

dium eines wahren Hermaphroditismus⁶⁾ sichergestellt. Ob nun aus meiner Geschwulst die Annahme zulässig ist, dass der Eierstocktheil des Hodens es war, der zu einem Teratom geworden, wage ich nicht zu entscheiden.

Ad. 3. Die Beobachtung von Organen des Darmdrüsenblattes in der Geschwulst kann für ihren parthenogenetischen Ursprung wohl nicht beweisend, aber in hohem Maasse stützend sein.

VII.

Kleinere Mittheilungen.

1.

Contagiosität des Fleckfiebers.

Von Rud. Virchow.

Nachdem das Fleckfieber bei uns seit längerer Zeit völlig verschwunden war, und nachdem der Krieg trotz der überaus grossen Zahl von Erkrankungen an Typhus doch ohne alles Fleckfieber zu Ende gegangen ist, sind im Laufe der letzten Monate in Berlin so viele Fälle von letzterer Krankheit vorgekommen, dass man von einer kleinen Epidemie sprechen kann. Die Zahl der mir bekannt gewordenen Fälle beträgt 15: die meisten von ihnen (9) haben meiner Krankenabtheilung in der Charité angehört, und die Evidenz ihrer Entstehung durch Einschleppung ist so gross, dass ich eine kurze Erwähnung schon deshalb für gerathen ansehe, weil sonst in grossen Städten die Aetiologie epidemischer Krankheiten sich nicht besonders durchsichtig gestaltet.

1) Der erste Fall war ein 28jähriger Glaser, Wachsmuth, der am 25. März aufgenommen wurde. Er war von Tilsit zugereist und wollte schon seit 4 Wochen an Fieber mit Appetitlosigkeit und grossem Durst gelitten haben. Schon am Abend seiner Aufnahme hatte er 40^o,4, doch wurde erst am 30. das Exanthem constatirt. Am 6. April war die Reconvalescenz sicher, am 17. wurde er entlassen.

Die nächsten 3 Fälle betrafen Personen, welche anderweitiger Krankheiten wegen auf der Abtheilung sich befanden:

2) Der 53jährige Schuhmacher Schma, hier Pallisadenstrasse 17 wohnhaft, trat am 29. März wegen einer grossen phlegmonösen Eiterung am Gesäss und Ober-

⁶⁾ Ueber Hermaphroditismus und hermaphroditische Anlage in der ganzen Thierreihe gibt Waldeyer im Schlusskapitel seines citirten Werkes eine höchst lehrreiche Zusammenstellung.

schenkel ein, welche seit 8 Tagen bestand. Nach einer Incision schnelle Besserung. Am Nachmittage des 12. April. heftiger Frost mit Hitze ($40^{\circ},3$) und Kopfschmerz, am 5. Tage danach Ausbruch des Exanthems, am 12. Durchfall, am 14. Tage (25. April) Tod. Bei der Autopsie Milztumor, parenchymatöse Schwellungen von Nieren, Leber und Herz, Bronchitis mit Lungenhypostase.

3) Der 51jährige Böttcher Prietzsch, Bergstrasse 38, hatte durch einen Fall mit einer schweren Kiste sich Anfang März so verletzt, dass er einen grossen Abscess der Lendengegend und Blutharnen bekam. Deswegen war er am 3. April recipirt. Am Nachmittage des 18. Frost mit Hitze ($39^{\circ},4$, nächster Tag $40^{\circ},3$) und Kopfweh, am 20. Exanthem (3. Tag), vom 21. an mehrere Tage Durchfall mit Erbrechen. Tod am 25. (8. Tag). Grosser Milztumor, parenchymatöse Nephritis und Hepatitis, Bronchitis mit allgemeiner Lungen-Hyperämie und Induration der rechten Lunge.

4) Der 45jährige Schiffer Mews, von Stettin zugereist, war schon am 6. Januar wegen Blasenkatarrh in Folge von Stricturen der Urethra aufgenommen. Am Nachmittage des 20. April Frost und Hitze ($40^{\circ},5$), am 22. Exanthem (2. Tag), Erbrechen ohne Durchfall, Pneumonie. Tod am 26. (7. Tag). Grosser Milztumor, parenchymatöse Nephritis und Hepatitis, Bronchopneumonie, phlegmonöse Pharyngitis und Epiglottitis, brandiger Decubitus.

Zwischen diese offenbar zusammenhängende Reihe von Fällen trat inzwischen ein neuer und ätiologisch nicht aufgeklärter Fall.

