

Aus dem städtischen Krankenhause und dem
pathologischen Institute.

Zur Kenntniss
der
bronchopneumonischen Erkrankungen
namentlich im Anschluss an Influenza.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der medizinischen Fakultät zu Kiel
vorgelegt

von

Paul Hortschansky,
approb. Arzt aus Leipzig.



Kiel.

Druck von Schmidt & Klaunig.

1893.

Aus dem städtischen Krankenhause und dem
pathologischen Institute.

Zur Kenntniss
der
bronchopneumonischen Erkrankungen
namentlich im Anschluss an Influenza.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der medizinischen Fakultät zu Kiel

vorgelegt

von

Paul Hortschansky,

approb. Arzt aus Leipzig.



Kiel.

Druck von Schmidt & Klaunig.

1893.

Nr. 34.

Rektoratsjahr 1893/94.

Referent: Quincke.

Druck genehmigt:

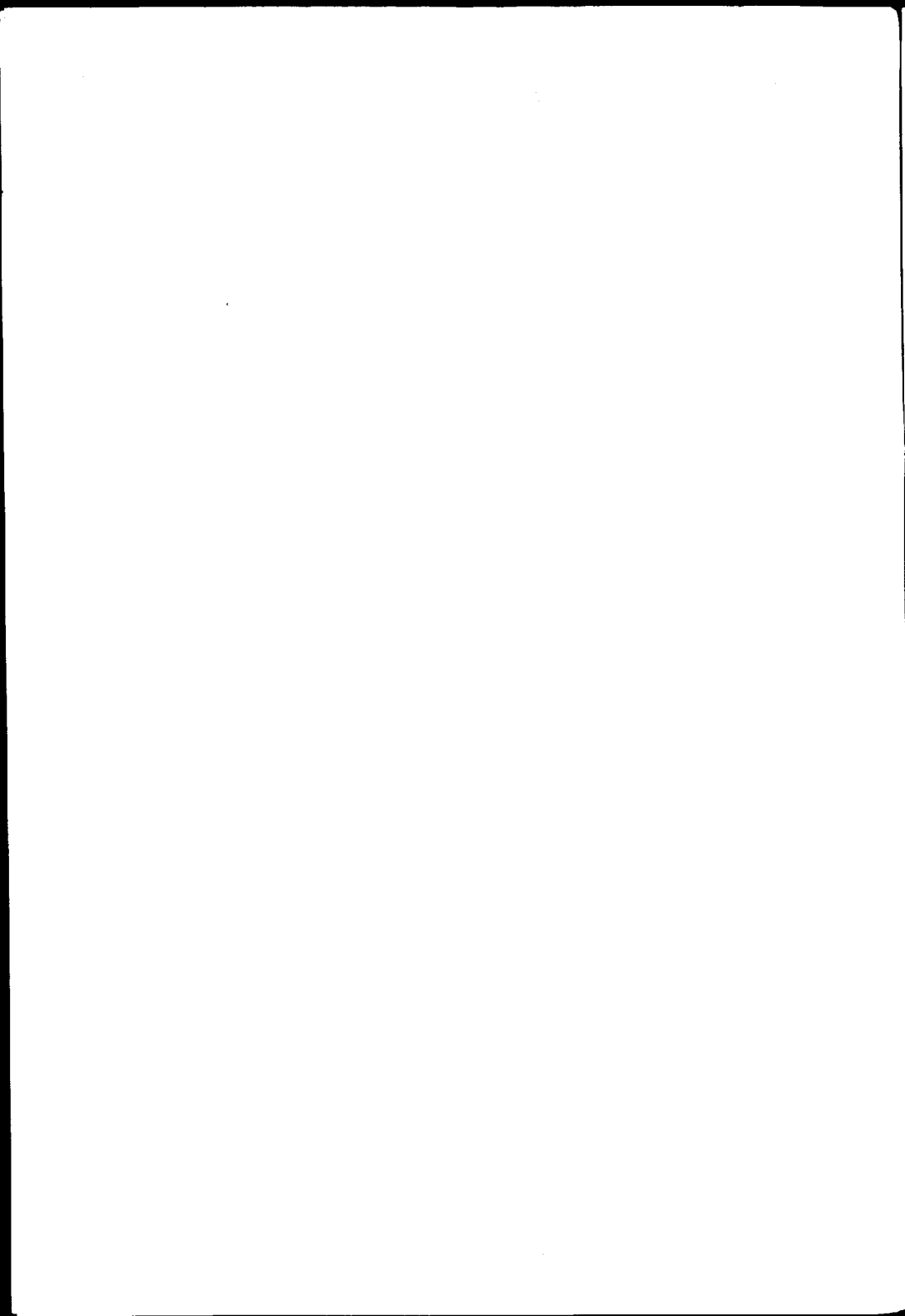
Völckers,

Dekan.

