erregende Eigenschaft des Darminhaltes. Das Zustandekommen wässeriger Entleerungen kann aber offenbar lediglich abhängen von der mangelhaften Resorption des wässerigen Theiles des Darminhaltes, und die weitaus häufigste Ursache dieser mangelhaften Resorption ist die abnorme Kürze der Berührungszeit der Darm-Contenta mit der Schleimhautfläche durch gesteigerte Peristaltik.

Aus dem der Athmung gewidmeten Theile greifen wir nur den Abschnitt über Dyspnoe und Asphyxie heraus.

Alle Respirationsfehler (welche in dem vorhergehenden Abschnitt besprochen sind) haben das Gemeinsame, dass sie den Zutritt der Luft zum Blut, oder den des Blutes zur Luft erschweren, und also die Aufnahme von Sauerstoff und die Abgabe von Kohlensäure verringern. Allerdings pflegt dabei zugleich eine Verminderung des Sauerstoff-Verbrauches einzutreten, denn derartige Menschen verhalten sich ruhig. Früher oder später muss aber doch einmal das Missverhältniss zwischen Einnahme und Verbrauch sich geltend machen: Als Regulationsmittel tritt sodann Dyspnoe auf.

Nun ist leider der Gaswechsel von Menschen und Thieren mit Respirationsfehlern noch wenig bekannt, doch lässt sich annähernd das Richtige aus verschiedenen Erscheinungen vermuthen.

Bei geringen Graden von Respirationsfehlern ist unter gewöhnlichen Verhältnissen keine Dyspnoe vorhanden, da sich ein Gleichgewichtszustand des arteriellen Gasgehaltes herstellt, der allerdings — wie die Cyanose derartiger Individuen beweist — unterhalb des Niveau der physiologischen Sättigung liegt; anders bei schweren Fehlern, für welche die Dyspnoe unentbehrlich ist.

Diese höheren Grade der Dyspnoe können aber nie dauernd werden, da die Leistungsfähigkeit der In- und Expirationsmuskeln sich früher oder später erschöpft und es tritt die Gefahr der Erstickung ein. Sowohl der Mangel an Sauerstoff, als die Ueberladung mit Kohlensäure sind aber Ursachen der verstärkten Athembewegungen. Die Erregung beschränkt sich indess nicht blos auf das Centrum der Athembewegungen, sie breitet sich auch aus auf das vasomotorische Centrum (Erhöhung des arteriellen Druckes), dann auf das des Vagus (Pulsverlangsamung), endlich auf schwerer erregbare Centren (Erweiterung der Pupillen — Krampfcentrum). Leistungsfähige und kräftige Athemmuskeln lassen verhältnissmässig hohe Grade von Athmungshindernissen ertragen, schwache Athemmuskeln (bei Kindern, Phthisikern) lassen selbst geringere Störungen schnell tödtlich werden.

Nothwendig ist aber auch bei den ersteren ungeschwächte Erregbarkeit des Athmungscentrums, welche in weiten Grenzen schwankt (Steigerung der Erregbarkeit bei Hysterischen, bei erhöhter Bluttemperatur, wahrscheinlich auch bei Urämischen, Herabsetzung derselben bei Benommenheit des Sensoriums in typhösen Krankheiten, bei Hirndruck, Druck auf die Medulla oblongata). Eine solche mangelhafte Erregbarkeit des Athmungscentrums ist es, welche das Cheyne-Stockes'sche Phänomen hervorruft. C. ist geneigt, der Annahme Filehne's zu folgen, welcher bekanntlich das Wiederansteigen der Respiration nach der Athempause auf die Contraction der kleinen Arterien des Gehirns und die in Folge derselben eintretende Anämie zurückführt, welche nun ihrerseits die schwer erregbare Medulla oblongata in zunehmendem Grade erregt. — Ob es sich — sowohl bei der akuten, als auch bei der chronischen — Erstickung um eine Kohlensäure-Intoxication handelt, ist nach C. durchaus nicht erwiesen, wenigstens können die Anhänger einer solchen keine besseren Gründe dafür annehmen, als diejenigen, welche für das entscheidende Moment die Sauerstoffverarmung halten.

Mit besonderem Interesse begrüßen wir den Abschnitt über die Pathologie des Harnapparates; die immer und immer wiederkehrenden Meinungsdivergenzen über die Natur der verschiedenen Nierenaffectioren haben fast dahin geführt, dass gewissermassen „jeder seine eigene Nephritis hat“. Wir sind der Ansicht, dass die Darstellung C.'s, wenn sie sich auch selbstverständlich nur auf die Hauptzüge erstrecken kann, wesentlich zur Klärung der Ansichten in diesem schwierigen Gebiete beiträgt, in welchem wie in wenigen anderen nur die genaueste Kenntniss der anatomischen Veränderungen im Verein mit dem vollen Verständniss der physiologischen Vorgänge und mit der klinischen Beobachtung ein sicheres Urtheil ermöglicht.

