

# ÄRZTLICHE ZEITSCHRIFT.

Redacteur: Prof. Dr. Gscheidlen.

Achter Jahrgang. 1886.

N<sup>o</sup> 22.

Sonnabend, den 27. November.

## Inhalt:

Buchwald, A., Dr., Privatdocent u. dirig. Arzt am Wenzel Hancke'schen Krankenhaus, Der erste Cholerafall in Breslau im Jahre 1886.  
Gustav Middeldorpf, Dr., Assistenzarzt, Ueber Fracturen der vorderen Stirnhöhlenwand. Mittheilung aus der chirurg. Klinik des Königl. Juliusspitals in Würzburg.  
Verhandlungen der medicinischen Section der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur. Ref. Fritsch.  
Bericht über die Provinzial-Irrenanstalt zu Bunzlau für das Jahr 1885, erstattet von Dr. Sioli, Director der Irrenanstalt.  
Referate und Kritiken:  
Dyes, Die Krankheiten der Athmungsorgane und deren Heilung. Ref. Trompetter.

Eulenberg, Ueber die im Jahre 1885 in Preussen auf Trichinen und Finnen untersuchten Schweine. Ref. Gscheidlen.  
Hirschmann, Ein Beitrag zur Lehre der diabetischen Retinalaffectionen. Ref. Trompetter.  
Tagesgeschichtliche Notizen: Paul Bert †. — Skrljevo-Erkrankung in Dalmatien. — Vermehrung der Apotheken in Berlin. — Grohé †. — XV. Schlesischer Bädertag. — Physiologischer Verein in Breslau. — Zur Abwehr der Cholera. — Professor Schoenborn.  
Personalien.  
Inserate.

## I. Der erste Cholerafall in Breslau im Jahre 1886.

Von

Dr. A. Buchwald,

Privatdocent und dirigirender Arzt am Wenzel Hancke'schen Krankenhaus.

Trotzdem die Krankheit schon seit längerer Zeit in unserem Nachbarlande Oesterreich mehr oder weniger Boden gefasst, waren wir bis jetzt verschont geblieben. Als in Ruttek und der Tartragegend mehrfach Fälle beobachtet wurden, rückte die Gefahr der Einschleppung immer näher. Die nahe Bahnverbindung und die in letzter Zeit wieder zahlreichen Auswanderungen aus Ungarn liessen erwarten, dass auch Breslau, eine Hauptstation auf dem Auswanderungswege, nicht verschont bleiben würde. Am 18. November wurde auch thatsächlich der erste Fall hier beobachtet. Es kamen mit dem Abends 6 Uhr hier anlangenden oberschlesischen Züge ungarische Auswanderer an, deren einer, ein kräftiger 34-jähriger Arbeiter, auf dem hiesigen Bahnhofe als choleraverdächtig angesehen werden musste. Er wurde nach 10 Uhr nach dem Wenzel Hancke'schen Krankenhause befördert. Dort ist seit Kurzem eine Doecker'sche Filzbaracke für Cholerakranke errichtet. Ich sah den Kranken nach 11 Uhr. Trotzdem die Diarrhoen und das Erbrechen sistirten, gewann ich doch aus dem schweren Allgemeinbild die Ueberzeugung, dass es sich um Cholera asiatica handele. Die Erscheinungen einer schweren Cholera entwickelten sich von Stunde zu Stunde und früh gegen 10 Uhr (19. Novbr.) war das Bild des asphyktischen Stadiums der Cholera ein ausgeprägtes. Muskelkrämpfe, Diarrhoe, reiswasserähnliche Stühle, Erbrechen, Anurie, Cyanose, Dyspnoe, Pulslosigkeit, Auftreten von Kommabacillen im Stuhl liessen keinen Zweifel, dass es sich um eine derartige Krankheit handele. Ueber Zeit der Erkrankung, Ort der Ansteckung konnten wir nichts erfahren, da der Kranke theilnahmlos und der deutschen Sprache nicht mächtig war. Alle angewandten Mittel, auch die Cantanische Enteroclyse mit Tanninlösung und die Hypodermoclyse erwiesen sich fruchtlos; der Exitus trat um 12 Uhr, etwa 13 Stunden nach Beginn der schweren Erscheinungen, ein.

Nach dem Tode waren charakteristisch die mehrfach beobachteten Muskelzuckungen. Die Arme bewegten sich, die Finger machten Greifbewegungen, auf Klopfen contrahirten sich die Muskeln des Armes. An Rumpf und Gesichtsmuskeln wurde keine Contractilität bemerkt. Die Section hatte Herr Professor Dr. Ponfick die Güte vorzunehmen. Es zeigten sich die bekannten Veränderungen im Darme, nur war die Injection der Därme eine mässige; die Untersuchungen auf Cholerabacillen unternahm Herr Dr. Schmiedel in Gemeinschaft mit Herrn Professor Dr. Neisser. Sie ergaben die Richtigkeit der Diagnose, welche nach dem klinischen Bilde und dem pathologisch-anatomischen Befunde kaum zweifelhaft sein konnte.

Von den zuständigen Behörden sind die umfassendsten Massnahmen getroffen worden, einer weiteren Verbreitung Einhalt zu thun und sind auch bis jetzt weitere Fälle nicht beobachtet worden. Auf dem Territorium des Wenzel Hancke'schen Krankenhauses ist ein Desinfections-Apparat aufgestellt und weitere Aufstellung derartiger Apparate angebahnt. Die Baracke wird mit der Canalisation verbunden. Ein Arzt ist designirt, um die Auswanderer genau zu controliren etc.

Wenn wir auch vor erneuter Einschleppung nicht sicher sind, so wird es doch der Thätigkeit der Behörden hoffentlich gelingen, ein Uebergreifen auf das Stadtgebiet zu verhüten.

## II. Ueber Fracturen der vorderen Stirnhöhlenwand.

Mittheilung aus der chirurg. Klinik des Königl. Juliusspitals zu Würzburg.

Von

Dr. Gustav Middeldorpf,  
Assistenzarzt.

Bei Gelegenheit der Beobachtung eines Falles von Erweiterung der Stirnhöhlen durch Ansammlung von Blut, welches aus den durch einen Stoss in die innere Augenwinkel-gegend zerrissenen Diploëvenen stammte, machte F. Steiner<sup>1)</sup> seine schönen Untersuchungen über die Entwicklung der

<sup>1)</sup> v. Langenbecks Archiv f. klin. Chir. XIII. 1872 p. 144.

Stirnhöhlen und stellte fest, dass die erste Anlage derselben in der Anlage des knorpeligen Siebbeinlabyrinthes gegeben ist, und dass mit der Entwicklung der zelligen Räume des vorderen Siebbeinlabyrinthes auch die der Stirnhöhlen beginnt. „Letztere stellen eben nur die Ausdehnung der vorderen Siebbeinzellen nach oben dar. Diese vom Ende des ersten zum zweiten Lebensjahr in allmählich zunehmenden Einbuchtungen der Diploë der pars nasalis des Stirnbeins stets kenntlicher werdende Entwicklung des Siebbeinlabyrinthes nach oben vereinigt sich mit einem um dieselbe Zeit mehr ausgeprägten Wachsthum des Stirnbeins nach abwärts, so dass die um das 6. bis 7. Lebensjahr durchschnittlich bereits etwa erbsengross zwischen den beiden Stirntafeln vorfindlichen sogenannten Stirnhöhlen als das Ergebniss dieser combinirten Wachsthumsvorgänge des Siebbeinlabyrinthes und des Stirnbeins erscheinen, unter welchen die Diploë des letzteren an den entsprechenden Stellen durch Druck schwindet.“ Die hintere Wand des Sinus frontalis, deren gewöhnlich 2 durch eine mehr oder weniger unregelmässig verlaufende, knöcherne Scheidewand getrennte vorhanden sind, ist mit der Lamina interna des Stirnbeins zu einer meist sehr dünnen Lamelle verschmolzen, während die vordere Sinuswand selbstständig ist und nach vorn von einer Diploë mit sehr kleinen Hohlräumen und der Lamina externa begrenzt wird. Fr. Merkel,<sup>2)</sup> welchem wir diese Beschreibung entlehnen, giebt an, dass diese Knochenschichten, welche von vorn her die Stirnhöhlendecken, im Allgemeinen andringenden Gewalten einen Widerstand entgegensetzen, welcher kaum geringer ist, als der des Schädeldachs im Allgemeinen, nicht allein deshalb, weil sie ganz die gleiche Schichtung zeigen, sondern auch weil der Arcus superciliaris, welcher schief über die Stirnhöhle hinzieht, eine besondere Verstärkung des Knochens darstellt. Sowohl die Dicke, als auch der Verlauf der Scheidewand, welche durchbrochen und durch eine mit Schleimhaut bekleidete Membran verschlossen sein kann, ferner die Ausdehnung der Stirnhöhlen nach den Seiten hin und nach oben ist sehr verschieden. Am Erwachsenen erstrecken sie sich gewöhnlich etwas mehr als 4 cm über die Incisura nasalis und seitlich bis zur Grenze des inneren und mittleren Drittels vom Supraorbitalrand. Ein Fehlen der Stirnhöhlen wird bei sehr knochenstarken Schädeln öfter beobachtet und von Hyrtl<sup>3)</sup> als Affenähnlichkeit bezeichnet. Die beiden Stirnhöhlen sind häufig verschieden gross, und die Convexität der Scheidewand sieht dann nach der kleineren hin. Das Innere der mit Periost und Schleimhaut ausgekleideten Höhlen ist durch vorspringende Leisten in divertikelartige Abtheilungen geschieden, ausserdem prominiren in der Mehrzahl der Fälle Siebbeinzellen kuppelförmig ins Innere der Sinus. Die Mündung der Stirnhöhle in die Nase ist meist weit und befindet sich unter dem Ansatz der mittleren Muschel nicht weit hinter deren vorderem Ende.

Im Folgenden wollen wir nur die Zertrümmerung der vorderen Stirnhöhlenwand betrachten und casuistisch mit 6 in der chirurgischen Klinik des Kgl. Juliusspitals beobachteten Fällen belegen. Wie bei den übrigen Fracturen unterscheiden wir auch complicirte und nicht complicirte, Fissuren, Spaltbrüche, Impressionen, Splitter und Lochbrüche. In unseren Fällen war einmal der Sinus frontalis durch Messerstich eröffnet (Fall II), sonst wirkten mehr stumpfe Gewalten ein

(Explosion einer Flinte, Pferdehufschlag, Fall gegen eine Treppenstufe, Schlag mit Masskrug und mit dem Ende einer starken eisernen Kette). Ein Fall war nicht complicirt (Fall IV), die übrigen complicirt, eine causa directa stets nachzuweisen, 3 mal die R, 2 mal die L, einmal beide Stirnhöhlen lädirt, kein Fall zeigte sonstige Knochenbrüche, nur in Fall IV bestand der Verdacht auf eine Fractur der Schädelbasis. Die Wundränder waren mehr oder weniger gequetscht, entsprechend der Gewalteinwirkung, Haut und Periost abgehoben, Fracturstücke in die Stirnhöhle hineingetrieben und von der Schleimhaut abgerissen. Sonst finden wir je nach der Richtung, in welcher das Trauma einwirkt, Complicationen von Seiten der Nasenbeine, Thränenbeine, der Augenlider und der Contenta der Augenhöhle (Fall VI). Von der Verletzung der hinteren Stirnbeinwand, der Lamina cribrosa und der cerebralen Gebilde wollen wir hier absehen, sie gehören zu den schwersten Formen der complicirten Schädelfracturen, weil die Communication der Stirnhöhle mit der Nasenhöhle es schwer macht, die Wunde aseptisch zu erhalten. Zwei derartige Fälle mit tödtlichem Ausgang durch Meningitis theilt W. Wagner<sup>4)</sup> mit. Die Symptome, welche unsere Verletzung bietet, bestehen in geringeren oder grösseren Shokerscheinungen und zuweilen finden wir eine nicht unbedeutliche Commotio cerebri. v. Bergmann<sup>5)</sup> ist der Ansicht, dass Hirnsymptome bei Verletzungen der Stirngegend, sowohl wenn sie unmittelbar eintreten, als auch, wenn sie erst spät sich entwickeln, mit hoher Wahrscheinlichkeit als ein Zeichen gleichzeitiger Laesion der hinteren Sinuswand angesehen werden müssen. Er schliesst zwar die Möglichkeit einer Verbreitung von Entzündung und Eiterung in der Stirnhöhle auf die hintere Knochenlamelle und die Hirnhäute nicht aus, selbst ohne dass der Knochen vorher zerstört ist, jedoch ist sie nur selten beobachtet worden. Hierfür würde unser Fall II ein Beispiel sein, wo deutlich meningitische Symptome aber keine Verletzung der hinteren Wand bestanden. Dagegen berechtigt nach v. Bergmann das Ausbleiben von Hirnsymptomen ebensowenig die Integrität der Tabula interna zu erschliessen.

