(Aus der Universitäts-Kinderklinik in Wien [Vorstand: Prof. Dr. Cl. Pirquet].)

Ernährungsversuche bei infektiösen Kindern.

I. Über die Durchführung quantitativer Ernährungstherapie der akuten Infektionskrankheiten.

Von

Prof. Dr. Franz v. Gröer.

(Mit 44 Kurvenbildern und 2 Textabbildungen.)

(Ausgeführt mit Unterstützung der Fürst Liechtensteinschen Spende.)

(Eingegangen am 27. Juni 1919.)

Das uralte Problem der Ernährungstherapie der Infektionskrankheiten nahm stets einen besonders breiten Raum in der praktischen Medizin ein. Während aber auf allen anderen Gebieten der Diätetik die qualitative Betrachtungsweise der Ernährung bis in die neuesten Zeiten vorherrschend war, fanden gerade bei der Regelung der Ernährung bei fiebernden Kranken die quantitativen Gesichtspunkte von alters her in erster Linie Berücksichtigung. Allerdings nur im Sinne der Einschränkung der Nahrungszufuhr.

Die obligate und bewußte Unterernährung sämtlicher Infektionskranken gehörte seit Hippokrates zum offiziellen Kredo des rationellen medizinischen Vorgehens. Diese Lehre hat sich durch Jahrhunderte hindurch nicht nur in der Medizin fast unausrottbar eingewurzelt, sie ist sogar in die Laienwelt gedrungen und wird auch hier bei jedem Ausbruch des Fiebers fast reflektorisch zur Anwendung gebracht. Unter „Diät“ wird ganz allgemein die Nahrungsentziehung und die Ernährung mit den Hippokratischen „Ptisanen“ verstanden, und auch die Mehrzahl der praktischen Ärzte steht heute noch — besonders wenn es sich um fiebernde Kinder handelt — im Banne des alten Spruches, daß durch die Nahrungszufuhr nicht der Fiebernde, sondern das Fieber genährt wird.

Diese Sachlage kann uns deshalb verwundern, weil ja mit dem Aufschwunge der modernen Medizin auch auf dem Gebiete der Ernährungsdiätetik der Infektionskrankheiten eine mächtige Reaktion

gegen die planlosen Hungerkuren einsetzte. Nach der für die damaligen Zeiten (Mitte des 19. Jahrh.) unerhört kühnen Pionierarbeit von Graves in Irland, Chossat und Trousseau in Frankreich drang die Abkehr vom Hippokratismus bei der Ernährungsbehandlung der Infektionskrankheiten gegen Ende der 70er Jahre des verflossenen Jahrhunderts allgemein durch. Durch die grundlegenden Arbeiten von Buss¹⁾ sowie besonders von dem genialen Münchener v. Hösslin²⁾ wurde dann einwandfrei nachgewiesen, daß die Inanition namentlich bei länger dauernden Infektionen erfolgreich bekämpft werden kann. 1883 stellte Bauer³⁾ sogar die Forderung auf, daß die Aufgabe der Nahrungszufuhr bei Fieber die Hintanhaltung des durch die Infektion herbeigeführten Gewebszerfalles sein muß. 1893 erschien endlich die v. Noordensche Pathologie des Stoffwechsels, welche die wichtigsten von den damals bekannten Erkenntnissen der Stoffwechsellehre auch in bezug auf den Stoffwechsel im Fieber zur Darstellung brachte und somit eine Basis für die rationelle — auch klinische Weiterarbeit auf diesem Gebiete schuf. Diese letztere ließ nicht mehr lange auf sich warten. Schon vier Jahre später erschien das zweite Standardwerk der modernen Ernährungsdiätetik, das von Leyden herausgegebene Handbuch der Ernährungstherapie⁴⁾. Alles was wir bis vor kurzem über die Praxis und angewandte Theorie der Ernährung wußten, ist in diesem bedeutungsvollen Buche mit positiver Kritik zusammengetragen worden. Eine geradezu erstaunliche Fülle nicht hoch genug einzuschätzender Ratschläge und Anregungen sowie wichtiger methodischer Winke, welche in einer aus der Feder von Leyden sowie Leyden und Klempner stammenden Darstellung bis heute unübertroffen sind und noch immer die Grundlage des rationellen medizinischen Vorgehens bilden sollten, wird dort auf dem Gebiete praktischer Ernährungstherapie geboten.