Entzündungserreger können in die Nieren gelangen entweder mittelst des Blutstromes oder durch den Ureter und das Nierenbecken. Die verschiedenen Stoffe, welche den ersten Weg einschlagen, welche also zur Ausscheidung durch die Nieren bestimmt sind, können in verschiedener Weise schädlich wirken. Ausgesetzt sind denselben: 1. die Glomeruli mit ihrem Epithel; 2. die Epithelien der Harncanälchen. (Letztere nach der Ansicht Einiger auch ohne Mitbetheiligung der ersteren) Da nun schon normalerweise nie alle Nierengefässe gleichmässig durchströmt werden und in Folge dessen nie alle Harncanälchen gleichmässig bei der Secretion theilhaftig sind, so kann es auch

eine über beide Nieren gleichmässig sich erstreckende Nephritis nicht wohl geben.

Die bekannte Beschaffenheit des Urins bei leichten Graden der acuten Nephritis, wie sie z. B. bei Scharlach, Diphtheritis und anderen Infectiouskrankheiten vorkommt (sog. Glomerulo-Nephritis), ist hinreichend erklärt durch die Verminderung des Blutdruckes und der Stromgeschwindigkeit in den entzündlich veränderten Glomerulus-Schlingen, sowie durch ihre abnorme Durchlässigkeit. Anatomisch finden sich weder am Epithel der Harncanälchen, noch an den Interstitien nennenswerthe Veränderungen, und auch diejenigen des Glomerulus-Epithels sind kaum von Belang. Die Cylinderbildung erklärt sich aus der Transsudation von Eiweiss in Verbindung mit ebenfalls transsudirten weissen Blutkörperchen. — Dass eine Veränderung der Harncanal-Epithelien durch Einwirkung deletärer Stoffe vorkommt, ist erwiesen (Chromsalze, Canthariden), doch ist dabei eine Veränderung der Glomerulus-Capillaren durch die anatomische Untersuchung nicht auszumachen.

Bei der für gewöhnlich als „acute Nephritis“ bezeichneten Form finden wir die Nieren vergrössert, gewöhnlich hyperämisch, und ausgezeichnet durch die Betheiligung der Epithelien der Harncanälchen und der Glomeruli; die ersteren sind mehr oder weniger verfettet, in der letzteren kommt es zu Blutungen; zugleich findet sich herdweise, besonders um die Kapseln, interstitielle Affection. Die granulirten Cylinder, welche im Urin auftreten, gehen zum Theil sehr wahrscheinlich aus Harncanal-Epithelien hervor. — Auch diese Form kommt zu schweren Infectious-Krankheiten hinzu, oder sie tritt unzweifelhaft auch spontan nach Erkältung auf. C. ist geneigt, diese beiden Formen als verschiedene Grade eines und desselben Processes aufzufassen. Diesen stehen gegenüber die chronischen Nephritiden, welche nur selten auf acute Anfänge zu beziehen sind. C. ist der Ansicht, dass dieselben entweder die dauernde Existenz gewisser entzündungserregender Ursachen im Organismus oder eine häufige Wiederholung bestimmter schädlicher Einflüsse voraussetzen, unter denen hauptsächlich Gicht, Blei-Intoxication und häufige Erkältungen zu nennen sind; meist lässt sich eine Ursache mit Sicherheit nicht nachweisen. Die beiden Hauptformen der chronischen Nephritis, wie sie für gewöhnlich aufgestellt werden, die grosse weisse und die kleine granulirte (rothe) Niere, zeigen aber so viele Uebergänge, dass man beide nur als graduelle Unterschiede auffassen kann. C. warnt aber davor, in den verschiedenen Formen zugleich aufeinander folgende Stadien desselben Processes zu erkennen, und gewiss mit Recht. Eine principielle Unterscheidung einer parenchymatösen und einer interstitiellen Nephritis ist nicht zulässig.

Das grosse Harnvolumen, welches nun, im Gegensatz zur acuten Nephritis, den chronischen Formen zukommt, ist bedingt durch die arterielle Drucksteigerung und Herzhypertrophie.

C. widmet diesem Verhältniss eine besonders eingehende Besprechung, da seine bereits im 1. Bande des Werkes ausgeführte Ansicht über das Zustandekommen der Herzhypertrophie wenig Anklang und Beachtung gefunden zu haben scheint. Er bekennt sich gegenüber der ursprünglichen, schon von Bright ausgesprochenen Ansicht, sowie gegenüber Gull und Sutton, Senator, Buhl und Anderen im Wesentlichen zu der Traube'schen Lehre, welche bekanntlich den Hauptwerth auf die Erhöhung des Circulationswiderstandes in den Nieren legt, denn alle übrigen Theorien erweisen sich nicht als stichhaltig gegenüber allen Fällen. Allerdings ist ausser jenem noch ein zweites Moment nothwendig, denn die einfache Ausschaltung des Nierenkreislaufes durch Unterbindung genügt nicht zum Hervorbringen einer Herzhypertrophie. Vor Allem muss berücksichtigt werden, dass die letztere auch hier eine rein compensatorische Bedeutung hat. Die Circulation in der Niere wird wesentlich bedingt durch die Contraction der kleinen Arterien. Diese hängt aber — nach C.'s Hypothese — von dem Gehalt des Blutes an harnfähigen Substanzen ab, d. h. mit andern Worten, wenn der Stoffumsatz im Organismus ein reger ist, so muss viel Blut durch die Nieren strömen, um diese harnfähigen Substanzen zu entfernen; die kleinen Arterien müssen in diesem Falle sich erweitern. Finden sich nun hinter den kleinen Arterien Circulationswiderstände, so ist die nothwendige Folge Zunahme der arteriellen Spannung, um jene zu überwinden; — bleibt dagegen der Gehalt an harnfähigen Substanzen, und damit auch die erforderliche Blutmenge gering, so bleibt auch die Circulationsstörung ohne Wirkung. „Es ergibt sich somit, dass eine Herzhypertrophie sich entwickeln muss, wenn 1) hinter den kleinen Nierenarterien dem Blutstrom in beiden Nieren oder doch im grössten Theil ihres Gefässsystems abnorme Widerstände entgegenstehen und 2) das Allgemeinbefinden des Individuums und insbesondere seine Ernährung eine derartige ist, dass mindestens annähernd die normale Quantität harnfähiger Stoffe producirt wird.“ (p. 351.)