Allgemeine oder in der Stirngegend lokalisirte Kopfschmerzen sind in der ersten Zeit fast stets zu constatiren; die Blutung aus der Wunde und einer oder beiden Nasenöffnungen ist zuweilen beträchtlich, denn die Diploë enthält gerade hier sehr gewöhnlich stärkere venae diploicae. In dem von Steiner mitgetheilten Falle der Billroth'schen Klinik war diese Blutung bei der Operation der ectasirten Stirnhöhlen ungemein gross. Auch die Blutgefässe der Stirnhöhlenschleimhaut sind zahlreich und von beträchtlichem Kaliber. Das Blut wird theilweise heruntergeschluckt und so kann dem Erbrochenen auch Blut beigemischt sein. In einem unserer Fälle (VI) war die Art. und der N. supraorbital R. freigelegt, aber unverletzt, in einem anderen (V.) war der Zugang von der Stirnhöhle zur Nasenhöhle durch ein Blutgerinnsel oder einen Schleimhautlappen klappenförmig verlegt, denn die antiseptische Spülflüssigkeit entleerte sich nicht durch die Nase, während Luft durch den Defect exspirirt wurde. Wohl zu differenziren sind von diesen Blutungen diejenigen, welche aus der Schleimhaut der eigentlichen

<sup>2)</sup> Handbuch der topogr. Anat. Bd. I p. 46.

<sup>3)</sup> Lehrbuch der Anat. des Menschen. p. 246. XIII. Aufl.

<sup>4)</sup> Die Behandlung der complicirten Schädelfracturen. Sammlung klin. Vorträge. No. 271—272 p. 2471 u. 2483.

<sup>5)</sup> Die Lehre von den Kopfverletzungen. Billroth-Lücke. Deutsche Chirurgie. Lfg. 30 p. 261.

Nasenhöhle stammen. In unseren 6 Fällen war die Blutung nie sehr beträchtlich. Subconjunctivale Blutergüsse haben wir nur einmal in dem Fall, wo Verdacht auf Basisfractur bestand, beobachtet und zwar trat derselbe am Tage nach der Verletzung auf (Fall IV). In allen Fällen waren die Augenlider, besonders das obere, stark mit Blut imbibirt.

In einer Reihe von Fällen finden wir ein Hautemphysem, welches zumeist keine grössere Ausdehnung annimmt, sondern auf die Haut der Stirn, der Augenlider, Wange und oberen Nasengegend beschränkt bleibt. Desprès und Andral<sup>6)</sup> theilen einen Fall mit, wo eine 2 cm lange Wunde mit Fractur der äusseren Platte des Stirnbeins bestand, und das Hautemphysem fast den ganzen Körper einnahm. Wir konnten es nur bei einer nicht complicirten Depressionsfractur linkerseits (Fall IV) constatiren, es war auf das linke obere Augenlid beschränkt, nach 5 Tagen konnte es nicht mehr hervorgerufen werden, dagegen sah man deutlich, wenn man dem Patienten Mund und Nase zuhielt und ihn stark expiriren liess, wie sich an der Knochenbruchstelle die Haut emporwölbte, die Luft aber nicht in das umgebende Gewebe austrat. Analoges war in Fall III am 11. Tage nach der Verletzung zu constatiren, hier handelte es sich um eine complicirte Depressionsfractur der rechten Stirnhöhle mit parallel dem Supra-orbitalrand verlaufender Bruchspalte, wo sich bei der Aufnahme und späterhin, als sich die Hautwunde durch Granulationen schloss, kein Hautemphysem hervorrufen liess. Im Allgemeinen wird das Emphysem nur bei subcutanen Stirnhöhlenfracturen auftreten, wo durch das Knochenfragment die Schleimhaut und das Periost verletzt wurde. Ist die Verletzung eine complicirte, und entsprechen sich Haut- und Knochenverletzung ihrer Lage nach, so entweicht die Luft, wenn Patient sich schneuzt, aus der Wunde ohne ein Emphysem zu verursachen. Dieses Hautemphysem tritt auch bei Fracturen der Nasen- und Thränenbeine, weiter bei Fracturen, welche das Gewölbe der Orbita treffen und Fissuren in Knochen schicken, welche mit den pneumatischen Höhlen in Verbindung stehen (Siebbeinzellen), auf und ist dann zuweilen mit einem Emphysem, welches im Zellgewebe der Augenhöhle sitzt und zur Protrusion des Bulbus führt, vergesellschaftet (v. Bergmann).<sup>7)</sup> Bei grösseren Substanzverlusten, wo die Schleimhaut intact war, sah Boyer ein mit der Respiration rythmisches Sich-Heben und -Senken und Rizet einen herniösen Vorfall der Schleimhaut. In letzterem Fall dürfte man sich durch das Zeichen der Diaphanität vor der Verwechslung mit Gehirnvorfall schützen.

Bei nicht complicirten Stirnhöhlenfracturen ist die Diagnose aus dem Emphysem, welches sich wegdrücken lässt und beim Schneuzen der Patienten wieder auftritt, und der Depression zu stellen möglich (Fall IV). Bei den complicirten Fracturen der vorderen Wand hat man vor Allem festzustellen, ob die hintere Stirnhöhlenwand intact ist, in einem unserer Fälle (Fall V) war an einer kleinen Stelle die Schleimhaut der hinteren Wand abgelöst. Die Untersuchung wird am besten durch das Gesicht vorgenommen, indem man sich die Wundränder und die beweglichen Knochenplatten (Fall V und VI) nach aussen halten lässt und etwaige hineingetriebene und von dem inneren und äusseren Periost gelöste Knochensplitter sofort extrahirt. In Fall II, wo wir die Wunde

schon im Stadium der Eiterung zur Untersuchung bekamen, fühlte sich bei der Sondenuntersuchung die Schleimhaut der hinteren Stirnhöhlenwand sammetartig, ödematös geschwellt an. Zu hüten hat man sich, dass bei dieser Untersuchung nicht die oben erwähnten scharf vorspringenden Leisten mit Knochenfragmenten (Merkel)<sup>8)</sup> verwechselt werden. An ihrem im Bogen geschwungenen Rande und ihrer Schleimhautüberkleidung werden sie in ihrer wahren Natur erkannt werden können.

Während v. Bergmann<sup>9)</sup> den Rath giebt, sich vor unnützen Eingriffen zu hüten, speciell nicht zu trepaniren, glaubt W. Wagner<sup>10)</sup> in Fällen, wo es zweifelhaft ist, ob nur die äussere oder auch die innere Wand der Stirnhöhle verletzt ist, auch eine bedeutende Erweiterung der Knochenwunde vornehmen zu müssen, „da die stricte Durchführung der Antisepsis dies unbedingt fordert. Bei nicht mehr ganz frischen Verletzungen der Stirnhöhle, in denen schon eine Infection der dieselbe auskleidenden Schleimhaut vermuthet werden kann, muss letztere mit dem scharfen Löffel vollständig entfernt und antiseptisch tamponirt werden.“

Wir sind in unseren Fällen so verfahren, dass wir bei vorhandenem Emphysem einen comprimirenden Verband (Monoculus) anlegten und dem Patienten forcirte Expirationen verboten. Bei den Fällen, wo man eine Verletzung der Lamina interna sicher ausschliessen konnte, also bei Fissuren oder leichteren Depressionen ohne Stückbruch der Knochenschale, die mit einer Weichtheilwunde complicirt waren, wurde die Wunde antiseptisch irrigirt und keine Sondirung und Drainage der Höhle vorgenommen. Auch Michel<sup>11)</sup> widerrät die erstere als zwecklos und gefährlich wegen der Möglichkeit einer Infection. Letztere wurde überhaupt nur in einem Falle (Fall II), wo eine ältere Stichverletzung der vorderen Stirnhöhlenwand mit nicht mehr aseptischer Wunde und starker Secretion bestand, angewendet. Bei den Loch- und Stückbrüchen suchten wir die Höhle dem Gesicht zugänglich zu machen durch Auseinanderziehen der Wundränder und extrahirten hineingetriebene Splitter, wozu sich neben dem Strahl der Irrigationsflüssigkeit besonders ein Schielhäkchen eignet. Diejenigen Knochenfragmente, welche mit Schleimhaut und äusserem Periost in Zusammenhang standen und bei denen auf Anheilung zu rechnen war, wurden möglichst reponirt, und heilten dieselben auch in unseren Fällen stets ohne Sequestrirung reactionslos ein. In den beiden Fällen, welche längere Zeit (2 resp. 8 Tage) nach der Verletzung mit Eiterung, entzündlichem Oedem der Umgebung, meningitischen Symptomen in die Behandlung kamen (Fall II u. III), gelang es durch Eröffnung der verklebten Stirnhöhlenfractur mit der Sonde und antiseptischer Ausspülung resp. Drainage (Fall II) die Infection zu beseitigen. Die Drainage wurde im Interesse der Antisepsis und weil der Secretabfluss genügend statt hatte, nur nach aussen und nicht nach der Nasenhöhle hin gemacht. Die Beschaffenheit der Wundränder verbot in unseren 6 Fällen die Anlegung einer Naht. Im übrigen wurde durch Ableitung auf den Darm, Application eines Eisbeutels auf den Kopf, geregelte Diät, Bettruhe und das Verbot starken Schneuzens schnell eine Besserung des Be-

<sup>6)</sup> Gaz. des hôp. 1872 No. 54 nach einem Referat in Virchow-Hirsch. 1872. II. p. 473.

<sup>7)</sup> l. c. p. 245 u. 260.

<sup>8)</sup> l. c. p. 48.

<sup>9)</sup> l. c. p. 264.

<sup>10)</sup> l. c. p. 2488.

<sup>11)</sup> Lehrbuch der Augenheilkunde p. 139.



findens herbeigeführt. Keiner unserer 6 Patienten ist gestorben, in den 4 frischen Fällen trat Verklebung der Wunde p. p. i. ein und auch in Fall II und III nahm die Eiterung schnell ab. Eine Fistelbildung oder Sequestrierung von Knochenstücken wurde nie beobachtet, stets war ein knöcherner Verschluss selbst nach den grösseren Substanzverlusten des Knochens zu constatiren. Die Heilungsdauer schwankte zwischen 8 Tagen und 3 Wochen.

Die Prognose der Fractur der vorderen Stirnhöhlenwand ist somit unter antiseptischen Cautelen günstig zu stellen, womit die Urtheile von v. Bergmann, Wagner, Beck<sup>12)</sup> und Steiner übereinstimmen.