5) Der 42jährige Arbeiter Reichert, Stralauer Platz 10/11, kam am 18. April wegen eines Unterschenkelgeschwürs zur Charité. Er hatte ausserdem Diarrhoe. Am Abende des 19. Frost und Hitze ($40^{\circ},4$), Kopfschmerz, Appetitlosigkeit, am 20. Exanthem (2. Tag), am 26. hämorrhagische Petechien, Pneumonie. Tod am 29. April.

Darauf folgt eine zweite Gruppe von sehr charakteristischen Erkrankungen:

6) Böhlke, seit dem 27. Februar wegen Blasenkatarrh auf der Abtheilung, wird am 10. Mai als geheilt entlassen. Schon an demselben Tage empfindet er häufiges Frösteln und Kopfschmerz, es folgen öfters Schüttelfröste und Schmerzen in den Unterschenkeln und der Kreuzgegend. Er kehrte am 13. Mai mit Fleckfieber zurück und befindet sich jetzt in der Reconvalescenz.

7) Gädecke, am 6. April wegen frischer Pneumonie aufgenommen, erkrankte am 10. Mai ganz plötzlich unter Erbrechen und profusen Durchfällen. Letztere lieferten so farblose, weissliche, mehlsuppeartige Massen, dass sie an Cholera erinnerten. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass fast die ganze Trübung durch Vibrionen und kleine Bakterien bedingt war. Indess wurde die Störung schnell zum Stehen gebracht und der Kranke verliess am folgenden Tage als geheilt die Anstalt. Am 17. mit Fleckfieber wieder aufgenommen, Tod am 30. Mai.

8) Der Wärter der Abtheilung, Hilgendorf, erkrankt am 12. Mai mit Schüttelfrost, Abgeschlagenheit, Hitze, und so heftigen Kopf- und Kreuzschmerzen mit allgemeinem Hautturgor, zumal im Gesicht, dass zuerst der Verdacht entstand, es möchten Pocken werden. Am 3. Tage Exanthem. Ist jetzt in der Genesung.

9) Bänsch, am 4. Januar wegen Erfrierung des linken Fusses aufgenommen, am 5. Mai geheilt entlassen, erkrankt am 13. mit Schüttelfrost, Kopf- und Kreuz-

schmerzen, wieder aufgenommen am 25. mit ausgeprägtem Fleckfieber, ist in der Reconvalescenz.

Diese Gruppe, deren Erkrankung sich auf die Tage vom 10. bis 13. Mai vertheilt, gehört räumlich ganz genau zusammen. Die Kranken lagen in 3 communicirenden Zimmern der neuen Charité, der Wärter bediente sie. Während dieser Zeit war in einem Nebengebäude eine besondere Station für Fleckfieber eingerichtet worden, in welche sämtliche Kranke dieser Gruppe aufgenommen wurden. Seit dem sind auf meiner Abtheilung keine neuen Erkrankungen vorgekommen. Um so auffälliger war der nächstfolgende Fall.

10) Wiegand, Diener des Pathologischen Instituts, mit dem Leichendienst speciell beauftragt, erkrankte an schwerem Fleckfieber, dessen Beginn nicht ganz genau festgestellt werden konnte. Am 18. Mai wurde er auf die neue Station aufgenommen, Tod am 30. (Der letzte, tödtlich verlaufene Fall, Reichert, gestorben am 29. April, ist nicht secirt, indess lag die Leiche im Keller des Pathologischen Instituts.)

Seitdem ist noch eine kleine Zahl von Aufnahmen erfolgt, die in keinem so bestimmt nachweisbaren Zusammenhange stehen:

11) Hermann, aus Danzig zugereist, erkrankt am 21. Mai, aufgenommen am 22., gestorben am 10. Juni.

12) Danziger, Rosenthalerstrasse 9, erkrankt am 25. Mai, aufgenommen am 31., jetzt in der Reconvalescenz.

13) Krahn, aus Wien zugereist, übrigens von der Weichsel stammend, hier Müllerstrasse 35, am 26. Mai erkrankt, am 2. Juni aufgenommen, Reconvalescent.

14) Kreiser, zugereist, Alte Jakobsstrasse 66, erkrankt am 26. Mai, recipirt am 1. Juni.

15) Schröder, Müllerstrasse 35, am 26. Mai erkrankt, am 1. Juni aufgenommen.