Und dennoch blieb die Wirkung des Leydenschen Werkes, welches nur noch eine zweite Auflage erlebte (1909), in der breiten ärztlichen Praxis aus.

Die allgemeine Ernährungstherapie blieb an den Fakultäten stiefmütterlich behandelt. Dem Studenten und dem fertigen Mediziner stehen nur selten die Möglichkeiten, sich ein praktisches, positives

¹⁾ Wesen und Behandlung des Fiebers. Stuttgart 1878.

²⁾ Virchows Archiv 89.

³⁾ Ziemssens Handbuch d. allg. Ther. Bd. 1, S. 187.

⁴⁾ Verlag G. Thieme in Leipzig.

Wissen auf dem Gebiete der Ernährungsdiätetik anzueignen, zur Verfügung. In den Lehrbüchern wird zwar meistens die Bedeutung sachgemäßer Ernährung der Infektiöskranken hervorgehoben, die Art aber, auf welche Weise diese zu erfolgen hat, mit nichtssagenden, oft irreführenden Schlagworten abgetan. Ans Bett des Kranken geführt, ist der nicht in der Ernährungskunde spezialisierte Arzt, was die Regelung der Ernährung betrifft, völlig hilflos und bedient sich wiederum allgemeiner Redensarten, ohne klar das Ziel und die Technik des zweckmäßigen Vorgehens zu übersehen.

Es ist lohnend, den Ursachen dieses erschreckenden und zur Vernachlässigung einer der wirksamsten Behandlungsmethoden führenden Nihilismus nachzugehen. Zunächst haben viele Tatsachen der modernen theoretischen Ernährungsforschung durch Mißverständnis und große Popularität hemmend auf die praktische Entwicklung quantitativer Ernährungslehre gewirkt. Zu solchen gehört z. B. die Pawloffsche Lehre von der Bedeutung der Verdauungssäfte für den Appetit. Weil der fiebernde Kranke appetitlos ist, soll er nach der mißverstandenen Pawloffschen Anschauung schlecht verdauen und ausnützen können. Die positiven Versuchsergebnisse derjenigen Autoren, welche das Gegenteil erwiesen haben, werden hierbei vergessen. Auch die so populäre Lehre von dem „toxogenen Eiweißzerfall“ bei Fieber wird bei der Betonung der Aussichtslosigkeit ausreichender Ernährung Infektiöskranker nicht nur im Gegensatz zum Altmeister Leyden, sondern auch den exakt experimentellen Ergebnissen der modernen Stoffwechselpathologie zum Trotze ins Feld geführt. Gerade in der für die Praxis bestimmten Literatur sind solche Auffassungen gang und gäbe. Albu¹⁾ z. B. verzichtet noch 1908 grundsätzlich auf die Erhaltung des Umsatzes bei Fieber und steht vollkommen auf dem hippokratischen Boden. Die Unterernährung im Verlaufe von Infektionen muß nach seiner Auffassung mit in Kauf genommen werden und kommt auch nicht in Betracht, „weil der Gewichtsverlust durch den Krankheitsprozeß selbst viel erheblicher ist“ (!!). Ewald²⁾ legt wiederum großes Gewicht auf die wahrscheinlich mangelhafte Ausnutzung der Nahrung im Fieber infolge des Versiegens der Sekretion der Verdauungsfermente und vermeidet, irgendwelche dezidierte und positive Vorschläge zu machen.

Nicht zuletzt kommt — trotz ihrer gerade auf dem Gebiete der Er-

¹⁾ Grundzüge der Ernährungstherapie. Verlag Enke, Stuttgart 1918. S. 50.

²⁾ Diät und Diätotherapie. Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien 1915.

nährungskunde so überaus intensiven Entwicklung — auch der modernen Kinderheilkunde ein Anteil an der Hemmung der rationellen, quantitativen Ernährungsbehandlung der Infektionen, namentlich beim jungen „nutrolabilen“ Kinde zu. Die geradezu krankhaft gesteigerte Angst vor der Überernährung, die mystischen Vorstellungen über die Bedeutung qualitativer Zusammensetzung der Nahrung zusammen mit der toxikologischen, aber nicht nutritiven oder energetischen Deutung der Nährstoffwirkungen, welche sich bei den unter dem Einflusse extremer pädiatrischer Richtungen ausgebildeten Ärzten regelmäßig einstellen, können nicht auf die Entwicklung der Ernährungstherapie der Infektionskrankheiten fördernd einwirken. So lehnt z. B. der Czernysche Schüler Klotz¹⁾ jeden Versuch, dem Eiweißzerfall im Fieber durch entsprechende Zufuhr von Kohlehydraten entgegenzutreten, von vornherein und ohne es versucht zu haben ab, weil dazu „so große Kohlehydratmengen erforderlich wären, wie sie selbst ein gesundes Kind kaum bewältigen kann“.