Während lineäre Wunden einfach wieder zusammenheilen, kann es bei grösseren Substanzverlusten der vorderen Wand zu einer Verödung der Stirnhöhlen kommen. Steiner<sup>13)</sup> erwähnt einige Fälle aus der Literatur, wo es nach Traumen, welche die Stirnhöhlen trafen, zur Eiterung, Eiterretention und Sequestrierung von Knochen kam. (Fall von Lamzweerde, Dörner und Warren.) Wochen und Jahre können zwischen dem Trauma und dem Aufbruch mit Entleerung des Eiters liegen; die Anschwellung pflegt die Stirn, das obere Augenlid und die Gegend am inneren Augenwinkel einzunehmen. Ch. Higgins<sup>14)</sup> glaubt, dass die häufigste Ursache der Entstehung eines Hydrops des Sinus frontalis Fracturen seien, welche zum Verschluss des Ausführungsganges führen. Sehr selten sind die Ausgänge in Fistelbildung. v. Langenbeck<sup>15)</sup> frischte die Fistelränder an, durch parallel den Wundrändern verlaufende Schnitte und seitliche Periost- und Hautverschiebung gelang es den Defect zu decken, wie eine Acupunctur ergab, hatte sich vom Periost aus sogar eine neue Knochenlamelle gebildet. In anderer Weise behandelte Péan<sup>16)</sup> eine Fistel des Sinus frontalis, welche nach einer Verwundung mit einem Schlagring entstanden war. Patient litt an Schwindelgefühl und Neuralgie im Verlauf des N. supraorbital. Péan eröffnete die Stirnhöhle, deren Schleimhaut verdickt und mit fungösen Granulationen bedeckt war, drainirte nach der Nase hin und erzielte in 3 Wochen völlige Heilung. Billroth<sup>17)</sup> erweiterte und drainirte eine durch Stoss mit dem Horn eines Stieres entstandene Fistel des Sinus frontalis, doch hatte sich nach 1 $\frac{3}{4}$  Jahren die Fistel trotz sehr geringer Secretion noch nicht geschlossen. Spilmann<sup>18)</sup> verhinderte den Luftaus- und Eintritt, welcher den Patienten zum Niesen reizte, durch Anlegen einer Prothese.

Guthrie<sup>19)</sup> theilt einen Fall mit, wo nach Heilung einer Stirnhöhlenwunde sich beim jedesmaligen Schneuzen die Weichtheilbedeckungen der Stirn zu einer elastischen, crepitirenden Geschwulst erhoben, sodass der Kranke eine Compressionsbandage tragen musste, es sind diese Fälle aber sehr selten. Analoge Verhältnisse ohne Emphysem traten, wie oben erwähnt, zweimal im Verlauf der Heilung unserer Patienten auf, um nach Verschluss der Schleimhaut und Knochenwunde definitiv zu verschwinden.

<sup>12)</sup> Deutsche Zeitschrift f. Chir. XX, p. 557.

<sup>13)</sup> l. c. p. 163. 168. 176.

<sup>14)</sup> Guy's hosp. rep. XXV nach einem Referat in Virchow-Hirsch. 1881. II p. 384.

<sup>15)</sup> Nach von Bergmann l. c. p. 264 und 265.

<sup>16)</sup> Gaz. des hôp. 1881 No. 9 nach einem Referat in Centralblatt f. Chir. 1881 p. 190.

<sup>17)</sup> Chir. Klinik Wien 1871—1876 p. 83.

<sup>18)</sup> Nach v. Bergmann l. c. p. 265.

<sup>19)</sup> Nach Steiner l. c. p. 178.

## Casuistik.

Fall I. Steinmetz, Philipp, 30 J., Müller. 6. VI. 85 bis 20. VI. 85. Stückbruch der vorderen Wand beider Stirnhöhlen.

Anamnese. Pat. wurde am 5. VI. durch die Explosion einer Flinte beschädigt, er glaubt, dass ihn die Schraube, an welcher sich die Erhöhung für das Zündhütchen befindet, oder der Hahn an die Stirn getroffen hat. Keine Bewusstlosigkeit, aber heftige Stirnkopfschmerzen und Ohrensausen. Die tiefe Wunde, in welche er sein Daumenglied bequem legen konnte, wurde mit kaltem Wasser ausgewaschen, worauf die ziemlich starke Blutung nach aussen hin stand, aber das Blut durch die Nase und den Mund ablied. Beim Schnauben drang die Luft aus der Wunde heraus. Ein herbeigerufener Arzt extrahirte zwei Knochensplitter.

St. pr. Grosse 3zackige Hautwunde, die oberflächlich verklebt ist, und von der Nasenwurzel in der Sagittalebene 2 cm nach oben läuft, sich dort theilt und 1 cm nach rechts und links oben weitergeht. Wundränder gequetscht, Stirn und linke Augenlidhaut mit Pulverkörnern imprägnirt, bulbi intact, ebenso die Nasenbeine. Die vordere Stirnhöhlenwand ist zertrümmert, die untere Partie derselben steht noch in der Höhe von ca. 1 cm, beide Stirnhöhlen sind eröffnet, die Scheidewand, welche jedenfalls mit zur Abschwächung des Geschosses beigetragen hat, ist im vorderen Theil zerquetscht; der Knochendefect hat ca. 1 cm Durchmesser; in der Stirnhöhle befindet sich ein nur lose mit der Schleimhaut in Verbindung stehendes Knochenstück, welches extrahirt wird. Die hintere Wand und Schleimhaut ist intact. Keine Blutung, kein Shok, kein Erbrechen, kein Hautemphysem. Beim Schneuzen dringt die Luft aus der Wunde. Die Hautlappen wurden auf den Defect gelegt, keine Drainage oder Naht. Antiseptischer Verband. Eisblase.

Der Heilungsverlauf war ein ganz reaktions- und fieberloser. Die Wundränder verklebten schnell, eine Abstossung von Sequestern fand nicht statt. Bei der Entlassung konnte die Haut nicht mehr durch Expiration bei geschlossener Mund- und Nasenhöhle gehoben werden. Eine Untersuchung am 6. XI. 86 ergab eine glatte lineäre Narbe, in Form einem Y ähnlich, nicht mit dem Knochen adhärent. Die vordere Stirnbeinlamelle hat sich vollkommen wiederhergestellt, nur zeigt sich eine leichte Depression des Knochens an der Stelle der Verletzung. Keine Kopfschmerzen. Keine Supraorbitalneuralgie.

Fall II. Sauer, Andreas, 34 J., Metzger. 30. VIII. 85 bis 22. IX. 85. Stichverletzung des rechten Sinus frontalis. Meningitische Reizung.

Anamnese. Patient erhielt vor 8 Tagen bei einer Rauferei einen Stich in die Gegend der rechten Nasenwurzel und des medialen Endes der rechten Augenbraue mit einem Brotmesser. Ziemlich starke Blutung nach aussen und aus den Nasenlöchern. Kopfschmerzen. Einige Tage lang auswärtige Spitalbehandlung. Bald nach seiner Entlassung suchte er im Juliusspital wegen heftiger Kopfschmerzen und Unbesinnlichkeit Aufnahme.

St. pr. Grosser kräftiger Mann mit geröthetem Gesicht zeigt eine schräg von unten aussen nach oben innen verlaufende 3 cm lange Wunde, welche Haut, Periost und Knochen durchdringt, die Wunde ist glattrandig, eitrig belegt und secernirt stark aus der Tiefe Eiter. Die Weichtheile des oberen Augenlids, der Stirn und der oberen Nasenhaut sind stark

geschwollen. Kein Hautemphysem. Der Bulbus ist intakt. Mit der Sonde gelangt man durch den ziemlich breiten Knochenspalz im inneren Drittel des Supraorbitalrandes und der vorderen Stirnhöhlenlamelle in den Sinus frontalis, dessen Schleimhaut an der Hinterfläche intakt aber ödematös infiltrirt ist. Lässt man den Kranken expiriren, so entweicht die Luft nach aussen. Starke Kopfschmerzen besonders an der Stirngegend, Puls voll, langsam. Temperatur erhöht. Erbrechen hat nicht bestanden. Stuhl angehalten. Antiseptische Irrigation. Einlegen eines Drains in die Höhle. Die Spülflüssigkeit fliesst zum rechten Nasenloche theilweise ab. Eisblase.

Anfangs täglicher Verbandwechsel wegen der starken Secretion. Die Eisblase wurde nach 8 Tagen, wo die Kopfschmerzen aufhörten, fortgelassen. Nach 10 Tagen konnte das Drainrohr fortgelassen werden, ohne dass Eiterretention eintrat. Patient wurde mit gut vernarbter Wunde entlassen.

Fall III. Hannemann, Friedrich, 29 J., Knecht. 27. IV. 86—12. V. 86. Complicirte Depressionsfractur der rechten Stirnbeinhöhle.

Anamnese. Patient wurde am 25. IV. von dem mit Eisen beschlagenen Hinterfuss eines Pferdes gegen die Stirn getroffen. Keine Bewusstlosigkeit, aber starke Blutung aus der Nase und der Wunde, heftige Kopfschmerzen, später Anschwellung in der Umgebung der Wunde. Ein Bader zog die Wunde mit Heftpflaster zusammen.

St. pr. Der kräftige Mensch zeigt eine Quetschwunde der rechten inneren Augenbrauengegend, welche 4 cm lang schräg von links oben aussen nach rechts unten innen bogenförmig verläuft und in der Mitte der Glabella beginnt. Starkes entzündliches Oedem der oberen und unteren Augenlider, besonders rechterseits, der Stirn und rechten Gesichtsgegend. Ausspülen der Wunde mit Alumen acet. 2½ %. Beim Eingehen in die Wunde, welche grösstentheils verklebt ist, mit der Sonde kommt man auf vom Periost entblössten Knochen, letzteres ist in der Ausdehnung eines Thalerstückes abgehoben. Oberhalb des rechten Supraorbitalrandes, parallel mit demselben verlaufend, fühlt man eine ziemlich tiefe Depressionsfractur der rechten Stirnbeinhöhlenwand in die Stirnhöhle hinein, die vordere Wand ist ca. 2 mm hineingedrückt, den scharfen Knochenrand kann man 2 cm lang abtasten, und zwar steht der obere Knochenbruchrand gegen den unteren zurück. Aus der Tiefe entleert sich blutig seröse Flüssigkeit. Hautemphysem besteht nicht; Blut und Ausspülflüssigkeit entleert sich nicht aus der Nase. Puls 66. Temp. 39,0. Starke Kopfschmerzen.

Während am nächsten Tage der Puls noch 66 betrug, voll und langsam war, sank die Temperatur zur Norm herab. Am 29. hatten das Oedem und die Kopfschmerzen aufgehört, der Verband, welcher bis dahin täglich gewechselt worden war, konnte länger liegen bleiben. 3. V. Verbandwechsel, wobei die Hautwunde gute Granulationsbildung zeigt. 6. V. W. Man fühlt deutlich die Depression; hält man dem Patienten die Nase zu und lässt ihn bei geschlossenem Munde expiriren, so sieht man deutlich sich die Haut über der Wunde hervorwölben durch die aus der Stirnhöhle hervortretende Luft, dabei entsteht kein Hautemphysem. Mit fest vernarbter Wunde wurde Patient entlassen.

Fall IV. Krauss, Jacob, 39 J., Dreher. 5. V. 86 bis 19. V. 86 nicht complicirte Depressionsfractur der linken Stirnhöhle. Fractura baseos cranii? Quetschwunden des Kopfes und Gesichtes.

Anamnese. Patient fiel am 5. V. in leicht angetrunkenem Zustande eine 20 Stufen hohe Treppe hinunter und schlug mit dem Gesicht und Schädel auf die Kanten auf. Kein Verlust des Bewusstseins. Blutung aus beiden Nasenlöchern, nicht aus den Ohren. Kein Erbrechen.

St. pr. Der Patient, welcher seinerzeit wegen luetischer Zerstörung der glans penis mittelst Plastik behandelt worden war, zeigt trotz seines Rausches soviel Bewusstsein, dass er seine Umgebung erkennt, hat keine Störung der Sprache, der Pupillenreaction, der Augenmuskeln, der Gesichtsmuskeln, ebenso fehlen notorische und sensible Störungen von Seiten des Locomotionsapparates. Keine Kopfschmerzen. Puls voll, mässig beschleunigt. Athmung normal. Auf dem Kopfe eine 6 cm lange nicht auf den Knochen führende Quetschwunde, unter der sich keine Depression des Knochens palpieren lässt. Ueber dem rechten Supraorbitalrand eine kleine, nicht aufs Periost gehende Quetschwunde. Auf der linken Seite zwischen innerer Haargrenze der Augenbrauen und Nasenwurzel eine oberflächliche Quetschwunde, nach aussen und oben von derselben, nicht im Zusammenhang stehend, eine leichte Depression der vorderen Wand der linken Stirnbeinhöhle ohne abnorme Beweglichkeit oder Crepitation. Die kleine Delle beginnt unmittelbar oberhalb des linken Supraorbitalrandes. Linkes oberes Augenlid besonders stark geschwollen, bläulich verfärbt, in geringerem Grade auch das linke untere. Beide zeigen Hautemphysem, das sich durch Fingerdruck sammt der ödematösen Schwellung beseitigen lässt, hält man dann dem Patienten die Nase zu und lässt ihn bei geschlossenem Munde stark ausathmen, so sieht man deutlich, wie sich das obere Lid von der Stirngegend her mit Luft füllt. Knisterrasseln auch in der linken unteren Stirngegend. Nasenrücken und linkes Thränenbein intact, auf Druck nicht schmerzhaft. Bulbus keine Abnormalitäten zeigend, kein subconjunctivaler Bluterguss. Gehör normal. A. Vbd. Monoculus. Eisblase.