Die vorstehende Zusammenstellung bestätigt das, was ich vor Kurzem (dieses Archiv Bd. LII. S. 39 folg.) über die Verbreitung des Fleckfiebers (exanthematischen Typhus) gesagt habe. Die Einschleppung und die contagiöse Verbreitung erscheint als Regel; irgend welche bestimmte Momente für eine spontane Entstehung liegen nicht vor. Die Einschleppung führt auch diesmal zunächst auf slavische Landstriche zurück. Was das Exanthem betrifft, über welches ich (a. a. O. S. 10) gleichfalls gesprochen habe, so hat sich hier der frühe Eintritt desselben wiederholt bestätigt. Zweimal (Fall 3 und 8) wurde die Eruption am 3., zweimal (Fall 4 und 5) schon am 2. Tage nach dem initialen Froste beobachtet. Auch zeigte sich wieder, wie früher (a. a. O. S. 12), eine häufige Neigung zu Diarrhoe, mehrmals mit Uebelkeit und Erbrechen (gastrischem Fieber) verbunden, einmal (Fall 7) von solcher Heftigkeit, dass man an Cholera erinnert wurde, und es ist gewiss bemerkenswerth, dass zahllose „Choleraapilze“ die Stuhlgänge erfüllten. Am wenigsten sicher ist, worauf ich eigentlich am meisten gerechnet hatte, die Dauer der Incubation. Auch in Oberschlesien war es mir nicht möglich, bestimmte Zahlen für dieselbe zu finden (dieses Archiv Bd. II. S. 180, 261); die Incubation schwankte zwischen 9 und 14 Tagen und vielleicht noch mehr. Der eine meiner jetzigen Kranken war überhaupt nur 14 Tage im Krankenhause, als er erkrankte (Fall 2), der andere (Fall 3) 15 Tage; es ist daher nicht unwahrscheinlich, dass

die Incubation kürzer ist. Jedenfalls spricht der 3. Fall dafür, dass das Fleckfieber auch noch in seinen letzten Stadien ansteckt, denn Prietzsch kam am 3. April in die Charité, als Wachsmuth (Fall 1) sich schon der Reconvalescenz näherte. Man kann aber nicht wohl umhin, die Ansteckung des Prietzsch auf Wachsmuth zurückzuführen. Denn der einzige andere Fleckfieberkranke, der sich damals auf der Abtheilung befand (Schma, Fall 2), erkrankte erst am 12. April, also nur 6 Tage früher, als Prietzsch. Am auffälligsten bleibt die Erkrankung des Leichendienstlers (Fall 10), der, soviel sich feststellen liess, nur mit Leichen von Fleckfieberkranken in Berührung gekommen ist.

2.

Das Alter der Syphilis in Ostasien.

Von Rud. Virchow.

In der Sitzung der Berliner anthropologischen Gesellschaft vom 15. Januar 1870 (Zeitschrift für Ethnologie Bd. II. S. 156) habe ich eine Reihe alter Schädel besprochen, welche Hr. Fedor Jagor aus einer Höhle von Nipa-Nipa auf den Philippinen mitgebracht hat und an welchen sich unzweideutige Spuren von Syphilis vorfinden. Diese Sache ist in doppelter Beziehung von Bedeutung, einerseits für die Bestimmung des Alters der Schädel selbst, andererseits für die Bestimmung des Alters der Syphilis in Ostasien.

Im Verfolg seiner Studien über diesen Erdtheil ist Hr. Jagor auf eine, soviel ich sehe, bis jetzt unbekannte Stelle in dem wichtigen Werke von Ant. Pigafetta (*Primo viaggio intorno al globo terracqueo*. Ausgabe nach dem M. S. Codex der Ambrosiana in Mailand 1800. 4^o. p. 172) gestossen, welche beweist, dass die Krankheit schon zu Anfang des 16. Jahrhunderts die ostasiatischen Inseln erreicht hatte, also aller Wahrscheinlichkeit nach schon von den ersten Entdeckern dort eingeschleppt worden ist. Die Stelle lautet im Original:

„In tutte le ysolle havemo trovate in questo arcipelago regnia lo mal de S. Jop e più quivi (Timor), che in altro locho et lo chiamano for franchi, cioè mal portugese.“

Anmerkung des Herausgebers:

Se il mal di San Giobbe è il mal celtico, come i più vogliono, ecco trovato nelle Molucche e nelle Filippine a principio del secolo XVI, e dal vederlo chiamato mal portugese argomentar deggiamo che da Portoghesi sea stato colà portato. Potrebbe per mal di S. Giobbe interdersi la lepra non infrequente nell' Asia e nelle isole del Mar del Sud.

Die Uebersetzung lautet:

„Auf allen Inseln, die wir in diesem Archipel gefunden, herrschte die Hiobs-krankheit und hier (in Timor) mehr als an anderen Orten, und man nennt sie for franchi, das ist: portugiesische Krankheit.“