Meiner lieben Mutter

in Dankbarkeit

gewidmet.



Besonders in den verflossenen Winter- und Frühlingsmonaten ist es hier aufgefallen, dass sich bei Patienten, welche unter dem Bilde eines Bronchialkatarrhs oder überhaupt einer leichten Erkältung vor dem Arzte erschienen, bei genauer Untersuchung häufig kleine pneumonische Herde, kenntlich durch geringe Dämpfung, Knisterrasseln und dergl. fanden. Und auch die Sectionen haben vielfach gerade in dieser Zeit häufig, wenn der Tod ohne besondere Krankheitserscheinungen eingetreten war, kleine pneumonische Infiltrate meist neben Bronchitis gezeigt.

Zunächst wäre es wohl angebracht, nachzusehen, welche Arten von Pneumonien hierbei in Betracht kämen und zwar im klinisch-diagnostischen, wie im pathologisch-anatomischen Sinne. Denn es ist dies insofern wichtig, als die klinisch-diagnostische Untersuchung oft nicht ein so genaues Resultat liefern kann, als wie die Section.

Im klinisch-diagnostischen Sinne unterscheidet Jürgensen ¹⁾ Tübingen die Katarrhalpneumonie und die krupöse Pneumonie insofern, als er erstere als einen secundären Erkrankungsprozess erachtet, welcher nie primär in den Alveolen entsteht, sondern sich an eine Entzündung der Bronchialschleimhaut anschliesst. Die krupöse Pneumonie tritt seiner Meinung nach meist primär auf, ist von Temperaturschwankungen besonders beeinflusst und befällt ganze Lungenlappen, während die Katarrhalpneumonie meist herdweise auftritt. Ausserdem erkranken Männer an ihr leichter als Frauen und erhöht ein einmaliges Ueberstehen nur die körper-

¹⁾ Ziemssens Handbuch der spec. Path. u. Ther. B. V.

liche Disposition für eine weitere. Für sie giebt es überhaupt kein typisches Bild, da sie bald in dieser, bald in jener Form auftritt, oft mit den wechsellvollsten Veränderungen während ihres ganzen Verlaufes. Eine etwas andere Einteilung der Pneumonien hat Finckler¹⁾ - Bonn gegeben, welcher drei Abteilungen der acuten Pneumonien annimmt, nämlich die acut fibrinöse, acute Broncho- und acute zellige Pneumonie. Nach ihm entsteht die erste durch Einwirkung von Pneumoniekokken, während bei der zweiten, entstanden durch fortgeleitete Entzündung von den Bronchien, herdförmige Entzündungen der Lunge auftreten, die dritte aber erst nach der Influenzaepidemie vom Jahre 1889/90 bekannt geworden, die Bildung lobulärer Herdchen von dem Charakter einer acuten interstitiellen Pneumonie mit partieller Exsudation von Fibrin und Eiterkörperchen in das Alveolarlumen zeigt.

Im pathologisch-anatomischen Sinne entsteht nach Ziegler²⁾ die Katarrhalspneumonie durch Fortleitung einer Entzündung der Bronchien und Bronchiolen auf das respirierende Parenchym, namentlich gern im Anschluss an Infektionskrankheiten z. B. Pertussis, Morbilli, Influenza etc. Die krupöse Pneumonie erklärt er als eine infektiöse Lungenerkrankung, hervorgerufen durch Bakterien, welche jedoch auch im Verlaufe anderer Krankheiten vorkommen kann. Sie unterscheidet sich pathologisch-anatomisch hauptsächlich von der Katarrhalspneumonie durch den typischen Verlauf der vier Stadien, nämlich der Anschoppung, der roten und grauen Hepatisation und der eitrigen Einschmelzung.

Dass beide Arten von Pneumonien zur Zeit der Influenza und teilweise im Anschluss an dieselbe vorgekommen sind, ist allgemein, namentlich auch durch die Sectionen bestätigt worden. Es wäre nun wohl sehr interessant klarzustellen, in welcher Anzahl hier, soweit dies durch die Section festgestellt werden konnte, die beiden Pneumonien mehrere Jahre vor dem Auftreten der Influenza und von da an bis jetzt vorkamen. Die Sectionsprotokolle des hiesigen pathologischen Instituts ergeben bei genauer Durchsicht folgendes Resultat:

¹⁾ D. Finckler. Die akuten Lungenentzünd. als Infektionskrankheit. Wiesbaden. 1891 8°. S. 574.