Am nächsten Tage waren Kopfschmerzen und ein ziemlich starker rechtsseitiger subconjunctivaler Bluterguss zu constatiren, die rechte Conjunctiva ausserdem ödematös geschwollen. Links bestand kein Bluterguss, aber starkes Lidemphysem. Der Verlauf ging fieberfrei vor sich, höchste Temperatur am 6. V. Abends 37,4. Am 8. wurde die Eisblase und am 9. der Druckverband fortgelassen. Das Lidödem und Emphysem war verschwunden; 10. V. hält man dem Patienten Nase und Mund zu und lässt ihn expiriren, so hebt sich die Haut über dem linken Supraorbitalrand etwas ab, doch tritt kein Hautemphysem mehr auf. 12. V. Der subconjunctivale Bluterguss rechts war fast vollkommen resorbirt, die Kopf- und Stirnwunden vernarbt, ebenso die Fractur, an deren Stelle ziemlich derber Callus zu fühlen ist, consolidirt, denn die Haut wurde beim Schneiden nicht mehr gehoben.

Fall V. Melle, Conrad, 23 J., Bäcker. 7. VII. 86 bis 26. VII. 86. Complicirte, comminutive Fractur der vorderen Wand des linken Sinus frontalis.

Anamnese. Patient wurde stark betrunken von einem anderen mit dem Rande eines Maasskruges vor die Stirn geschlagen und blutete aus der Wunde und Nase. Er wusch sich die Wunde mit kaltem Wasser aus und wurde bei Bewusstsein ins Spital gebracht.

St. pr. Keine Shokerscheinungen oder Commotio cerebri. Keine Lähmungen oder Sprachstörung. Puls gut, mässig beschleunigt. Keine Kopfschmerzen oder Sehstörungen. 4 cm lange Wunde mit gequetschten Rändern quer über die untere

linke Stirnpartie oberhalb der Nasenwurzel ziehend. Periost der vorderen Lamelle der linken Stirnhöhle theilweise abgehoben, ca. 1 cm im Durchmesser haltender Defect des Knochens, der untere Theil der linken vorderen Stirnhöhlenwand ist nach unten umgeschlagen, so dass man die Schleimhaut und die ganze linke Stirnhöhle gut übersehen kann. In der Tiefe derselben einige Knochensplitter, die sofort extrahirt werden. Sondenuntersuchung ergibt Intactsein der hinteren Stirnhöhlenwand, an einer kleinen Stelle ist die Schleimhaut abgelöst. Entfernung der Blutgerinnsel durch Irrigation, die Lösung fliesst nicht durch die Nase ab, jedoch entweicht die Luft bei Expiration aus der Wunde. Kein Hautemphysem, kein Oedem der Orbita, Bulbus intact. Fixirt man mit der Kornzange das ca. 20 Pfennigstückgrosse untere Fragment, so zeigt sich dasselbe in Verbindung mit Periost und Schleimhaut hin und her beweglich. Reposition desselben. Keine Hautnaht, keine Drainage. Antisept. Druckverbd. Der Wundheilungsverlauf war ein ganz reactionsloser, die höchste Temperatur betrug am 8. VII. 86 Abends 38,0. Mit fest vernarbter Wunde konnte Patient entlassen werden.

Fall VI. Fichtelscheerer, Xaver, 34 J., Schlosser. 25. X. 86—9. XI. 86. Complicirter Stückbruch der rechten Stirnhöhle. Hyphaema. Quetschwunde des rechten oberen und unteren Augenlids.

Anamnese. Patient wurde von dem abgerissenen und herabfallenden Stück einer schweren Krabbenkette auf die rechte Stirn und Gesichtshälfte getroffen, bewusstlos wurde er nicht, nur fühlte er sich etwas benommen und blutete stark aus den Wunden und dem rechten Nasenloch.

St. pr. Freies Sensorium, keine Kopfschmerzen, kein Shok. Auf der rechten unteren Stirngegend, entsprechend dem inneren Drittel des rechten Supraorbitalrandes und ca. 2 cm nach oben von demselben reichend, ein unregelmässiger markstückgrosser Substanzverlust mit gequetschten Hauträndern. Schräg von rechts oben nach links unten verlaufende Hautwunde des rechten oberen Augenlides mit zerfetzten Rändern, am Canthus extern. ist das untere Augenlid oberflächlich eingerissen. Die Wunde des oberen Augenlids geht bis auf den Tarsus. In der Stirnwunde sieht man am lateralen Rand den N. und die Art. supraorbital. verlaufen. Der untere Theil der rechten Stirnhöhle ist bis an den Supraorbitalrand herausgeschlagen, jedoch mit dem äusseren Periost und der Schleimhaut in Verbindung, darüber ein rundlicher Defect im Knochen; er hat ca. 1½ cm Durchmesser. Die zu letzterem gehörende Knochenlamelle ist in zwei Stücke gespalten und befindet sich in der Stirnhöhle selbst, welche man nach Herunterklappen des unteren beweglichen Knochenstückes gut übersehen kann. Die in der Stirnhöhle befindlichen Knochenstücke werden mit einem Schielhäkchen extrahirt, der Strahl der Irrigationsflüssigkeit entleert noch einige kleine Knochenfragmente. Die bewegliche Knochenlamelle wird reponirt, die Wunde des oberen Augenlids nach Abtragen der zerrissenen Ränder mit drei Näthen vereinigt. Sehvermögen rechts aufgehoben in Folge des starken Blutergusses in die vordere Kammer, Bulbus und Conjunctiva intact. Nasen- und Thränenbeine rechts intact, beim Schnutzen dringt die Luft frei aus dem Defect, kein Hautemphysem verursachend. A. Vbd. leicht comprimierend.

Am folgenden Tage fand sich der Bluterguss in der vorderen Kammer schon fast vollkommen resorbirt, der Defect im Knochen mit einem festen Gerinnsel verlegt, sodass die expirirte Luft nicht im Stande ist, dasselbe bei geschlossener

Mund- und Nasenöffnung zu bewegen. Der Verlauf war ein vollkommen fieber- und reactionsloser. Der Defect im Stirnbein blieb dauernd verschlossen, die Wunden heilten p. p. i. Bei der Entlassung war der Defect fast vernarbt und eine gute Knochenneubildung zu constatiren. Eine Supraorbitalneuralgie, Kopfschmerzen traten nicht ein. Das Sehvermögen ist vollkommen wiederhergestellt. Eine Untersuchung am 20. XI. 86 bestätigt das obige. Der Defect ist jetzt vollkommen vernarbt.

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

Sitzung vom 2. Juli 1886.

Herr Hirt demonstriert und erläutert die sogen.

Diffusions-Electrode von Adamkiewicz.

Dieselbe soll angewendet werden gegen Neuralgien, bei welchen sich der constante Strom einer- und Medicamente andererseits wirkungslos erwiesen haben; und zwar soll ihre Wirksamkeit auf der gleichzeitigen Anwendung dieser beiden Heilfactoren beruhen. Die Electrode besitzt daher an ihrem oberen Ende ein etwa 3 cm Flüssigkeit aufnehmendes Reservoir aus poröser Kohle, welche letztere nicht blos das in dem Reservoir enthaltene Medicament (z. B. Chloroform) diffundiren, sondern auch gleichzeitig den constanten Strom auf die Haut einwirken lässt. Die mit der Haut in Berührung kommende Kohlenplatte wird mit Gaze überzogen, das Reservoir gefüllt, die Diffusionselectrode wird als Anode direct oder möglichst nahe am locus morbi benutzt, die Kathode an indifferenten Stelle befestigt. Bald nach Schliessung des (immer nur sehr schwachen) Stromes lassen die Schmerzen nach, und es entwickelt sich unter der Diffusionselectrode eine ziemlich ausgedehnte, mehrere Minuten anhaltende Haut-Anästhesie. Wiederholte Anwendung scheinen die Beschwerden der Patienten, besonders bei Quintusneuralgien wesentlich zu mildern, indess ist die Beobachtungszeit noch zu kurz, um zu entscheiden, ob die Besserung eine bleibende ist. Der Votr. glaubt das qu. Instrument zu weiteren Versuchen empfehlen zu dürfen.

Hierauf folgt von demselben Vortragenden

die Demonstration eines Hirntumors,

welcher sich bei einem 57jährigen Patienten innerhalb einiger Monate entwickelt hatte. Da sich sehr früh eine rechtseitige Hemiplegie ausbildete, welche bis zum Ende persistirte und demgemäss als ein directes Herdsymptom aufgefasst werden musste, da ferner eine ausgesprochene Leitungsaphasie constatirt wurde, und sich andererseits Allgemeinerscheinungen wenig geltend machten, auch nie eine Stauungspapille diagnostiziert werden konnte, so glaubte man eine kleine Embolie im Gebiete der linken Art. fossae Sylv. und eine dadurch bedingte Affection der linken Insel annehmen zu müssen. Stattdessen ergab sich bei der Section ein über wallnussgrosses, kleinzelliges Sarkom in den vordersten Partien des linken Stirnlappens, der Nothnagel'schen pars frontalis media entsprechend, zwischen dem coupe préfrontale und dem coupe pédiculofrontale von Pitres gelegen. Der Votr. bespricht in eingehender Weise die Unmöglichkeit einer richtigen Localisationsdiagnose intra vitam und betont, dass auch nicht ein einziges Symptom der gewöhnlich für Hirntumoren als



pathognostisch betrachteten vorhanden war. Der Fall ist in der Inaugural-Dissertation des Herrn G. Steinberg in extenso veröffentlicht. Fritsch.

#### IV. Bericht über die Provinzial-Irren-Anstalt zu Bunzlau für das Jahr 1885

erstattet von

Dr. Sioli,

Director der Irrenanstalt.

Am Schlusse des Jahres 1884 befanden sich in der Anstalt:

333 M. 277 Fr. Summa 610

Es wurden aufgenommen . . . 31 = 22 = = 53

Ausserdem kehrten von Urlaub

zurück . . . . . — = 2 = = 2

Mithin wurden überhaupt ver-

pfllegt . . . . . 364 M. 301 Fr. Summa 665.

Davon gingen ab:

Durch Entlassung . . . . . 11 M. 4 Fr. Summa 15

Durch Beurlaubung . . . . . 1 = 2 = = 3

Durch Versetzung . . . . . 1 = — = = 1

Durch Tod . . . . . 16 = 21 = = 37

Es blieben Ende 1885 in Ver-

pflegung . . . . . 335 M. 274 Fr. Summa 609.

Der Durchschnitts-Krankenbestand war 608,04, über den Etat 8,04 mehr.

Die Vertheilung der Kranken in den Häusern war gegen das letzte Jahr unverändert.

Die Aufgenommenen gruppiren sich in einer Zusammenstellung nach ihrer Krankheitsart und nach dem Geschlecht folgendermassen:

Melancholie . . . . . — M. 1 Fr.

Hypochondrie . . . . . — = 1 =

Periodische Seelenstörung . . . . . — = 2 =

Primäre Verrücktheit . . . . . 9 = 4 =

Chronische Demenz . . . . . 8 = 10 =

Chronischen Alkoholismus . . . . . 4 = 1 =

Dementia paralytica . . . . . 2 = 1 =

Epilepsie mit erworbener Seelenstörung . . . . . 5 = 1 =

Idiotie . . . . . 2 = — =

Imbecillität . . . . . 1 = — =

Gehirncysticerken . . . . . — = 1 =

Summa 31 M. 22 Fr.