In der That sehen wir die Hypertrophie sich nicht blos ausbilden bei der chronischen Schrumpfniere, sie findet sich auch bei der hydronephritischen Atrophie, so bald diese in einem verhältnissmässig gesunden jugendlichen Organismus vorkommt, während sie in den gewöhnlichen Fällen bekanntlich auszubleiben pflegt, sie kann aber auch gelegentlich, wenn auch selten und schon in wenigen Wochen bei ganz frischer Nephritis sich entwickeln, wobei man dann allerdings zu einer Erhöhung der Widerstände in den afficirten Glomeruli und Capillaren seine Zuflucht nehmen muss. (Diese Ansicht findet in den neuerdings veröffentlichten Beobachtungen Friedlaender's über

die Herz-Hypertrophie bei Scarlatina-Nephritis eine wesentliche Beteiligung.)

Cohnheim trennt, wie uns scheint, sehr mit Recht, das wechselvolle Bild der Amyloidniere scharf von den bisher besprochenen Formen. Die mangelhafte Scheidung der Amyloidniere von den übrigen Nieren-Erkrankungen hat offenbar zu sehr vielen Missgriffen geführt. Die Beurtheilung derselben wird aber ausserordentlich erschwert durch die vielfachen Combinationen, welche die Degeneration der Gefässe mit Veränderung der Epithelien, namentlich Verfettung, mit entzündlichen Zuständen, Infiltration und Verfettung der Interstitien eingeht, durch welche ja auch die ausserordentlich wechselnde Harnbeschaffenheit bei dieser Erkrankung hinreichend erklärt ist. Die Albuminurie ist dabei am wahrscheinlichsten auf eine abnorme Durchlässigkeit der amyloiden Gefässe für gelöstes Eiweiss zurückzuführen.

Was die Verfettung der Epithelien betrifft, so kann dieselbe wohl als directe Folge der Gefässerkrankung aufgefasst werden, dass aber auch entzündliche Veränderungen davon abhängen können, kann C. nicht zugeben, eben so wenig, dass die Amyloid-Degeneration auf Grund einer chronischen Nierenerkrankung sich entwickelt. Es bleibt daher nichts anderes übrig, als in der Nephritis und der Amyloid-Degeneration zwei von einander unabhängige Störungen zu sehen, die in der Regel aber wohl der gleichen Ursache ihre Entstehung verdanken.

Der Epithelverfettung an sich vermag C. keine wesentliche Rolle bei der Albuminurie zuzuschreiben; damit steht in Einklang, dass ja selbst bei dem denkbar höchsten Grade der Verfettung, bei der Phosphorvergiftung, häufig nur sehr geringe Albuminurie beobachtet wird.

Aus den folgenden Kapiteln heben wir, um diese Besprechung nicht über das Mass auszudehnen, nur einige wichtige Punkte hervor, welche besonderes Interesse beanspruchen, namentlich die Erklärung der Wassersucht bei der Nephritis.

C. wendet sich mit treffenden Gründen gegen die Annahme der hydrämischen Beschaffenheit der Nephritiker als Folge des relativ geringen Eiweissverlustes. Aber auch die Zurückhaltung von Wasser im Blut genügt nicht zur Erklärung des Hydrops, denn für die Entfernung einer hydrämischen Plethora fehlt es dem Körper nicht an Mitteln; auch ist die Existenz einer solchen bei Nephritis nicht einmal sicher gestellt. Und auch, wenn dies der Fall wäre, dürfte die Abgabe von Wasser an das Unterhautzellgewebe nicht in Frage kommen. Aber gerade die Thatsache, dass der Hydrops renalis ganz vorwiegend das letztere befällt, veranlasst C. zu der Annahme einer abnorm gesteigerten Durchlässigkeit der Haut-, resp. Unterhautgefässe, welche er nicht ansteht, der entzündlichen gleich zu setzen, sei es, dass die entzündungserregende Schädlichkeit Haut und Nieren gleichzeitig betroffen hat (Scharlach), sei es, dass die entzündliche Veränderung der Hautgefässe der der Nieren vorangegangen ist (Nephritis nach Hauterkältung). Die übrigen hydropischen Ergüsse aber, wie sie namentlich im späteren Verlauf, und vorwiegend bei amyloider Nephritis eintreten, können nur als Coëffecte der Compensationsstörung, also als Stauungsödeme aufgefasst werden.

Was die Urämie betrifft, so erklärt sich diese lediglich durch die Annahme einer Ueberladung des Blutes mit Harnbestandtheilen, nicht blos mit Harnstoff, sondern auch mit Harnsalzen.