²⁾ Ziegler, Lehrbuch der spec. pathologischen Anatomie. Jena 1890. S. 673.

Vor der Influenza Jahr 1887—89:

	Winter. (Dez. Jan. Febr.)		Frühling. (März, Apr. Mai)		Sommer. (Juni, Juli, Aug.)		Herbst. (Sept. Okt. Nov.)	
	Kat. Pn.	Kr. Pn.	K. P.	Kr. P.	K. P.	Kr. P.	K. P.	Kr. P.
1887	3	— 4	7	— 10	17	— 4	7	— 3
1887/88	10	— 6	12	— 3	7	— 4	14	— 2
1888/89	5	— 0	18	— 4	7	— 3	8	— 6
Mittel:	6	— 3	12	— 6	10	— 4	10	— 4

Von Beginn der Influenza an bis 1893:

1889/90	8	— 12	2	— 9	11	— 3	10	— 2
1890/91	12	— 3	9	— 4	11	— 7	9	— 3
1891/92	12	— 3	11	— 7	4	— 2	8	— 1
Mittel:	11	— 6	7	— 7	9	— 4	9	— 2
1892/93	16	— 4	9	— 3				

Zu bemerken ist dazu, dass sich in den Sectionsprotokollen bei der Katarrhalpneumonie als klinische Diagnose Bronchitis, Pertussis, Brechdurchfall, Gastroenteritis, Dyspepsie fand, während die krupöse Pneumonie meist selbständig, nur selten im Anschluss an irgendwelche Krankheit vorkam. Wie aus der kurzen Tabelle ersichtlich ist, ist vor der Zeit der Influenza die Katarrhalpneumonie vorherrschend gewesen. Im ersten Jahre des Auftritts der Influenza, wenigstens in den Winter- und Frühlingsmonaten, trat besonders die krupöse Pneumonie hervor, während dann wieder die Katarrhalpneumonie bei weitem das Uebergewicht hatte. Ganz auffallend stark ist sie den obigen Angaben nach im vergangenen Winter und Frühling aufgetreten.

Da nun auch namentlich die Krankenberichte im hiesigen städtischen Krankenhause gerade zu derselben Zeit ziemlich viele Kranke mit den verschiedensten pneumonischen Erkrankungsformen die aller Wahrscheinlichkeit nach zum grossen Teil auf einer Influenza infection beruhten, ausführten, so wäre es wohl am Platze, die bis jetzt über Influenza mit anschliessenden Pneumonien gemachten Erfahrungen zum Vergleich heranzuziehen.

Was den klinisch-diagnostischen Befund hierbei anlangt, so ist nach der Beobachtung von Finkler¹⁾-Bonn sowohl der

¹⁾ Finkler, Deutsche medic. Wochenschrift 1890 Nr. 5.

klinische Verlauf, als auch der anatomische Befund der Influenzapneumonie von der krupösen Pneumonie abweichend. Schüttelfrost ist sehr selten beim Beginn der Krankheit, was Leyden¹⁾ bestätigt. Dagegen kommt öfters abwechselnd Frösteln mit Hitze, auch profuser Schweiss vor. Die subjektiven Symptome, wie Seitenstechen, Hustenreiz, sind mitunter schon früh vorhanden und sind oft lange die einzigen, allerdings nicht sichern Anhaltspunkte. Oft auch fehlen diese Anfangerscheinungen ganz und giebt nur der objektive Befund einen sichern Anhaltspunkt. Meistenteils geht der Lungenaffektion eine Bronchitis vorher, obwohl sie auch bisweilen primär auftritt. Die Form der Entzündung ist gewöhnlich die der herdweisen Pneumonie, welche in den Alveolen beginnt, bald von einer Alveole zur andern fortschreitend¹⁾ und dann gewöhnlich mit andern Herden zusammenfliessend, bald zwischendurch einzelne Alveolen freilassend. Je nachdem die Veränderungen in den Lungen oberflächlich oder tief sitzen, ist die Deutlichkeit der physikalischen Symptome verschieden. Was das Sputum anbetrifft, so ist dieses sehr verschieden. Bald ist es reichlich, bald spärlich, bald sogar ganz fehlend, bald fest, geballt, mit einzelnen Blutstreifen durchsetzt, doch nie von dem typischen Charakter eines Pneumoniesputums. Die Temperatur ist fast nie excessiv. Jedenfalls besteht absolut keine Congruenz zwischen der Intensität der Erkrankung und der Höhe der Temperatur. Der Puls ist vielfach auffallend fein, weich, meist sehr frequent. Daneben ist häufig starke Dyspnoe und oft auch Cyanose dabei zu finden. Da dieselbe, als von der Ausbreitung des krankhaften Prozesses in der Lunge abhängig, nicht nachweisbar ist, auch die Temperaturhöhe nicht von Einfluss ist, so ist sie wohl als eine Folge einer spezifischen Toxinvergiftung anzusehen.