Auch dieses Jahr bestätigte es sich wieder, dass bei der langen Wartezeit Paralytiker nur in vorgeschrittenen Jahren zur Aufnahme kamen, da im vorgeschrittenen Alter die Paralyse langsamer zu verlaufen scheint. Die schneller verlaufenden Fälle kommen, da man bei ihnen den exitus vor der Aufnahme voraussieht, wohl meist gar nicht zur Anmeldung.

Wie im vorigen Jahr (No. 13 Jahrg. 1885 dieser Zeitschrift) steht die grössere Zahl der an primärer Verrücktheit Leidenden bei ihrer Aufnahme vor dem vierzigsten, die Mehrzahl der an chronischer, zum Theil secundärer Demenz Leidenden über dem 40. Lebensjahr. Die Alkoholisten waren alle über 40 Jahre.

Auffallend viele Fälle von Alkoholismus sind in diesem Jahr zur Aufnahme gelangt, fast 10 pCt. der Aufnahme. Bei der Kleinheit der Gesamtzahl ist die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, dass ein Zufall vorliegt.

Die Krankheitsdauer vor der Aufnahme betrug

bis 1 Monat bei Keinem

= 6 = = 10 Kranken,

= 1 Jahr = 7 =

= 5 = = 18 =

über 5 = = 16 =

von Kindheit an = 2 =

zusammen 53 Kranke.

Das Verhältniss der über 5 Jahre Kranken zu den übrigen, mehr als ein Drittel, ist mithin ein noch schlechteres als im vorigen Jahr, in welchem dasselbe noch nicht ein Drittel betrug.

Die Kranken mit einer Krankheitsdauer bis zu einem Jahr bieten zum Theil noch ziemlich günstige Aussichten auf Heilung resp. Besserung. Aus der mindestens einige Monate betragenden Krankheitsdauer geht freilich hervor, dass die Scheu, die Kranken bald nach der Erkrankung zur Anstalt zu bringen, noch immer eine grosse ist. Leider sind auch die Aufnahmebedingungen gegenüber den frisch Erkrankten etwas umständlich und tragen dazu bei, dass die Angehörigen sich den Entschluss oft erst eine Zeit lang überlegen. Dass dies zu schlimmen Folgen führen kann, haben wir in diesem Jahr in zwei Fällen gesehen, in denen melancholische Geistesranke, ehe sie in die Anstalt aufgenommen werden konnten, ihrem Leben ein Ende machten. Es würde die Möglichkeit, einzelne besonders gefährliche und bedenkliche Fälle ohne vorherige Anmeldung mit Nachholung aller Formalitäten sofort aufnehmen zu können, unter Umständen grossen Segen stiften können, auch würde es sicher zur erleichterten Aufnahme der Kranken beitragen, wenn jeder Anstalt Aufnahmebezirke in ihrer näheren Umgebung zugewiesen würden.

Für die übrigen nicht als heilbar aufgenommenen Kranken war die Expectantenliste wieder eine ausserordentlich lange, trotz der Vergrösserung der Anstalt in Brieg. Die Wartezeit beträgt für Männer annähernd 2 Jahre, für Frauen fast 1 Jahr. Die hierdurch herbeigeführten Uebelstände machen sich ebenso wie früher bemerkbar. Es ist jedoch nicht als erwiesen anzunehmen, dass aus dieser Anhäufung der Kranken und der vermehrten Anmeldung derselben die Zunahme der Geisteskrankheiten in der Bevölkerung oder in den Städten Schlesiens gefolgert werden muss. Es geht dies daraus hervor, dass weit vorwiegend ländliche Kreise, wie der Bunzlauer, wesentlich mehr Kranke in Irrenanstalten liefern, als andere, die entfernter von Irrenanstalten liegen, auch wenn sie vorwiegend städtisch sind. Wohl hängt dies zum Theil von der Rührigkeit der die Aufnahme vermittelnden Behörden ab, das Meiste aber thut das wachsende Zutrauen, das die Bevölkerung selbst den Irrenanstalten entgegenbringt, wenn sie aus nächster Nähe sich von dem guten Ergehen der Kranken daselbst überzeugen kann.

Aus dem hiesigen Kreis wurden 11, meist heilbare Kranke, in die hiesige Irrenanstalt aufgenommen. Von den im vergangenen Jahre als heilbar überwiesenen 11 Kranken aus hiesigem Kreis wurden theils 1884, theils 1885: als genesen 6, als gebessert 1 entlassen, 1 als ungeheilt aus der Behandlung genommen, während 3 in der Behandlung verblieben.

Früher in Irrenanstalten sind 29 behandelt worden.

Von den 4 früher in der hiesigen Anstalt Behandelten waren 3 nach langjährigem Aufenthalt und nachdem sie sich in der Anstalt völlig beruhigt hatten, im Vorjahr entlassen.

Doch wirkte bei dem einen Fall die Gemüthsbewegung durch die Rückkehr in unruhigere und schwierige Verhältnisse wieder schwer deprimierend, so dass bald wieder tiefe Schwermuthszustände eintraten; die beiden anderen, völlig verblödete Kranke, zeigten in einer wohl wenig freundlichen Umgebung bald wieder heftige Erregungszustände, die sie zur Anstalt zurückführten. Der vierte Kranke war erst im Vorjahr aufgenommen und bald wieder entlassen, da er sich hier in keiner Weise auffallend zeigte. Seine Wiederaufnahme musste jedoch bald erfolgen, da er sich zu Haus als ausserordentlich störend, die öffentliche Ruhe und Ordnung gefährdend erwies. Die Handlung, durch die seine Geisteskrankheit ins öffentliche Leben hineintrat, war eine scheinbar sehr harmlose, nämlich die, dass er zu einem in der Nähe seiner Wohnung befindlichen Missionskreuz zum Beten ging; diese anscheinend unschuldige Handlung führte er nun aber rücksichtslos, sobald es ihm Stimmen, die er hörte, befohlen, durch; lief zu jeder Tages- und Nachtzeit, ungekleidet, durchs Fenster, aus der Kirche, durch Menschenmengen, die dort andächtig versammelt waren, hindurch und führte durch sein bis zur Tobsucht sich steigerndes Sträuben gegen jedes Hinderniss derartige öffentliche Störungen herbei, dass Nichts übrig blieb, als den Kranken wieder der Anstalt zu übergeben.

Von Ursachen zur geistigen Erkrankung wurden angegeben:

Trunk in 7 Fällen,

Kopfverletzung in 4 Fällen,

Allgemeine Erschütterung und Schreck durch Stoss einer Kuh in 1 Fall,

Scharlach, Typhus in je 1 Fall,

Entbindung in 2 Fällen,

Nahrungssorgen in 4 Fällen,

Schreck, Furcht vor Einziehung zum Militair, verletztes Ehrgefühl in je einem Fall.

Directe erbliche Veranlagung durch Geisteskrankheit eines Elternteils fand sich in 3 Fällen,

durch Nervenkrankheit oder auffallendes Wesen eines derselben in 4 Fällen.

Häufig war die directe Veranlagung mit indirecter complicirt. Indirecte allein, doch bei näheren Blutsverwandten fand sich in 9 Fällen, erbliche Anlage überhaupt in 19 Fällen, also in ca. 38%, doch blieben bei vielen Kranken die Nachrichten unzureichende. Wegen begangener Verbrechen angeklagt, doch wegen Geistesstörung freigesprochen waren zwei; die Anklage richtete sich gegen den einen Kranken wegen Brandstiftung, gegen den anderen wegen einer ganzen Reihe von Meineiden, zu denen er sich in Folge eigenthümlicher, gegen seine ganze Umgebung gerichteter Beeinträchtigungsideen hatte verleiten lassen. Bestraft wegen Arbeitsscheu, Betteln und Landstreichens waren 3, allesamt Trinker, wegen Widerstandes gegen die Staatsgewalt und Hausfriedensbruch einer, wegen Körperverletzung einer, ein Epileptischer.

Das eigentliche verbrecherische Element tritt demnach in diesem Jahr nur wenig unter den Aufnahmen hervor.

Aus der Anstalt wurden entlassen als:

genesen .....	1 M.	2 Fr.	zus.	3
gebessert .....	11 "	3 "	"	14
ungeheilt .....	1 "	1 "	"	2

Gestorben sind ..... 16 M. 21 Fr. zus. 37

Summa... 29 M. 27 Fr. zus. 56

Die Aufenthaltsdauer der Entlassenen in der Anstalt betrug:

von 4 Monat bis 1 Jahr bei den	3 Genesenen,
bei den übrigen bis 1 Jahr bei .	5 Kranken,
1 bis 2 Jahre bei .....	1 "
10 bis 20 Jahre bei .....	5 "
über 20 Jahre bei .....	5 "

Summa... 19 Kranke.

Die Zahl der Entlassenen ist eine recht geringe, doch liessen sich trotz eifriger Sichtung des Krankenbestandes nicht mehr Kranke herausfinden, von denen nicht hätte mit Sicherheit vorausgesetzt werden müssen, dass die Entlassung aus den Anstaltsverhältnissen ihren Zustand wieder wesentlich verschlimmern und gemeingefährlich machen würde.

Die Zahl der Entlassenen, die sich über 10 Jahre in der Anstalt befanden, zeigt, dass wir ununterbrochen bemüht sind, auch die ältesten Krankenbestände durchzumustern und die ungefährlich Gewordenen ihren Heimathsgemeinden zu überweisen.

Es starben im Berichtsjahr 37 und zwar:

Epileptischer Anfall .....	3
Gehirnlähmung bei Dementia paralytica .....	1
Hämorrhagische Pachymeningitis ....	1
Hirnrindenzündung .....	1
Gehirncysticerken .....	1
Herzverfettung .....	1
Endocarditis .....	1
Nierenschumpfung .....	2
Leukämie .....	1
Narbiger Darmverschluss .....	1
Zellgewebsabscess .....	1
Tuberculose .....	18
Diphtherie .....	1
Schluckpneumonie .....	3
Ruhr .....	1

Die Gesamtzahl der Gestorbenen ist nicht gross, sie beträgt 5,5 % der Verpflegten; doch ist die Zahl der Tuberkulösen wieder eine recht hohe, sie beträgt fast 48,6 % aller Gestorbenen.

Der allgemeine Gesundheitszustand wurde in diesem Jahr durch mehrere kleine Epidemien von Infektionskrankheiten unterbrochen. Der tödtlich verlaufene Fall von Diphtherie blieb vereinzelt. Dagegen ist der tödtlich verlaufene Ruhrfall einer von drei im April in einer Abtheilung für Epileptische vorgekommenen Fällen, von denen die beiden anderen genesen sind.

Von Verletzungen ereigneten sich:

Knochenbrüche .....	2,
Distorsion der Hand .....	1,
Distorsion des Fusses .....	1,
Kopfwunden .....	24,
Quetschung .....	2,
Brandwunden .....	2,
Contusionen .....	11.

Die Verletzungen ereigneten sich meist bei epileptischen Anfällen und heilten alle ohne Complicationen.

Auf die Beschäftigung der Kranken, besonders im Freien, wurde stets der grösste Werth gelegt und gelang es im verflossenen Jahr durchschnittlich zu beschäftigen:



## Männer:

in den Werkstätten.....	31
nämlich: Schneider .....	12
Schuhmacher....	10
Tischler .....	4
Schlosser .....	2
Weber.....	3

bei häuslichen Arbeiten u. beim Vieh	27
bei Gartenarbeiten.....	21
bei Feld- und Erdarbeiten .....	95
beim Federnschleissen.....	25

Männer 199.

## Frauen:

beim Waschen .....	41
mit Küchen- und Hausarbeit ....	44
= Nähen.....	37
= Stricken .....	28
= Federnschleissen .....	20

Frauen 170;

somit waren bei einem Bestand von 334 Männern und 274 Frauen beschäftigt 60 % Männer und 62 % Frauen.

Da von einigen anderen Anstalten wesentlich höhere Procentsätze von beschäftigten Kranken angegeben werden, so sind die übrig bleibenden Unbeschäftigten auf die Gründe hin geprüft, die sie von einer Beschäftigung abhalten.