Ungern verzichten wir auf eine Besprechung der nicht minder wichtigen letzten Abschnitte des Werkes über Wärmeregulation und Fieber. Das Vorstehende möge aber genügen, um zu zeigen, dass auch in diesem zweiten Bande seines Werkes der Verfasser mit anerkannter Berücksichtigung fremder Forschungen seinem Gegenstande ein durchaus originales Gepräge verleiht. Nicht eine Aneinanderreihung von Thatsachen, sondern eine allseitig durchdachte organische Darstellung der Pathologie liegt uns vor, deren eingehendes Studium für Jeden, sei er Fachmann oder Praktiker, nur gewinnbringend sein kann.

Marchand.

## Netoliczka. Untersuchungen über Farbenblindheit und Kurzsichtigkeit. Zweiter Theil. Graz. 1880.

Nachdem Professor Netoliczka bereits im Jahre 1879 in dem 28. Jahresberichte der steiermärkischen Landes-Oberrealschule zu Graz die ersten Mittheilungen veröffentlicht hatte über die zahlreichen Untersuchungen, die er an den Zöglingen der verschiedensten Grazer Schulen, sowie auch an anderen der Schule bereits erwachsenen Personen vorgenommen hatte, giebt er in dem nunmehr erschienenen zweiten Theil den Schlussbericht seiner fleissigen und umfangreichen Untersuchungen. Im Ganzen hat Prof. Netoliczka 9238 Untersuchungen ausgeführt, und zwar 3059 auf Farbenblindheit und 6179 auf Kurzsichtigkeit.

Hinsichtlich der Farbenblindheit gelangt Netoliczka nunmehr im Allgemeinen zu folgenden Resultaten.

Die Verbreitung der Farbenblindheit unter dem männlichen Geschlecht beträgt nach ihm etwa 4 %, eine Zahl, die annähernd von den meisten Untersuchern ermittelt worden ist. Unter den von ihm geprüften 819 weiblichen Individuen liess sich kein einziger Fall von Farbenblindheit nachweisen und wird diese auffallende Superiorität des weiblichen Farbensinnes mit der frühzeitigen und intensiveren Erziehung, welche der weibliche Farbensinn im Allgemeinen erfahre,

erklärt. Sodann ergaben die Netoliczka'schen Untersuchungen für die unteren Stände eine ganz entschieden viel grössere Neigung zur Farbenblindheit, sowie zu einer Trägheit des Farbensinnes, als wie dies bei den besseren Ständen der Fall war. Eine ähnliche Beobachtung hatte Referent bereits im Jahre 1878 bei seinen Untersuchungen Breslauer Schüler gemacht und daran die Vermuthung geknüpft, dass die Verbreitung der Farbenblindheit über die verschiedenen Volksschichten vielleicht eine ungleichmässige sein dürfte, insofern die unteren Stände mehr damit behaftet sein könnten, als die höheren. Allerdings fand diese Bemerkung des Referenten bei Cohn alsbald einen entschiedenen Widerspruch, indem dieser Forscher sowohl auf der Versammlung deutscher Ophthalmologen zu Heidelberg, wie auch in seinen einschlägigen Arbeiten gegen dieselbe auftrat und ihre Berechtigung in Zweifel zog. Doch haben sich inzwischen eine Reihe anderer Untersucher dieser Frage nochmals angenommen und wirklich eine grössere Neigung der unteren Stände für Farbenblindheit ermittelt, so z. B. Holmgren, Carl, de Fontenay, zu denen jetzt also auch noch Netoliczka gekommen ist. Wenn diese wichtige Frage durch die vorliegenden Untersuchungen auch noch keineswegs vollständig in bejahendem Sinne entschieden ist, so sind doch gewiss die Gründe, mit denen Cohn die Möglichkeit eines derartigen Verhaltens anfänglich bekämpfen zu müssen glaubte, hinlänglich widerlegt. Uebrigens glaubt Netoliczka auch bei der Landbevölkerung im Allgemeinen einen trägeren Farbensinn beobachtet zu haben. Auf Grund dieser seiner Beobachtungen empfiehlt unser Autor eine methodische Farbensinnerziehung, welcher er das Magnus'sche System mit einigen Erweiterungen zu Grunde legen möchte.

Was die Classification der verschiedenen Arten der Farbenblindheit anlangt, so glaubt sich Netoliczka fest überzeugt zu haben, dass die Annahme von nur zwei Arten, einer Roth-Grünblindheit und einer Blau-Gelbblindheit, praktisch sich nicht durchführen lasse. Wie so viele andere Autoren, so hat auch Netoliczka die Beobachtung gemacht, dass es Farbenblinde giebt, denen rothes Licht dunkler wie grünes erscheint, während bei einer anderen Kategorie das umgekehrte Verhältniss stattfindet, also das grüne Licht dunkler, als wie das rothe erscheint; doch ist Netoliczka der Ansicht, dass sich eine strenge Classification trotz jener zweifellos bestehenden Verschiedenheit nicht in allen Fällen mit Sicherheit durchführen lasse. Jedenfalls sei aber die Violettblindheit die seltenste und konnte dieselbe unter 3059 Personen nur ein Mal nachgewiesen werden.