Leyden¹⁾ weicht insofern von Finkler etwas ab, als er meint, dass die objektiven Erscheinungen oft auch nicht ausgeprägt seien, weil man oft Tage lang nach Crepitieren suchen müsse, welches bald in grosser Ausdehnung, bald beschränkt auftrete, bald rasch verschwinde. Starke Dämpfung habe er selten beobachtet; beim Sputum sei oft ein ganz seröser

¹⁾ Berl. klin. Wochenschr. 1890 Nr. 10.

Charakter hervorgetreten. Die Krisen seien wenig solenn gewesen. Er lässt es übrigens dahingestellt, ob die pneumonische Erkrankung bei der Influenza von der Art der krupösen oder katarrhalischen Pneumonie ist.

Nach Pepper¹⁾-Philadelphia sollen die häufig so ausge dehnten Brust- und Gliederschmerzen auf einer Neuritis oder Perineuritis beruhen. Er will ein Befallensein der Oberlappen und dabei häufiges Auftreten von cerebralen Störungen beobachtet haben. Bezüglich der Lungenerscheinungen hebt er speciell hervor, dass in einzelnen Fällen selbst ausgebreitete Infiltrate rasch resorbiert werden, obwohl jede Expektoration fehlt. Er bemerkt ferner, dass die Mehrzahl der Pneumonien während der Reconvalescenz von einer vielfach sogar leichten Influenza acquiriert werde.

Ihm schliesst sich Robert Simon²⁾ insofern an, als er behauptet, dass sich bei mangelhafter Schonung aus der meist noch bestehenden Bronchitis besonders bei jüngern Leuten eine Pneumonie entwickle. Von ihm weicht Lennmalm³⁾-Malmö darin ab, dass er sagt, dass sich entweder unmittelbar oder auch später an eine Bronchitis eine Katarrhalpneumonie gern anschliesse, dagegen während der Reconvalescenz leicht die krupöse Pneumonie auftrete.

Der anatomische Befund von Sectionen bei Leuten, die an Influenza gestorben sind, ergiebt sich nach der Angabe von Finkler³⁾ folgendes: Die Ausbreitung des Krankheitsprocesses in der Lunge ist lobulär. Die Herde sind splenisirt, nicht hepatisirt. Die Entzündung ist nicht eine fibrinöse, sondern vorwiegend eine zellige mit Beteiligung des interstitiellen Gewebes. Tracheal- und Bronchialschleimhaut ist geschwollen und stark gerötet, welchen Zustand Finkler als Erysipel der Lungen bezeichnet. Meist hochgeradige Milzschwellung, in frischen Fällen allerdings fehlend.

Pfeiffer⁴⁾-Berlin erklärt in seiner Abhandlung „über die Influenza“, dass fürs Auge eben bei der Section die Influenza-

¹⁾ Medic. News 5. Juli 1890.

²⁾ Schmidts Jahrbücher d. ges. Med. 1892 I S. 241.

³⁾ l. c.

⁴⁾ Zeitschr. f. Hygiene und Infectiouskrankh. Bd. XIII S. 357.