Es fand sich hierbei, dass von diesen Kranken sich nicht beschäftigten:

	M.	Fr.	M.	Fr.
Als Angehörige der I. Klasse	14	6	(Gesamtzahl	24 9
wegen schwerer Idiotie . . .	18	6	=	34 14
= " Epilepsie . . .	11	6	=	34 24
wegen körperlichen Siechthums				
resp. körperlicher Krankheit	43	34		
wegen grosser Unruhe oder				
Gefährlichkeit (zum Theil				
schwere Verbrecher) . . .	20	21		
wegen Widerwillen gegen die				
Arbeit . . . . .	30	31		

Summa 136 104.

Von den Kranken der letzten Rubrik lassen sich hier und da noch einige zu einer Beschäftigung bewegen, während sie zwischendurch dieselbe wieder ablehnen. Würde es aber auch möglich sein, dieselben ohne Ausnahme mit zur Beschäftigung heranzuziehen, so würde doch die Procentzahl der arbeitenden Kranken nicht über 70 % kommen, unter ihnen viele nur in sehr geringem Grad arbeitsfähig. Es ist also wohl daraus zu schliessen, dass dort, wo die Procentzahl der arbeitenden Kranken eine grössere ist, die Zusammensetzung des Krankenbestandes eine andere sein muss; namentlich sammeln sich in den älteren Anstalten, wie Bunzlau, viele geistig und körperlich gebrechliche Personen, Idioten und Epileptische, die dennoch bei guter Verpflegung der Kranken noch eine lange Lebensdauer haben, an.

Zur Erheiterung der Kranken wurde durch die üblichen Vergnügungen, Waldfeste und Spaziergänge, beigetragen. Als neu trat in diesem Jahre eine Ausfahrt mit mehr als 200 Kranken auf Leiterwagen nach dem 2 1/2 Meilen von hier gelegenen Gröditzberg hinzu, an der auch die Beamten mit ihren Familien theilnahmen und die wochenlang vorher und nachher allgemeine Freude und Erfrischung hervorrief.

## V. Referate und Kritiken.

Die Krankheiten der Athmungsorgane und deren Heilung von Dr. Dyes. Berlin 1886. A. Zimmer. 8°. 57 Seiten.

Wie in seinen früheren Schriften und in einem Aufsatz der illustrierten Zeitschrift: „Ueber Land und Meer“ 1884 No. 42 bricht der Verf. nochmals eine Lanze für den Aderlass, indem er — zum Theil wörtlich wie in seinen Brochüren: „Rheumatismus und Verhütung der Augentrübungen“ — die Wirkung der Blutentziehungen, diesmal bei entzündlichen Zuständen der Athmungsorgane, erörtert.

Ueber die Vortheile und Nachtheile des Aderlasses bei Pneumonien etc. liesse sich ja allenfalls noch streiten, darin scheint Verf. jedoch etwas zu weit zu gehen, wenn er prophylaktisch bei anämischen und tuberculösen Kindern Blutentziehungen empfiehlt. „Da bei solchen Patienten“, so begründet D. seine Heilmethode, „häufig Nasenbluten vorkommt, Nasenbluten aber als eine Naturhilfe anzusehen ist, so soll man nicht auf den Eintritt der Naturhilfe warten, sondern von Zeit zu Zeit durch Blutegel so viel Blut entziehen, wie die Natur durch das Nasenbluten zu entziehen pflegt.“

Im Uebrigen verweisen wir auf das Original.

Trompetter-Cleve.

Eulenberg. Ueber die im Jahre 1885 in Preussen auf Trichinen und Finnen untersuchten Schweine. Nach amtlichen Quellen mitgetheilt. Vierteljahrsschr. für gerichtliche Med. N. F. Bd. 45. Heft 2 S. 384. 1886.

Im Jahre 1885 wurden 190481 Schweine weniger als im Vorjahre untersucht. Dem entsprechend zeigte sich auch eine Abnahme der trichinösen gefundenen Schweine. Während im Jahre 1884 auf 1741 geschlachtete Schweine 1 trichinöses kam, gestaltete sich das Verhältniss im Jahre 1885 wie 1 : 1852.

Ueber die vorgekommenen Fälle im Jahre 1885 giebt nachfolgende Tabelle Auskunft.

Namen der Regierungs- bezirke.	Zahl der unter- suchten Schweine.	Zahl der trichinös befundenen Schweine.	Zahl der Gemeinden, in denen sich trichinöse Schweine befanden.	Zahl der trichinös be- fund. amerikanischen Speckseiten und Schweinefleischpräparate.	Zahl der finnig be- fundenen Schweine.	Zahl der amtlichen Fleischbeschauner.
Königsberg .....	101 904	228	78	8	653	244
Gumbinnen .....	43 181	58	27	—	44	189
Danzig .....	41 811	63	20	2	83	52
Marienwerder .....	67 201	87	14	30	364	327
Berlin .....	283 151	169	—	—	2 270	—
Potsdam .....	294 891	192	76	—	1 124	622
Frankfurt a. O. ....	169 045	156	63	—	831	514
Stettin .....	99 404	61	24	32	137	251
Cöslin .....	6 131	5	3	—	7	22
Stralsund .....	17 651	2	2	—	—	98
Posen .....	152 348	634	174	—	697	913
Bromberg .....	43 497	134	44	—	144	131
Breslau .....	376 632	153	78	—	1 648	1 881
Liegnitz .....	240 438	133	73	—	930	1 504
Oppeln .....	276 627	42	23	—	2 426	1 189
Magdeburg .....	309 916	49	26	—	123	1 531
Merseburg .....	350 081	54	41	—	163	1 925
Erfurt .....	135 811	5	3	12	42	687
Hannover .....	140 154 1/2	13	6	—	470	691
Hildesheim .....	149 071	17	10	—	96	869
Lüneburg .....	142 281	4	3	—	155	1 208
Stade .....	65 898	7	2	—	36	439
Osnabrück .....	88 463	—	—	—	286	557
Aurich .....	13 282	—	—	—	2	59
Münster .....	38 498	—	—	3	13	275
Minden .....	144 204	7	4	11	260	851
Arnsberg .....	233 584	10	7	1	154	1 488
Kassel .....	230 680	79	39	2	145	1 734
Wiesbaden .....	21 798	1	—	—	8	34
Köln .....	13 219	9	3	—	143	407
Düsseldorf .....	68 243	9	3	—	97	7
Coblenz .....	30 716	1	1	—	45	123
Trier .....	31 387	5	2	—	57	295
Zusammen	4 421 208 1/2	2 387	849	101	13 653	21 117

u. 2 Vorst.

An Trichinose erkrankten im Jahre 1885

I. ein Kaufmann in Stettin, dessen Ehefrau, zwei Kinder und das Dienstmädchen an Trichinose und zwar nach dem Genuß von Fleischbröckchen, welche aus Rind- und Schweinefleisch in ungepökeltem und ungeräuchertem Zustande hergestellt waren.

Die gepflogenen Erhebungen konnten keine hinreichend belastenden Momente feststellen, um gegen den Metzger das Strafverfahren einzuleiten. Die Erkrankten wurden wieder hergestellt.

II. Im Reg.-Bezirk Frankfurt a. O. kamen folgende Erkrankungen vor:

1. In der Stadt Forst, Kreis Sorau, erkrankten 40 Personen an Trichinose. Es handelte sich um ein von einem Privatmann geschlachtetes, aber nicht untersuchtes Schwein, während zwei Fleischer ebenfalls die Untersuchung theils unterlassen, theils unvollständig hatten ausführen lassen. Es fehlte an genügenden Beweisen, um gegen die Fleischer einschreiten zu können.
2. Im Kreise Drossen sind 3 leichte Erkrankungen vorgekommen und wahrscheinlich durch mangelhafte Untersuchung der geschlachteten Schweine veranlasst worden.
3. Im Kreise Königsberg soll ein Arbeiter an Trichinose verstorben sein. Die eingeleitete Untersuchung ist erfolglos geblieben.
4. Im Kreise Sorau kamen einige leichte Erkrankungen vor.
5. Im Kreise Ost-Sternberg war dies bei 15 Personen der Fall.

III. Im Reg.-Bezirk Merseburg sind 15 Personen leicht erkrankt und zwar im Kreise Delitzsch, im Mansfelder Seekreise und in Eisleben. Hier und in Hettstadt erkrankten einige Personen, welche wahrscheinlich fremde Fleischwaren auf einem Jahrmarkte genossen hatten.

IV. In Berlin zeigte sich nur in der Familie eines Zahnarztes Trichinose, welche durch den Genuß eines von einem Förster zum Geschenk erhaltenen Schinkens entstanden war. Am 4. Februar 1885 erkrankte zuerst die Frau des Zahnarztes und verstarb am 23. Februar. Ausserdem erkrankten 4 Kinder, der Zahnarzt nebst seinen beiden Assistenten und das Dienstpersonal. Sämmtliche Kranke boten gastrische Erscheinungen, dann die charakteristischen Muskelschmerzen und die Anschwellungen im Gesichte dar. Bettlägerig war der Zahnarzt nebst 3 Kindern.

Die Finnen des Schweines. Die Zahl der finnig befundenen Schweine hält sich im Allgemeinen fast auf gleicher Höhe. Auffällig gross ist sie noch in Berlin, Potsdam, Frankfurt a. O., Oppeln, Breslau, Liegnitz und Posen. Im Kreise Schildberg (Posen) wurde bereits unter 74 Schweinen ein finniges ermittelt.

In Berlin ist die Zahl der finnigen Schweine erheblich gestiegen, ohne dass hierfür irgend ein stichhaltiger Grund mit Sicherheit zu ermitteln war. Ausserdem wurden 129,25 kg auf Wochenmärkten und Bahnhöfen, im polizeilichen Schlachthause 314,75 kg, zusammen also 444 kg finniges Fleisch in 11 resp. 5 Einzelfällen dem Verkehr entzogen und nach Vorschrift behandelt. Gscheidlen.

Ein Beitrag zur Lehre der diabetischen Retinalaffectionen. Inaugural-Dissertation von Jaques Hirschmann, Breslau 1886. 34 Seiten.

Während die Diagnose der diabetischen Retinitis bisher nur wenig präcisirt war und von einzelnen Autoren sogar die Differentialdiagnose zwischen Retin. diabet. und album. nicht anerkannt wurde, stellt H. an der Hand von 4 neuen sorgfältig beobachteten Krankengeschichten die diabetische Form als eine typische und durch charakteristische Merkmale ausgezeichnete Retinalaffection hin.

Man findet nämlich bei der Retinit. Diabet. in der Netzhaut scharf umgrenzte, durch ihre gelbliche Färbung und ihren matten Glanz an das Aussehen von Wachs erinnernde Fleckchen von unregelmässiger Form, welche Spitzchen und Zacken einander zusetzen und sich zum Theil mit einander verbinden. Ihre Dimensionen betragen meist die doppelte oder dreifache Breite einer Centralarterie. Ihr Sitz ist allein die Gegend der macula lutea; der übrige Hintergrund ist völlig normal, Blutungen fehlen.

Die Veränderungen erscheinen nicht allein, wie Leber annimmt, bei weit gediehenen Fällen von Diabetes, bei denen die Ernährungsstörung schon erhebliche Fortschritte gemacht hat, sondern auch schon in den ersten Stadien der Erkrankung. Trompetter-Cleve.

## VI. Tagesgeschichtliche Notizen.

— Am 10. November d. J. starb in Tonking der berühmte Pariser Physiologe Paul Bert im Alter von 53 Jahren an der Cholera.