Ein Einfluss der bestehenden Farbenblindheit auf Refraction und Sehschärfe wurde niemals ermittelt, dagegen wurde bei sehr vielen farbenblindenden Individuen eine auffallende Steigerung des Lichtsinnes beobachtet, die es denselben möglich machte, noch sehr feine Unterschiede der Lichtstärke zu differenzieren, die einem sogenannten normalen Auge bereits entgingen.

Hinsichtlich der Untersuchungsmethoden vindicirt unser Autor der Holmgren'schen Wollenmethode eine ganz besondere Bedeutung; jedenfalls eigne sich dieselbe zur Untersuchung in Schulen viel besser, als wie die Stilling'schen Tafeln.

Zur Erklärung des Wesens der Farbenblindheit eignen sich nach Netoliczka zwei Theorien in gleicher Weise; nämlich die Young-Helmholtz'sche Theorie, welche den Grund der abnormen Farbenempfindung in einer Herabsetzung der Functionsfähigkeit gewisser nervöser Retinalelemente sucht, sowie die Ansicht von Delboeuf und Spring, die nicht eine Schwächung, sondern eine abnorm gesteigerte Empfindlichkeit der Retina gegen gewisse Farbeneindrücke voraussetzt. Diese beiden Theorien vermögen, nach den Versicherungen unseres Autors, die verschiedenen Erscheinungen der Farbenblindheit in gleich überzeugender und erschöpfender Weise zu erklären und werden deshalb auch für gleich berechtigt erklärt.

Magnus.

## VI. Tagesgeschichtliche Notizen.

— Der „Statistik der unter den Versicherten der Lebensversicherungsbank f. D. zu Gotha in den fünfzig Jahren von 1829 bis 1878 vorgekommenen Sterbefälle mit Rücksicht auf Geschlecht, Alter, Beruf und Dauer der Versicherungen der Gestorbenen, ferner mit Rücksicht auf die Todesursachen, den Gesundheitszustand zur Zeit der Aufnahme, die Jahreszeit der Sterbefälle und das Verhältniss zwischen der rechnungsmässigen und wirklichen Sterblichkeit“, herausgegeben von Dr. Emminghaus, entnehmen wir nachfolgende, die ärztlichen Kreise interessirenden Notizen: Von den 85781 Personen, welche der Lebensversicherungsbank von 1829 bis 1878 beitraten, starben 22017 Personen, welche insgesamt mit 114905600 Mark versichert waren. Die durchschnittliche Versicherungssumme der Gestorbenen betrug im ersten Jahrzehnt 5262 Mark, im letzten 5514 Mark. Die durchschnittliche Versicherungssumme der Aerzte betrug: in der Zeit von 1829–38 5297 Mark.

1839–48 5575 „

1849–58 6248 „

1859–68 6372 „

1869–78 7327 „

1829–78 6605 Mark.

Aus dieser Zusammenstellung erhellt, dass die Versicherungssumme der Aerzte im Laufe der Zeit nicht unbeträchtlich in die Höhe gegangen. Im ersten Decennium betrug die Zahl der versicherten Aerzte 35, im letzten 451.

Todesursachen waren während der fünfzigjährigen Periode: Gehirnslagfluss 12,13 pCt., Lungenschwindsucht 11,63, entzündliche Brustkrankheiten 10,89, Altersschwäche 7,28, Typhus 7,16, chronische Herzkrankheiten 5,81, Krebs 5,04, Selbstentleibung 1,86, Verunglückung 1,37, Bright'sche Krankheit 1,35, Cholera 1,32, Diabetes mellitus 0,42, Geisteskrankheiten 0,38. Auffallend zurückgegangen ist die Häufigkeit des Typhus; im ersten Decennium betrug die Zahl der Todesfälle an diesem 14,86 pCt., im letzten nur 4,20. Emminghaus schreibt diese Abnahme den Fortschritten in der Therapie des Typhus zu. Dagegen ist die Zahl der Todesfälle sehr gestiegen am Krebs von 2,97 auf 6,48 pCt., an Bright'scher Krankheit von 0,15 auf 2,00 pCt., Diabetes von 0,00 auf 0,53 pCt. etc. Nachfolgende Tabelle giebt eine Uebersicht der hauptsächlichsten Todesursachen bei den verschiedenen Ständen, im Maximum und Minimum der betreffenden Berufsklasse.

Name der Krankheit	Maximum	Minimum
Typhus .....	bei Aerzten ..... 10,88 pCt.	bei Militairperson. 5,62 pCt.
Lungenschwindsucht ..	„ Transportbe- triebsperson. 20,69	„ Bergleuten ... 8,36
Krebs .....	„ Berufslosen (meist Frauen) 8,08	„ Militairperson. 3,69
Chronische Gehirn- und Rückenmarkskrankh.	„ Kaufleuten .. 5,11	„ Berufslosen .. 1,54
Entzündl. Brustkrankh.	„ Forstbeamten 14,19	„ Kaufleuten ... 8,99
Chron. Herzkrankheit.	„ Kaufleuten .. 7,25	„ Bergleuten ... 3,34
Gehirnslagfluss ....	„ Aerzten ..... 13,77	„ Transportbe- triebspersonal 9,13
Selbstentleibung .....	„ Kaufleuten .. 2,88	„ Berufslosen .. 0,55
Verunglückung .....	„ Transportbe- triebsperson. 3,73	„ Aerzten ..... 0,44
Altersschwäche .....	„ Militairpers. 12,52	„ Transportbe- triebspersonal 3,74