pneumonie sich ziemlich sehr von der krupösen Pneumonie unterscheide. Die Lunge sei in geringerem oder grösserem Grade infiltriert, wobei eine Anzahl lobulärer Herde entweder durch lufthaltiges Gewebe von einander getrennt, oder wenigstens teilweise mit einander verschmolzen seien. So entstanden sekundär anscheinend lobäre Infiltrate, an denen man jedoch bei genauer Durchsicht den so charakteristischen Aufbau aus der Lobulärpneumonie noch immer erkennen könne. Die Struktur der einzelnen lobulären Herde sei so, dass sich im Centrum kleine stecknadelkopfgrosse bis höchstens erbsengrosse Parteen durch eine graugelbliche Färbung von dem sie umgebenden dunkelroten Gewebe deutlich abhebe. Bei Druck auf die erkrankten Lungenparteen quelle aus den durchschnittenen Bronchien oder mitten aus dem infiltrierten Gewebe tropfenweise ein grünlich-gelber, dicker, sehr zäher Eiter, der sofort an das Sputum Influenzankranker erinnere. Bei Untersuchung des ganzen Bronchialbaumes von oben nach unten nach Influenzaerregern zeige sich weiter oben ein Gemisch von Bakterienarten, während in den mit eitrigem Inhalt angefüllten kleinen Bronchien und im Lungengewebe der Influenzabacillus Alleinherrscher sei. Besonders reichlich seien die spezifischen Stäbchen meist in Zellen gelagert, in den graugelblichen Centren der lobulären Infiltrationsherde.

Die mikroskopische Untersuchung Pfeiffers ergibt folgendes Resultat: Bei schwacher Vergrößerung ist in den grössern Luftröhrenästen eine teilweise Zerstörung des Flimmerepithels zu erkennen, wovon einzelne Epithelfetzen frei im Lumen des Bronchus liegen. An andern Stellen wird dies Epithel vom Eiter abgehoben und werden die Eiterhäufchen auch in dem scheinbar intakten Epithelsaum sichtbar, da sie sich zwischen die Cylinderzellen eindringen. Ferner füllen sie alle Lücken aus, die durch Ausfall der Flimmerzellengruppen in der epithelialen Schicht entstanden sind, und überziehen sie in mehr oder weniger dicker Lage die freie Oberfläche derselben. Capillaren und Venen in der Umgebung sind mit Blut strotzend gefüllt und das peribronchiale Bindegewebe ist von Wanderzellen durchsetzt. Die starke Vergrößerung liefert folgendes Bild: In den Bronchien befinden sich auf dem Epithel und zwischen dessen Zellen eine enorme Menge winzig feiner Stäbchen, die sich besonders dort

anhäufen, wo die Destructionen des Epithelstratum deutlich hervortreten und sind sie daselbst bis unter das Epithel in dichten Zügen verfolgbar, während sie im submucösen Gewebe nur vereinzelt vorkommen. Ebenso sind die Eiterzellen zwischen und auf den Flimmerzellen vollständig mit diesen Stäbchen angefüllt.

Wenn ich nun die weiter vorn angeführten klinisch-diagnostisch gemachten Erfahrungen auf die beigegeführten Fälle, die, wie schon gesagt, den Krankenberichten des hiesigen städtischen Krankenhauses entlehnt sind, anwende, so muss ich zunächst bezüglich der Anfangserscheinungen bemerken, dass namentlich starker Hustenreiz und Brustschmerzen sehr häufig die ersten Symptome der beginnenden Erkrankung waren, daneben öfters noch Athembeschwerden verbunden oft mit Cyanose und Schüttelfrost. Es handelte sich dabei nur um erwachsene Leute aus niedern Ständen, die infolge ihres ganzen Lebens mehr den Unbilden der Witterung ausgesetzt sind, und zwar meist mittleren Alters. Die Mehrzahl waren Männer, Frauen waren nur 4 dabei. Fiebererscheinungen wurden fast nie angegeben. Auch fehlten dieselben bei den meisten zur Zeit der Aufnahme. Wahrscheinlich sind aber vielfach dieselben in geringem Grade vorhanden gewesen, von den Kranken jedoch nicht weiter beachtet worden. Erst die zunehmende Schwäche führte sie dann ins Krankenhaus. Die Infiltrationserscheinungen, wie Dämpfung, Crepitieren etc., betrafen in 5 Fällen beide Lungen, in 14 Fällen waren dieselben in den Unter- resp. Mittellappen localisiert, in 3 Fällen im Oberlappen. Die Dämpfung war oft deutlich wahrzunehmen im Gegensatz zu den normalen Partien der Lungen, aber sie war gewöhnlich nirgends intensiv und liess sich nicht scharf abgrenzen. Die auscultatorischen Erscheinungen bestanden meist in verlängertem Exspirium, Bronchialatmen, Crepitieren, feuchten mittelblasigen, zum Teil klingenden Rasselgeräuschen, wie das dem Bild lobulärer Verdichtung mit reichlichem, die Bronchien verstopfenden Secret zukommt. Das Sputum war meist schleimig eitrig, selten mit etwas Blut vermischt, oft nur in ganz geringen Massen vorhanden. Der Puls war meist regelmässig, bisweilen allerdings frequent. Zu einigen Malen bestand Herpes der Oberlippe noch. Manchmal zog sich die Heilung ziemlich lange hin, wie in den

Fällen Prickner, Haucke, Wiese etc., zum Teil infolge von Emphysem, Alter und dergl.