— Der Privatdocent Dr. v. Zeissl in Wien unternahm, wie wir der „Wiener med. Presse“ 46/86 entnehmen, eine Studienreise nach Dalmatien, um die Natur und das Wesen der dort herrschenden Skrljevo-Krankheit zu erforschen. Derselbe hatte, Dank dem Entgegenkommen der dortigen Behörden, Gelegenheit, an mehr als 200 Krankheitsfällen seine Beobachtungen und Wahrnehmungen zu machen. Auf Grund derselben constatirte Dr. Zeissl, wie wir erfahren, dass diese Krankheits nichts als eine Form der hereditären Syphilis darstelle, eine Ansicht, welche übrigens auch Prof. Kaposi theilt, die hingegen Prof. Auspitz, welcher bekanntlich ebenfalls in Dalmatien und zwar

über Auftrag der Regierung längere Zeit behufs Studiums der Skrljevo-Krankheit weilte, nicht völlig acceptirte. Dr. Zeissl fand, dass die Erscheinungsformen dieser Krankheit, sowie der Verlauf derselben, ganz dem Charakter der Syphilis entsprechen. Es sei übrigens erinnert, dass auch in der Debatte im Reichsrathe bei Gelegenheit der Berathung über die Bewilligung eines Credits zur Bekämpfung der Skrljevo-Krankheiten in Dalmatien von der „Medic. Presse“ die Ansicht vertreten wurde, dass diese Krankheit mit der Syphilis identisch sei. Die grosse Ausdehnung und die schreckliche Form, welche diese Krankheit gerade in Dalmatien angenommen, erkläre sich, wie Dr. Zeissl constatirt, aus der ganz unglaublichen Indolenz, welche die dalmatinische Bevölkerung in einigen Theilen des Landes bei der Behandlung dieses Leidens bekunde, eine Indolenz, die nur durch sehr strenge, gesetzliche und staatliche Massregeln bekämpft werden könne.

— Die diesseitige in voriger Nummer gegebene Nachricht, Vermehrung der Apotheken in Berlin betreffend, hat durch die Bekanntmachung des Königl. Polizeipräsidiums vom 10. d. Mts., nach welcher der Oberpräsident der Provinz Brandenburg die Anlage von vier neuen Apotheken in Berlin genehmigt hat, Bestätigung gefunden.

— In Greifswald starb am 21. November c. der Professor der pathologischen Anatomie Dr. Friedrich Grohé im Alter von 56 Jahren. Ueber den Lebenslauf des Verstorbenen entnehmen wir dem „Biographischen Lexikon“ von Gurlt nachfolgende Skizze: „Grohé stammt aus Speyer und wurde daselbst am 12. März 1830 geboren. In Würzburg und Giessen bildete er sich aus und arbeitete speciell an letzterer Universität unter Liebig. Am 13. August 1856 in Würzburg promovirt, wurde er von Virchow, dem er bereits mehrere Jahre assistirt hatte, nach Berlin mitzugehen veranlasst und wirkte am dortigen pathologischen Institut zwei weitere Jahre als Assistent. 1858 wurde G. als ausserordentlicher Professor nach Greifswald berufen und erhielt hier 1862 das Ordinariat und die Stellung als Director des pathologischen Instituts. Von ihm rühren zahlreiche Veröffentlichungen über Gegenstände seines Faches in Liebig's und Wöhler's Annalen der Chemie und Pharmacie, Verhandlungen der phys.-med. Gesellschaft in Würzburg, Verhandlungen der geburtsh. Gesellschaft in Berlin, Virchow's Archiv, Wiener med. Wochenschrift u. s. w. her. Auch war er langjähriger Mitarbeiter an Canstatt's resp. Virchow-Hirsch's Jahrbericht.

— Der „XV. Schlesische Bädertag“ findet in Breslau, den 10./11. December c. statt. Auf der Tagesordnung stehen nachfolgende Gegenstände:

1. Constituirung des Bureaus und Anträge auf Aufnahme.
2. Verlängerung der Dauer des Bädertages. Berichterst.: Brehmer-Görbersdorf; daran anknüpfend: Besichtigung der Dr. Hulwa'schen Anlagen zur Reinigung der Schmutzwässer an der Breslauer Pumpstation.
3. Vereinbarung der zum schlesischen Bädertage gehörenden Kurorte resp. Verwaltungen zur Einführung gleichmässiger Aufenthalts-Gebühren-Erhebung. Berichterst.: Hancke-Langenau.
4. Einheitliche Regulirung der Freikuren in den schlesischen Bädern. Berichterst.: Birke-Landeck.
5. Weitere Mittheilungen in der Quellenschutz-Angelegenheit. Berichterst.: Dengler-Reinerz.
6. Anbahnung möglichst gleichmässiger Bäderpreise. Berichterst.: Hancke-Langenau.
7. Wie inseriren wir am Vortheilhaftesten. Berichterst.: Manser-Salzbrunn.
8. Ueber das Verhältniss der Bade- und Hausärzte zu einander. Berichterst.: Scholz-Cudowa.
9. Erfordernisse für ein Kurgäste-Wohnhaus in baulicher, wirthschaftlicher und hygienischer Beziehung. Berichterst.: Brehmer-Görbersdorf.
10. Einführung alljährlicher gemeinschaftlicher Exkursionen der Mitglieder des schlesischen Bädertages nach den verbündeten Kurorten. Berichterst.: Hancke-Langenau.
11. Flinsberger Herbstwitterung 1886. Berichterst.: Adam-Flinsberg.
12. Aenderung der Meldezettel für Badebesucher. Berichterstatter: Dengler-Reinerz.
13. Wie ist dem überhandnehmenden Mitbringen von Hunden in die Kurorte vorzubeugen. Berichterst.: Hancke-Langenau.
14. Resultate der seitherigen Kefyrkuren. Berichterst. Adam-Flinsberg.
15. Erledigung der Beschlüsse des XIV. Bädertages, betreffend: a. das Collectenwesen, b. die Petition wegen Einführung baupolizeilicher Bestimmungen, c. die Petition in Betreff des Hausirhandels, d. Berechtigung der Hauswirthe zur Verpflegung der Gäste. Berichterst.: Dengler-Reinerz.
16. Die auf dem schles. Bädertage erscheinenden Vertreter schlesischer Kurorte sind nur dann stimmberechtigt, wenn sie selbst Besitzer von Kuranstalten oder mit Vollmacht von diesen versehen sind; sie sind für die richtige Ausführung der gefassten Beschlüsse verantwortlich. Berichterst.: Hancke-Langenau.
17. Ueber Flinsberger Mineralbier. Berichterst.: Adam-Flinsberg.
18. Repartition und Rechnungslegung. Abrechnung in der Almanach-Angelegenheit. Berichterst.: Brehmer-Görbersdorf.
19. Geschäftliche Mittheilungen: a. Künftliches Sprudelbad (Patent Muchall) Prospect von E. u. P. Rottsieper-Bonsdorf, b. Brausebäder, c. Gsell-Fels: Manipulation von Caesar Schmidt-Zürich,

- d. Bäderlexikon von Dr. Flechsig, e. Phänologische Beobachtungen, f. Mittheilungen aus dem Thüringer Bädertage, g. Mittheilungen zur Unfallversicherung der Bäder, h. Druck der Bädertagbrochüre. Berichterst. bezüglich a bis g: Dengler-Reinerz, h: Hancke-Langenan.
20. Themata für den XVI. Bädertag: a. Ueber Exstirpation der Ovarien, b. Fortschritte in Massage und Electricitäts-Behandlung, c. Besprechung antihygienischer Zustände und deren Abhilfe (Kanalisation, Spülung, Closets), d. Stellung zu den Bestrebungen auf Erlass einer deutschen Aerzte-Ordnung, e. Haben sich die eingerichteten Terrain-Kurorte bewährt? f. Behandlung geschlechtskranker Frauen in den Bädern, g. Regelung der ambulanten Krankenpflege in Bädern.

— In der Sitzung des „Physiologischen Vereins“ vom 22. d. M. wurde der bisherige Vorsitzende, Professor Gscheidlen, sowie der bisherige erste Schriftführer, Privatdocent Dr. Partsch, einstimmig für das nächste Jahr wiedergewählt. An Stelle des zweiten Schriftführers, Dr. Schultze, welcher nach Erlangen übersiedelte, wurde Dr. Rosenfeld, Assistent am chemischen Laboratorium der medicinischen Klinik gewählt. Ferner wurde beschlossen, zunächst versuchsweise mit den theoretischen Vorträgen praktische mit Demonstrationen verbundene im Auditorium der dermatologischen Klinik im Allerheiligenhospital oder sonst geeigneten Räumen, z. B. Laboratorium des Gesundheitsamts etc. abwechseln zu lassen.

— An der Spitze der heutigen Nummer findet sich eine kurze Mittheilung über einen Cholerafall, welcher sich dieser Tage in Breslau ereignete. In nächster Nummer beabsichtigen wir ausführlichen Bericht über die Vorkehrungen zu bringen, welche behördlicherseits zur Abwehr der Cholera in Schlesien getroffen wurden. Diese Massregeln dürften allgemeines Interesse erregen, insofern dieselben planmässig vorbereitet waren und jeweilen den örtlichen Verhältnissen angepasst sind.

— Man schreibt uns aus Würzburg, dass Professor Schönborn zum Professor der Chirurgie sowie Oberarzt am Juliushospitale daselbst ernannt und ihm der Titel eines königlichen Hofraths verliehen wurde.

## VII. Personalien.

Auszeichnungen: Seine Majestät der Kaiser und König haben Allernächst geruht dem Professor der Universität Marburg Dr. med. Emil Wilhelm Mannkopff den Charakter als Geheimer Medicinalrath, sowie dem Kreisphysikus Sanitätsrath Dr. Hugo Karl Heer zu Beuthen O.-Schl. und dem prakt. Arzt Dr. Goldscheider zu Potsdam den Rothen Adlerorden IV. Kl. zu verleihen.

Ernennungen: Der prakt. Arzt Stabsarzt a. D. Dr. Richter zu Peine ist zum Kreisphysikus des Kreises Peine, der seitherige Kreiswundarzt Dr. Karl Emil Otto Schmidt zu Gefell zum Kreisphysikus des Kreises Strelno und der prakt. Arzt Dr. Karl Eduard Walter Strohmann zu Szittkehen zum Kreis-Wundarzt des Kreises Goldap ernannt worden.

Niederlassungen: Die Aerzte: Dr. Lullies in Allenberg, Dr. Schulz in Sorau, Dr. Ascher in Landsberg a. W., Dr. Schmey in Beuthen, Dr. Lorenz in Leinesfelde, Teichgräber in Ellrich, Dr. Reinhardt in Gr.-Wehsungen, Dr. Schäfer in Nordhausen, Dr. Luther in Lahde, Dr. Barthel, Dr. Lissauer, Dr. Lewinson, Wachsen und Dr. Alfr. Friedlaender, sämmtlich in Breslau; Dr. v. d. Loo in Kevelaer, Dr. Ebben, Dr. Overhamm und Dr. van Rey, sämmtlich in Aachen. Der Zahnarzt Riegner in Breslau.