Von den während der fünfzigjährigen Periode versicherten 1140 Aerzten starben:

Zahl der Aerzte.	K r a n k h e i t.	Procentisch. Verhältniss.
124	Typhus .....	10,88
9	Cholera .....	0,79
28	Andere Infectionskrankheiten .....	2,49
131	Lungenschwindsucht .....	11,49
44	Krebs .....	3,86
12	Gelenk-Rheumatismus .....	1,05
7	Diabetes .....	0,61
5	Geisteskrankheiten .....	0,44
10	Gehirnentzündung .....	0,87
50	Chron. Gehirn- u. Rückenmarkskrankheiten .....	4,38
119	Entzündliche Brustkrankheiten .....	10,44
17	Chronische Lungenleiden .....	1,49
81	Chronische Herzkrankheiten .....	7,10
18	Unterleibsentzündung .....	1,58
33	Chronische Leberkrankheiten .....	2,89
17	Bright'sche Krankheit .....	1,49
12	Acussere Schäden und Geschwüre .....	1,05
157	Gehirn-Schlagfluss .....	13,77
16	Lungenschlagfluss .....	1,40
153	Sonstige Krankheiten .....	13,42
21	Selbstmord .....	1,84
5	Verunglückung .....	0,44
71	Altersschwäche .....	6,23

In Betreff der Beziehungen zwischen dem ärztlichen Befund zur Zeit der Aufnahme und der Todesursache stellte sich heraus, dass die Sterbefälle derer, welche bei der Aufnahme nicht als ganz gesund bezeichnet wurden, auf das gesammte Gewichtsverhältniss der verschiedenen Todesursachen nur sehr geringen Einfluss haben. Von denjenigen, bei welchen in der Familie Lungenschwindsucht nachzuweisen war, starben an dieser 23,7 pCt. und mit Hinzurechnung derer, welche an anderen Lungenkrankheiten starben 38,3 pCt.; von solchen, bei deren Verwandten Krebs nachgewiesen war, starben 9,3 pCt. an Krebs. Diese Beobachtung verdient in Bezug auf die vielfach bestrittene Lehre von der Vererbung des Krebses die grösste Beachtung. Von den Personen, bei welchen eine erbliche Anlage zu Herzkrankheiten vermuthet werden konnte, starben 12,9 pCt. an chronischen Herzkrankheiten und 18,6 pCt. an Gehirnslagfluss. Von den mit „Hagerkeit mit mehr oder weniger phthisischem Habitus“ bezeichneten Personen starben 34,9 pCt. an Lungenschwindsucht; von den mit „Corpulenz mit mehr oder weniger apoplektischem Habitus“ bezeichneten Personen starben 7,9 pCt. an chronischen Herzkrankheiten und 26,2 pCt. an Gehirnslagfluss.

Wir übergehen die Erörterung des Einflusses der Jahreszeiten auf die Todesursachen, wie das Alter der Gestorbenen und der Todesursachen, weil die Ermittlungen sich nur auf die wohlhabenderen Gesellschaftsklassen beziehen und unter diesen nur auf solche, deren Aufnahme in die Lebensversicherungsbank nicht beanstandet wurde.

Die Sterblichkeit, wie sie nach den Berechnungen der Bank zu erwarten war, verglichen mit der wirklichen Sterblichkeit, ergab, dass der wirkliche Abgang in Bezug auf die Personen nur in 15 Jahren, in Bezug auf die Summen nur in 14 Jahren grösser war, als den Erwartungen entsprach. Diese Mindersterblichkeit, welche in Bezug auf die Personen 4,08 und in Bezug auf die Summen 5,06 pCt. beträgt, ist geringfügig und daher die Sterblichkeitstabelle der Bank als wohlbewährt zu betrachten.

— In der 46. Jahreswoche vom 7. bis 13. November wurden in Breslau 177 (100 m. und 77 w.) lebende Kinder geboren; es starben 115 Personen, so dass die Zahl der Geburten die der Todesfälle um 62 überragt. Wichtigere Todesursachen waren: Scarlat. 5, Diphther. 3, Tuss. convuls. 3, Enterit. 6, Chol. nostr. 3, Apoplex. 4, Convuls. 14, Croup 1, Phthis. 9, Cas. fort. 1.

Die Sterblichkeitsverhältnisse in der 46. Jahreswoche in den über 15000 Einwohner zählenden Städten Schlesiens und Posens ergeben sich nach den „Veröffentlichungen des Gesundheitsamtes“ aus nachfolgender Tabelle:

Namen der Städte.	Ein- wohner.	Gestorbene excl. Todt- geborene.	Lebensalter der Gestorbenen.						
			0.—1.	2.—5.	6.—20.	21.—40.	41.—60.	61 und darüber	
Breslau . . . . .	276 000	115	41	17	9	11	21	16	
Posen . . . . .	65 718	32	5	1	3	5	11	7	
Görlitz . . . . .	48 000	25	7	4	2	6	2	4	
Liegnitz . . . . .	35 487	23	10	—	—	3	1	9	
Bromberg . . . . .	34 058	15	8	2	—	2	1	2	
Königshütte . . . . .	27 631	11	3	4	2	1	—	1	
Landsberga/W. . . . .	24 266	6	1	1	—	2	1	1	
Schweidnitz . . . . .	21 393	8	2	—	1	2	3	—	
Beuthen O/S. . . . .	23 489	15	7	1	3	3	—	1	
Neisse . . . . .	20 252	4	—	1	—	2	—	1	
Gross-Glogau . . . . .	18 262	7	—	3	1	1	—	2	
Ratibor . . . . .	17 272	11	3	—	—	1	5	2	
Brieg . . . . .	16 490	7	1	3	—	2	1	—	