Der Hauptzweck dieser Zusammenstellung ist der, darauf hinzuweisen, wie vielfach sich bei Kranken, die fieberlos, nur mit dem Zeichen einer Bronchitis, aber oft mit ziemlich starker Schwäche in Behandlung kommen, bei genauerer Untersuchung der Lungen Stellen nachweisen lassen, wo eine bronchopneumonische Infiltration besteht und wohl häufig von noch grösserer Ausdehnung bestanden hat. Und diese Erkenntniss ist wichtig zur Beurteilung mancher Folgekrankheiten, die sonst unerklärt bleiben können, wie Pleuritis etc., und der bei Sectionen manchmal sich findenden Reste solcher Entzündungen, von denen intravital von den Kranken nichts bemerkt oder angegeben wurde.

So erscheint es also angebracht bei Leuten mit Bronchitis genau die Lungen, besonders die unteren Teile derselben, nach Infiltrationserscheinungen zu untersuchen, auch wenn sie fieberlos sind und über keine Schmerzen etc. daselbst klagen.

Zum Schlusse mache ich es mir zur angenehmen Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Hoppe-Seyler für gütige Ueberweisung der Arbeit und freundliche Hülfe bei Anfertigung derselben, sowie Herrn Professor Heller für gefällige Ueberlassung der Sectionsprotokolle und Herrn Dr. Döhle für freundliche Unterstützung bei der Durchsicht derselben meinen besten Dank auszusprechen.



Nr.	N a m e	Alter	Beschäftigung	Zeit der Erkrankungs- Symptome	Tag der Aufnahme	Puls	Physikalische Zeichen
1.	R., August	24 J.	Weber	Husten, Stiche i. d. l. u. r. Seite	9. III. 93	—	Schall U. R. kürzer als L.
2.	L., Jansen	20 J.	Schlachter	—	13. III. 93	—	R. O. geringe Dämpfung
3.	Sch., Christine	62 J.	Kranken- wärterin	—	16. III. 93	—	L. V. O. Dämpfung L. H. U. Schall etw. gedämpft
4.	G., Hans	70 J.	Arbeiter	Athembeschw., Auswurf, Schmerz seit 4 Wochen	6. I. 93	—	R. H. U. tymp. Schall. L. H. U. Schallst. gedämpft
5.	K., Ernst	79 J.	Arbeiter	Seit Anfang Jan. Druck i. d. Magen- grube, st. Husten	13. I. 93	—	R. U. V. u. H. ge- dämpft, Schall
6.	R., Heinrich	39 J.	Maler	Seit 7 Wochen läst. Husten, bes. nachts. Zuweilen Stiche i. d. Brust, Athemnot	12. I. 93	—	R. H. U. Schall, bes. st. gedämpft L. H. U. tymp. Schall
7.	B., Johann	23 J.	Arbeiter	Seit 4 Tagen schmerz. Husten, Appetitlosigkeit, Kopfschmerz	16. I. 93	—	beiderseits H. U. etw. tymp. Schall
8.	P., Peter	58 J.	Weber	Seit 3—4 Wochen Husten mit Athem- not	16. I. 93	—	L. H. Schall kürzer als R.
9.	H., Josef	54 J.	Schneider	Husten, Brust- schmerzen	25. I. 93	—	R. U. tymp. Schall
10.	G.	22 J.	Tischler	Husten, Frost, Brustschmerzen	7. II. 93	—	Schall über beide Lungen U. etw. tymp.
11.	K.	20 J.	Zimmermann	Husten, Stechen i. d. Seite	9. II. 93	—	R. O. V. u. H. Dämpfung
12.	H.	63 J.	Arbeiter	Husten, Auswurf	7. II. 93	—	L. H. U. leichte Dämpfung mit tymp. Beiklang
13.	N., Hermann	63 J.	Arbeiter	Husten, Dyspnoe	16. III. 93	—	R. H. U. geringe Dämpfung