Verzogen sind: Die Aerzte: Hirsch, Assist.-Arzt der Prov.-Irren-Anstalt, von Allenberg nach Kortau, Dr. Pulewka von Königsberg i. Pr. nach Bischofstein, Stabsarzt Dr. Rahts von Königsberg i. Pr. nach Berlin, Zerrath von Königsberg i. Pr. nach Heinrichswalde, Dr. Goldscheider von Bornstedt nach Potsdam, Dr. Bessert von Königswartha i. S. nach Werneuchen, Dr. Karl Schwarz von Berlin nach Münden a. D., Dr. Braun von Magdeburg nach Diepholz, Dr. Ad. Fischer von Eisenberg nach Dannenberg, Dr. Wallach von Hohenstein nach Frankfurt a. M., Dr. Laue von Runkel nach Trier, Dr. Schuette von Berlin nach Halle a. S., San.-Rath Dr. Kaestner von Berlin nach Wittenberg, Dr. Alfred Friedlaender von Berlin nach Charlottenburg, Dr. Reiss von Berlin nach Hamburg, Dr. Kaufmann von Leipzig nach Berlin, Dr. Rhoden von Osnabrück nach Berlin, Dr. Joh. Hoffmann von Neu-Ruppin nach Berlin, Dr. Plume von Neudamm nach Berlin, Dr. Hemprich von Cassel nach Honnef, Dr. Aron von Bonn nach Hannover, Dr. Steffen von Greifswald nach Spremberg, Dr. Haas von Guben nach Berlin, Simon von Potsdam nach Kottbus, Dr. Borsutzky von Frankfurt a. O. nach Netzschkau, Dr. Gühmann von Breslau nach Frankfurt a. O., Schwarz von Greifenhagen nach Alt-Lietzegörice, Dr. Simon von Zabrze nach Gleiwitz, Dr. Ring von Wildenfels i. S. nach Lipine, Koziol von Peiskretscham nach Beuthen O.-Schl., Dr. Greupner von Gleiwitz nach Königshütte, Dr. Lux von Herrnsdorf nach Patschkau, Dr. Habermann von Gr.-Wehsungen, Dr. Ohrloff von Weissensee (Erfurt) nach Wolgast, Teltz von Schönhausen nach Weissensee (Erfurt) Kriesse von Grafenberg nach Ahrweiler, San.-Rath Dr. Peine von

Nieheim nach Münster in Westfalen, Dr. Cierpinski von Fraustadt nach Gramschütz, Dr. Völkel von Niederthalheim, Dr. Reinhold Scholz von Darmstadt und Dr. Zdralek von Reinerz, sämmtlich nach Breslau, Landsberg von Breslau nach Berlin, Dr. Drewitz von dort nach Wien und Dr. Decker von dort nach Beckenbostel, Dr. Standke von Borkum nach Ibbenbüren, Dr. Pfeil von Friedewald nach Velbert, Dr. Gran von Sontra nach Berlin, Dr. Apt von Artern nach Kassel, Coleman von Fulda nach Elberfeld, Dr. Huberti von Düren nach Bonn.

Verstorben sind: Die Aerzte: Dr. Luther in Ellrich, Kreis-Physikus San.-Rath Dr. Bobrik in Mohrungen, Kreis-Wundarzt Dr. Nast in Culm, San.-Rath Dr. Loewenthal und Dr. Phil. Heinr. Wolff, beide in Berlin, Unterarzt a. D. Dr. Gaeslein in Bonn, der Amtswundarzt a. D. Ernst in Adendorf.

Vacante Stelle: Die Physikats-Stelle des Kreises Mohrungen.

## VIII. Inserate.

# XIX. ordentliche General-Versammlung des Vereins der Aerzte des Reg.-Bezirks Breslau Sonntag, den 28. November 1886, Mittags 12 Uhr, im Breslauer Concerthause, Gartenstrasse 16.

## Tages-Ordnung.

1. Mittheilungen des Vorsitzenden.
2. Wahlen zum Vorstand und Ehrenrath.
3. Vortrag des Herrn Privatdocent Dr. Kolaczek: „Die neuere Chirurgie in ihren Leistungen auf dem Gebiete der inneren Medicin“.
4. Referat über den letzten deutschen Aerzte-Tag. (Ref. Jacobi.)
5. Antrag des „Vereins der Breslauer Aerzte“ betreffend Massregeln gegen die ärztliche Reklame.
6. Bestimmung von Zeit und Ort der nächsten General-Versammlung.
7. Eröffnung des Fragekastens.

Nach der General-Versammlung gemeinsames Diner bei Lübbert (Couvert à 3 Mk.), wozu Listen während der Versammlung circuliren werden. [764]

## Der Vorstand.

Zu einer

# General-Versammlung der Mitglieder der ärztlichen Hilfskasse des Reg.-Bez. Breslau am Sonntag, den 28. November 1886, Vormittags 11½ Uhr präc. im kleinen Saale des Breslauer Concerthauses, Gartenstrasse 16,

ladet im Namen des Ausschusses ein

[765]

Dr. Asch,

Vorsitzender.

Auf der Tages-Ordnung steht ausser der Berichterstattung u. s. w. der Antrag des Collegen Dr. Pfitzner-Stroppen zur Berathung, nach welchem Unterstützungen nur an solche Collegen (oder deren Hinterbliebene) bewilligt werden sollen, welche Mitglieder der Hilfskasse sind oder waren. (cfr. § 10 der Statuten des Vereins.)

## Physiologischer Verein. [766]

Montag, den 29. November 1886, Abends 6 Uhr, Vereinsabend im Auditorium der dermatologischen Klinik im Allerheiligenhospital.

## Tages-Ordnung:

1. Vortrag des Herrn Prof. Dr. Neisser: Der Koch'sche Cholera-bacillus mit Demonstrationen.
2. Geschäftliche Mittheilungen.

Der Vorstand.

## San Remo.

Während des Winters werde ich hier practiciren und wohne — Villa Olympia (via Roma).  
San Remo, im November 1886. [760]

Dr. Hilgers.



Den Kurgebrauchenden in Karlsbad etc. als tägliches Getränk ärztlicherseits verordnet.

# MATTONI'S GIESSHÜBLER

reinsten  
alkalischen

## SAUERBRUNN

bestes Tisch- und Erfrischungsgetränk,  
erprobt bei Husten, Halskrankheiten, Magen-  
und Blasenkatarrh.

Heinrich Mattoni, Karlsbad u. Wien.

Médaille d'or de la société protectrice de l'Enfance de Marseille 1883.

**Knorr's Gersten- und Hafermehl,**  
**Knorr's Leguminosen für Magenleidende**

sind in allen Colonial-Droguenhandlungen und  
Apotheken käuflich. [741]

Hellbronn a. Neckar.

**C. H. Knorr.**

Fabrik diätetischer Nahrungsmittel.



**Julius  
Wolff's  
Freiluft-  
Athmer  
für's Haus**

ist der wirksamste Apparat gegen  
Lungen- und Herzleiden, Bleichsucht,  
Blutstockungen etc. sowie zur Ver-  
hütung solcher Krankheiten, da er ver-  
möge sehr leichten, bewegl., dauer-  
haften Pergamentpapierschlauchs bei  
Lesen, Schreiben etc., wie Nachts b.  
Schlafen anhaltend Nasenathmung  
frischer, entstäubter Freiluft in ge-  
schlossenen Räumen, mit und ohne Medicin-Inhalation, verschafft.  
Ausathmungsluft entweicht selbstthätig am Nasenstück. Aerztl. und  
sonst. Atteste wie Näheres: **Wolff's Gesundheits-Schutzgeräte-Fabrik,**  
**Gross-Gerau, Grossh. Hessen.** [763]

Man hüte sich vor Nachahmungen. Jedes ähnlich aussehende oder  
benannte Produkt ist blos Nachahmung der äusseren Form, ohne  
Wirkung des ächten

## TAMAR INDIEN GRILLON

Erfrischende, abführende Fruchtpastille.

Gegen **VERSTOPFUNG, HÄMORRHOIDEN, CONGESTION,**  
**LEBERLEIDEN, MAGENBESCHWERDEN u. s. w.**

Unentbehrlich für Frauen, besonders vor und nach der Entbindung,  
für Greise und Kinder. — Da es keine Drastica, wie Aloës, Podo-  
phyllin u. s. w. enthält, eignet es sich bestens zum täglichen Gebrauch.

In Frankreich von allen medizinischen Autoritäten verordnet, be-  
sonders von Dr. Tardieu, welcher dieselbe seit 1867 zuerst verordnet  
und dadurch ihren Ruf begründet — in Deutschland meines Wissens  
seit lange empfohlen durch Geh. Rath Dr. Friedreich, Ober-Med.-Rath  
Dr. Battlehner und viele andre prakt. Aerzte.

Paris, E. GRILLON, Apotheker, rue Rambuteau 27.

Jede Schachtel trägt die Unterschrift: E. GRILLON.  
In allen Apotheken.

**Zu M. 25**

versende ich **50 Liter** selbst gekelterten **Rheinwein** (Tischwein).  
Dieser Wein findet überall Beifall und bitte ich jeden Weintrinker  
eine Probe zu machen.

Ferner empfehle noch einen Rheingauer à 1 M. per Flasche.

Kleine Muster gratis oder Kistchen à je 6, zusammen 12 Flaschen,  
gegen Nachnahme von 12 M. incl. Glas, Packung etc. [753]

Weinproducent und  
Händler. Gegr. 1813. **Georg Anderson,**  
Frankfurt a. M.

Apotheker Lippmann's  
**Karlsbader Brause-Pulver,**  
Dr. Adolf Pfannenstiel's  
**Heidelbeerwein,**  
Dr. Michaelis'  
**Eichel-Cacao,**  
Opel's Kinder-Nähr-Zwieback,

H. Nestle's **Kindermehl,**  
Knorr's **Hafermehl,**  
Hartenstein'sche **Leguminose,**  
Dr. Kochs'  
**Fleisch-Pepton**  
und schmackhafte  
**Pepton-Bouillon**

empfehlen die **Haupt-Niederlage** [748]

**Oscar Giesser,** **Breslau,**  
Junkernstrasse 33.

## Dr. Michaelis' Eichel Cacao

**Stärkendes nahrhaftes Getränk für jedes Alter.**

**Vorteilhafter Ersatz für Thee und Kaffee.**

Zum medicinischen Gebrauch bei diarrhoeischen Zuständen  
und bei katarrhalischen Affectionen der Verdauungsorgane,  
selbst bei Säuglingen zeitweise als Ersatz für Milch,  
mit sicherem Erfolge anzuwenden.

Verkauf in Büchsen von  $\frac{1}{2}$  Kilo M. 2.50; von  $\frac{1}{4}$  Kilo M. 1.30.  
Probe-Büchsen von M. 0.50.

Alleinige Fabrikanten: **Gebr. Stollwerck, Köln.**

**Vorräthig in allen Apotheken.**

## Aqua ferri nervina

(Nervenstärkendes Eisenwasser).

Phosphorsaures Calcium-Eisen-**Oxydul.**

Trotz starker Concentration sehr leicht verdaulich und wirksam  
gegen acute und chronische Blutarmuth. 100 Fl. 20—30 Mark je  
nach der Entfernung. [750]

Niederlagen werden überall auf Antrag errichtet. Anstalt für  
künstliche Mineralwasser aus destillirtem Wasser.

**Wolff & Calmborg, Berlin S.W., Tempelhofer Ufer 22.**

Breslau: Aeskulap-Apotheke von Th. Lebeck, Ohlauerstr. 3.

## REEB'S KALK-EISEN-SYRUP (Syr. calc. et ferri lactophosphorici)

enthält Eisen und Kalk in vollständiger Lösung; er wird deswegen  
allen ähnlichen Präparaten vorgezogen; seit 15 Jahren von ärztlichen  
Autoritäten bestens empfohlen; die Flasche von 200 gr M. 1.60; zu  
haben in den Hauptapotheken und bei Apoth. **REEB, i. Strassburg i/E.**

Verlag von August Hirschwald in Berlin.

Soeben ist erschienen:

## Die Zimmer-Gymnastik.

Anleitung zur Ausübung activer, passiver und Widerstands-  
Bewegungen ohne Geräthe

nebst Anweisung

zur Verhütung von Rückgrats-Verkrümmungen

von Geh. San.-Rath Dr. **B. Fromm.**

Mit 71 in den Text gedruckten Figuren.

1887. gr. 8. In Calico gebunden. 3 M.

Fromm's Zimmer-Gymnastik soll neben den activen, auf  
welche sich die bisher existirenden Schriften beschränken, auch die  
passiven und Widerstands-Bewegungen grösseren Kreisen in leicht-  
verständlicher Form für den Selbstgebrauch zugänglich machen; die-  
selbe dürfte sowohl dem Arzte, welcher geeignete Uebungen dem  
Patienten aussucht und verordnet, als auch dem Laien willkommen  
sein, welcher zu seiner Gesundheit Gymnastik im Hause treiben will  
und dazu einer Anleitung bedarf. [762]

Specialität: **Medicinische Seifen.**

**Ichthyo-Seife** 10% od. 5% | **Lanolin-Seife.**

**Schwefel-Sand-Seife.** | **Sublimat-Seife**  $\frac{1}{2}$  %.

Erste **Karlsruher Parfümerie- und Toilette-Seifen-Fabrik**

**F. WOLFF & SOHN, Karlsruhe in Baden.** [754]

Den Herren Aerzten stehen Probestücke zur Verfügung.

**Hierzu eine Beilage: Breslauer specielle Kranken-  
Tabellen für praktische Aerzte betreffend.**