Die Verhältnisszahl der Gestorbenen ist auf das Jahr und 1000 Einwohner berechnet für Breslau 21,7, für Posen 25,3, für Görlitz 27,1 und die übrigen Städte im Durchschnitt 23,3.

In der 47. Jahreswoche vom 14. bis 20. November wurden in Breslau 183 (88 m. und 95 w.) lebende Kinder geboren; es starben 170 Personen, so dass die Zahl der Geburten die der Todesfälle um 13 überschreitet. Wichtigere Todesursachen waren: Scarlat. 7, Diphtherit. 2, Tuss. convuls. 3, Typh. abdom. 1, Enterit. 24, Chol. nostr. 6, Apoplex. 2, Convuls. 23, Croup 1, Phthis. 12, Pneumon. 7, Cas. fort. 1, Suicid. 1.

Die Sterblichkeitsverhältnisse in der 47. Jahreswoche in den über 15000 Einwohner zählenden Städten Schlesiens und Posens ergeben sich nach den „Veröffentlichungen des Gesundheitsamtes“ aus nachfolgender Tabelle:

Namen der Städte.	Ein- wohner.	Gestorbene excl. Todt- geborene.	Lebensalter der Gestorbenen.						
			0.—1.	2.—5.	6.—20.	21.—40.	41.—60.	61 und darüber	
Breslau . . . . .	276 000	170	82	24	8	22	21	13	
Posen . . . . .	65 718	37	9	4	3	4	9	8	
Görlitz . . . . .	48 000	18	3	6	1	3	—	5	
Liegnitz . . . . .	35 487	19	8	2	1	5	2	1	
Bromberg . . . . .	34 058	15	6	3	1	—	2	3	
Königshütte . . . . .	27 631	14	8	2	3	—	—	1	
Landsberga/W. . . . .	24 266	10	3	2	1	—	1	3	
Schweidnitz . . . . .	21 393	4	—	—	1	1	1	1	
Beuthen O/S. . . . .	23 489	9	2	4	—	3	—	—	
Neisse . . . . .	20 252	7	1	1	1	1	2	1	
Gross-Glogau . . . . .	18 262	13	4	4	1	2	1	1	
Ratibor . . . . .	17 272	7	1	—	1	1	3	1	
Brieg . . . . .	16 490	8	4	1	—	1	1	1	

Die Verhältnisszahl der Gestorbenen ist auf das Jahr und 1000 Einwohner berechnet für Breslau 32,0, für Posen 29,4, für Görlitz 19,5 und die übrigen Städte im Durchschnitt 23,1.

## VII. Personalien.

Auszeichnungen: Charakter als Sanitätsrath: praktischer Arzt Dr. Wahn zu Kösen im Kreise Naumburg.

Anstellungen: Kreiswundarzt Dr. Risse in Thorn zum Kreisphysikus des Kreises Osterode in Ostpreussen, der praktische Arzt Dr. Lewicki in Stuhm zum Kreisphysikus des Kreises Stuhm.

Niederlassungen: Stabsarzt a. D. Dr. Schulze in Vreden, Dr. Hirsemann in Meyenburg, Stabsarzt Dr. Westphal in Lehe,



Arzt Funke in Dortmund, Dr. Heinelt und Dr. Schiele in Dyhernfurth, Dr. Elvenich in Homburg v. d. H., Dr. Thomas in Aachen, Dr. Laaf in Burscheid.

Verzogen: Dr. Wohlers von Oberndorf nach Osten, Dr. Hoffmann von Lehe nach Altona, Arzt Wrede von Deutz nach Cöln, Dr. Lehmann von Bonn nach Dresden, Dr. Münscher von von Cremmen nach Scheveningen, Dr. Behring von Wohlau nach Posen, Dr. Mühlenbach von Festenberg nach Quaritz, Dr. Steinbach von Querfurt nach Leipzig, Dr. Niesemann von Dudweiler nach Sierk.

Todesfälle: Kreisphysikus Sanitätsrath Dr. Klusemann in Burg, Kreisphysikus Dr. Heffter in Templin, Kreiswundarzt Böttcher in Usedom, Dr. Mittelstrass in Sandau a. E., Dr. Uffelmann in Vreden, Dr. Hottendorf in Achim, Dr. Münchmeyer in Münden, Dr. Ulbrich in Stössen, Dr. Buch in St. Goarshausen.

Vacante Stelle: die Kreiswundarztstelle des Kreises Samter, Reg.-Bezirk Posen.