Athmungsgeräusch	Lungen- grösse	Sputum	Sonstige Organleiden	Geheilt
R. U. verläng. hauchend. Exspir.	normal	—	Herpes a. d. Ober- und Unterlippe	5. IV. 93
R. O. bronch. Athmen, L. etw. verläng. Exspir.	normal	—	Inguinaldrüsen ziemlich st. geschwollen	27. III. 93
L. V. O. Crepit. u. kling. Rasseln, R. verschärft. In — verläng. Exspir. nach unten zu Rasseln.	normal	—	—	4. IV. 93
L. H. O. rauh. Insp. — U. stark Crepit.				
R. zahlr. Rasselger. später üb. d. g. Lunge, Giemen u. Pfeifen, L. vereinz. Rasselg.	7. Rippe	reichlich	—	13. III. 93
L. H. U. mittelgrossbl. Rasseln, ebenso R. H. U. dazu hier noch Knisterrasseln.	—	schleimig- eitrig	—	19. I. 93
L. mittelgrossbl. Rasseln, ebenso R., aber nur vereinzelt.	—	—	Rheum. artic.	1. III. 93 geheilt
leise, ab u. zu Rasseln.	6. Rippe	—	—	28. I. 93
Über d. g. Lunge, Pfeifen, Giemen, vereinz. Rasselg.	—	—	Leber i. d. Mammillarlinie 6 $\frac{1}{2}$ cm u. d. Rippenbog. Dyspnoe, Emfysem	18. II. 93
reichl. trockene Rasselg. R. H. O. feuchte Rasselg.	7. Rippe	—	Emfysem	20. II. 93
L. U. Schnurren, vereinz. feuchte Rasselg.	6. Rippe	schleimig eitrig, teilweise geballt	—	24. II. 93 geheilt
vereinz. mittelgr. Rasselger.	—	blutig eitrig, geballt	Scabies	24. II. 93
verschied. In- u. Exspir. feuchte Rasselger.	L. a. Rippen- bogen i. d. Mammillarl.	schaumig eitrig	Leber tiefstehend, fassförm. rigid, Thorax	17. IV. 93
R. H. U. feinblas. Rasseln. L. U. verschied. Athmen, Schnurren, Pfeifen. L. O. verl. Exspir.	—	—	st. Arteriosklerose	—

Nr.	N a m e	Alter	Beschäftigung	Zeit der Erkrankungs- Symptome	Tag der Aufnahme	Puls	Physikalische Zeichen
14.	R., Johannes	45 J.	Arbeiter	Husten, Gelenk- rheumat.	14. II. 93	regel- mässig	R. H. U. bis zur Spitze d. scapula ged. Schall
15.	Sch.	55 J.	Arbeiter	—	3. IV. 93	—	R. H. U. Dämpf.
16.	S.	47 J.	Arbeiter	Heiserkeit, Schnupfen	11. III. 93	—	L. H. U. bis zum 8. Brustw. Dämpf. V. leichte Dämpf. I. Fing. br. u. d. Mam.
17.	Z.	20 J.	Zimmermann	Seit Weihnachten Husten, Auswurf, Heiserkeit	7. II. 93	—	R. II. U. Schall etw. gedämpft
18.	W., Caroline	44 J.	Arbeiterin	Rheum. Schmerz.	28. I. 93	regel- mässig frequ.	I. d. R. Axillar- linie U. Dämpf.
19.	F., Franz	34 J.	Arbeiter	Husten, Athem- beschw., Stiche i. d. l. u. r. Seite seit 2 Tagen	25. V. 93	—	L. U. tymp. Schall
20.	R., Dorothea	26 J.	Dienst- mädchen	—	20. IV. 93	—	R. H. zw. 4—8 Brustw. ger. Dämpfung
21.	B., Johann	47 J.	Arbeiter	Husten, Kopf- schmerz, Appetit- losigkeit	8. V. 93	—	L. H. U. ger. Dämpf.
22.	S., Auguste	24 J.	Dienst- mädchen	—	29. IV. 93	—	R. H. U. Schall bis zur Höhe d. Scap. etw. ged.

Athmungsgeräusch	Lungen- grösse	Sputum	Sonstige Organleiden	Geheilt
R. H. U. unbest. Athmen mit kling., feucht, Rasselger.	7. Rippe	schleimig eitrig	rigider Thorax	4. III. 93 geheilt
Inspir. verschärft, Exspir. giemend.	i. 6. Inter- costalraum	—	—	—
einz. mittelgr. Rasselger.	—	—	—	II. IV. 93
Inspir. etw. verschärft. R. II. U. einz. Rasselger. ebenso Pfeifen u. Giesen.	—	—	Herzdämpf. wenig ver- grössert, Töne rein	—
R. U. Knisterrsch.	—	—	Emfysem. Syst. Geräusch a. d. Herzsp. Ren dexter mobilis. Psychose. Erbrech. bei Obstip.	—
über beide Lungen mässig zahlr. Pfeifen, Schnurren, R. U. etw. Crepitieren.	—	gering, schleimig eitrig	Leber um 1 Fing. br. über d. Rippenbog. Tremor	—
R. Fl. verläng. Exsp., ver- schärft. Insp.	—	—	Herpes a. d. Oberlippe	3. V. 93 geheilt
L. II. U. verläng. Exspir., einz. Rasselger.	U. Rand d. VI. Rippe	—	Emfysem. vergröss. palp. Milz. Leber 2 Fg. br. u. d. Rippenbog. Herztöne leise, rein. Indican. i. Urin	29. V. 93 geheilt
bds. H. U. zahlr. trock. vereinzelte feuchte Rasselger.	—	—	ger. Herpes a. d. Oberlippe Schwell. d. unt. Extrem. Varicen	—

Da zur selben Zeit wie die bronchopneumonischen Erkrankungen auch Bronchitis sich anschlossen, aber dann einer Mischinfektion mit Pneumonie-treffenden Fälle dieser Tabelle beizufügen.

Nr.	N a m e	Alter	Beschäftigung	Zeit der Erkrankungs- Symptome	Tag der Aufnahme	Puls	Physikalische Zeichen
1.	Sch., August	25 J.	Seemann	heft. Gliederschm. Husten, Uebelkeit	4. I. 93	regelm.	R. über M. u. U. Lappen tymp. Schall, R. H. U. Dämpf, R. H. O. tym. Schall
2.	N., Paul	25 J.	Maler	seit Anfang Jan. Schlaflosigkeit qualend. Husten. Schüttelfrost	12. I. 93	—	R. U. Dämpf. bis zur VII. Rippe
3.	P.	18 J.	Bäcker	Brustschm. Frost	7. II. 93	—	R. O. tym. Schall
4.	L.	22 J.	Schriftsetzer	Anf. Februar Schüttelfrost. Stechen i. d. Seite	9. II. 93	—	Dämpf. über d. C. U. Lappen, R. H. U. bis zur Spitze d. Scapula Dämpf.

mehrere lobäre Pneumonien auftraten, die manchmal auch wohl an eine
erregern ihre Entstehung verdankten, so wäre es wohl angebracht, die be-

Athmungsgeräusch	Lungen- grösse	Sputum	Sonstige Organleiden	Geheilt
leise, unbestimmt	normal	rostfarben	Herz nach R. verbreitert Milzschwell. 10:14, R. pleur. Reiben über M. u. U. Lappen	31. I. 93
Im R. Interscapularraum kling. Rasselger. Weiter unten unbest. Athmen mit bronch. Exspir.	—	schleimig eitrig	—	21. II. 93
R. O. Bronchialathm.	—	rostfarben	Herpes am R. Nasenflügel u. Mundwinkel, Scabies	24. II. 93
Leises, etwas verschied. Athmen, mit etw. Knister- rasseln	—	—	l. Herztou dumpf. otitis media	4. IV. 93

V i t a.

Ich, Paul Friedrich Wilhelm Hortschansky, bin geboren am 9. Dezember 1865 zu Leipzig im Kgr. Sachsen als das jüngste Kind des verstorbenen Kaufmanns Gustav Theodor Hortschansky und seiner Gemahlin Louise Emilie geb. Luboldt. Den ersten Schulunterricht genoss ich daselbst auf der Bürgerschule I. Ordnung. 1875 siedelte meine Mutter nach Bad Köstritz in Reuss j. L. über und besuchte ich hier die Schule, bis ich 1877 auf das fürstliche Gymnasium Rutheneum nach Gera in Reuss j. L. kam, welches ich Michaelis 1887 mit dem Zeugniß der Reife verliess. Ich studierte Medizin in Jena — woselbst ich im Sommer 1888 beim III. Bat. d. 5. Thür. Inf.-Reg. Nr. 94 (Grossherzog v. Sachsen) meiner halbjährigen Dienstzeit genügte — München, Kiel. Hier selbst bestand ich am 5. Mai mein Staatsexamen und am 18. Mai das Rigorosum.

12077



Exhibit