### VIII. Inserate.

## Physiologischer Verein. [171]

Montag, den 13. December: Vereinsabend bei Suchan.  
Herr Dr. Schuchardt: „Ueber functionelle Anpassung krankheitsregender Pilze.“

## Die neuesten Kranken- und Geschäfts-Journale für praktische Aerzte nach drei verschiedenen Schemas

hält stets vorrätig [168]

Herrmann Gresin's Buchdruckerei n. lithogr. Anstalt  
Berlin S., Urbanstr. 81.

Muster-Schemas werden auf Wunsch franco eingesandt.

Bestellungen nimmt an

Gutmann'sche Buchhandlung (Otto Enslin) Berlin.

## Verlag von Ferdinand Enke in Stuttgart.

Soeben ist erschienen und durch jede Buchhandlung zu beziehen:

## Die Endoskopie der HARNRÖHRE UND BLASE.

Von Dr. J. Grünfeld in Wien.

Mit 22 Holzschnitten und 3 Tafeln in Farbendruck.

gr. 8. geh. Preis 7 Mark.

Auch unter dem Titel „Deutsche Chirurgie, Lieferung 51“.

## Die OPERATIVE GYNÄKOLOGIE mit Einschluss der gynäkologischen Untersuchungslehre.

Von

Prof. Dr. A. Hegar und Prof. Dr. R. Kaltenbach  
in Freiburg i. B.

Zweite gänzlich umgearbeitete und vermehrte Auflage.  
I. Hälfte.

Mit 134 in den Text gedruckten Holzschnitten.

gr. 8. geh. Preis 8 Mark 60 Pf.

## DIE CHIRURGISCHEN KRANKHEITEN der oberen Extremitäten.

Von Professor Dr. P. Vogt in Greifswald.

Mit 116 Holzschnitten und 2 Tafeln in Farbendruck.

gr. 8. geh. Preis 8 Mark. [170]

Auch unter dem Titel „Deutsche Chirurgie, Lieferung 64“.

Verlag von August Hirschwald in Berlin.  
Soeben ist erschienen und in allen Buchhandlungen zu haben:

## Medicinal-Kalender für den Preussischen Staat 1881.

Mit Genehmigung

Sr. Excellenz des Herrn Ministers und mit Benutzung  
der Ministerial-Acten.

Zwei Theile. (I. Theil elegant gebunden. II. Theil broch.)  
Preis 4 M. 50 Pf. (Durchschossen 5 M.) [169]

Verlag von Ferdinand Enke in Stuttgart.

## Leitfaden zur antiseptischen Wundbehandlung

insbesondere zur Lister'schen Methode.

Für praktische Aerzte und Studirende.

Von Professor Dr. J. N. Ritter von Nussbaum,  
k. b. Generalstabsarzt à la suite etc.

Dritte umgearbeitete Auflage.

8. geh. Preis M. 3.

In eingehendster Darstellung macht Verfasser den praktischen Arzt mit allen Einzelheiten und Manipulationen der antiseptischen Wundbehandlung, insbesondere der Lister'schen Methode, vertraut.

Aerzten, denen locale und andere Verhältnisse deren strenge Durchführung zur Unmöglichkeit machen, giebt er Rathschläge zur Verwerthung der segensreichen Errungenschaft. [166]

Das in kurzer Zeit nothwendig gewordene Erscheinen dreier starker Auflagen beweist, dass Verfasser seine Aufgabe glänzend löste.

Verlag von Ferdinand Enke in Stuttgart.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen:

## Medicinische Diagnostik

mit besonderer Berücksichtigung

der

## Differential-Diagnostik

von

Dr. J. Hermann Baas.

8. mit 40 Holzschnitten. Preis M. 4.—.

Verfasser war bei Abfassung seines Werkes bemüht, das Wichtige aus dem umfangreichen Stoff auszuwählen, Charakteristisches hervorzuheben und wissenschaftlich Feststehendes aufzunehmen und das Ganze in möglichst knapper Form zur Darstellung zu bringen.

Das Werk trägt besonders dem Bedürfniss des praktischen Arztes Rechnung.

Dasselbe fand durch die gesammte Kritik eine glänzende Aufnahme. [167]

## Dr. Anjel's Wasserheilanstalt in Zuckmantel

Oesterr.-Schlesien. [156]

Nächste Bahnstation Ziegenhals 1 Meile entfernt. Elektrotherapie, Massage, Kiefernadelbäder. Das ganze Jahr geöffnet.

Die patentirten Martin'schen Kautschukbinden zur Behandlung chronischer Unterschenkelgeschwüre, über welche in Nr. 9, II. Jahrgang, Fol. 105 der „Breslauer Aertzlichen Zeitschrift“ ein Vortrag von Herrn Professor Dr. Paul Bruns mitgetheilt worden, sind nur bei mir allein zu haben, weil mir der Alleinverkauf für Schlesien, Posen, Ost- und Westpreussen übertragen ist. Preis à Stück von 2 Mark 50 Pf. bis 24 Mark.

## Hermann Haertel,

approbirter Bandagist, Fabrikant chirurgischer Instrumente, Lieferant der Königl. Universitäts-Kliniken zu Breslau.

Grösstes Lager chirurgischer Instrumente, Bandagen, Inductions-Apparate, galvanokaustischer Batterien, constanter Batterien, sowie sämtlicher Artikel zur Krankenpflege, antiseptischer Verbandstoffe, Gypsbinden, Gazebinden, Flanellbinden etc. [137]

Illustrirte Kataloge gratis.