Bei weitem die größte ursächliche Bedeutung für die praktische Negativität bisheriger Ernährungstherapie der Infektionskrankheiten hat aber der Mangel einer einfachen, klinischen Methodik der individuellen Bestimmung des Nahrungsbedarfes.

Die erste Frage, welche jede rationelle Ernährungstherapie zu beantworten hat, ist die nach der Größe des Kostmaßes. Ist ihre Lösung auch für die rationelle Ernährung der Gesunden von ausschlaggebender Bedeutung, so bildet sie dort, wo uns der einzige natürliche Wegweiser der Nahrungsbemessung — der Appetit — im Stiche läßt, also beim Kranken überhaupt, die erste Voraussetzung des zielbewußten Vorgehens. Diese fundamentale Forderung muß doch von jedem Unvoreingenommenen rückhaltlos zugegeben werden. Haben wir früher auch nicht die entfernte Möglichkeit gehabt, den individuellen Nahrungsbedarf auch nur annähernd praktisch abzuschätzen, so war es jedenfalls nicht richtig, sich über diese traurige Tatsache durch doktrinaire Überlegungen hinwegzusetzen und sie in der Verworrenheit mehr oder weniger konstruierter Komplikationen zu ersticken. Die durch die Unmöglichkeit, eine wichtige Frage zu lösen, veranlaßten Versuche, die Bedeutung des ganzen Problems zu schmälern, haben sicherlich auf den Entwicklungsgang der Ernährungslehre hemmend gewirkt.

Die bisherige Negativität quantitativer Ernährung illustriert am

¹⁾ Bei Ewald, l. c.

schönsten folgendes Zitat aus Czerny-Keller [S. 54]¹⁾: „Wir haben schon . . . hervorgehoben, daß wir kein absolutes Maß haben, um für ein bestimmtes Kind die für den Augenblick notwendige Nahrungsquantität festzustellen, daß wir vielmehr von einer schätzungsweise gewählten, voraussichtlich unzureichenden Nahrungsmenge ausgehen und . . . die Steigerung der Nahrungsmenge so weit führen, bis wir die Überzeugung haben, daß sie genügend groß sei. Beim kranken Kinde stellen sich der Dosierung der Nahrung noch viel größere Schwierigkeiten entgegen. Für eine Berechnung liegen dabei gar keine Anhaltspunkte vor; denn sie setzt die Möglichkeit voraus, die Verwertung der einzelnen Nahrungsstoffe im Organismus abzuschätzen.“

Diese letztere Bemerkung kompliziert die Lösung des ganzen Problems derart, daß schon von vornherein an die prinzipielle Möglichkeit derselben gezweifelt werden muß. Daß sie aber alles eher als klar bezeichnet werden muß und erst eine Behauptung darstellt, fällt es natürlich einem im Banne der Autorität der Verfasser stehenden Leser keinesfalls leicht auf.

Die Vorausbestimmung des Kostmaßes würde aber erst dann die Durchführbarkeit rationeller Ernährungstherapie verbürgen, wenn die für den Kranken als zweckmäßig vorgeschriebene Nahrungsmenge auch tatsächlich — nach der erfolgten Wahl der Qualitäten ihrer Zusammensetzung — dem Kranken zugeführt werden könnte. Die Technik der erfolgreichen Nahrungsdarreichung bildet also die zweite Forderung, welche rationelle Ernährungstherapie der Infektionskrankheiten erfüllen muß. Ihre Erfüllung ist keinesfalls leicht, doch — prinzipiell wenigstens — technisch auf die gleiche Stufe mit der Darreichung von Medikamenten zu stellen, besonders solchen, welche an größeres Volumen gebunden sind, z. B. Bolusaufschwemmungen.

Das langersehnte Kriterium des individuellen Nahrungsbedarfes ist uns durch das Pirquetsche System der Ernährung gegeben worden. Die Frage, inwieweit sich die Pirquetsche Methodik der Nahrungsbemessung auch bei fiebernden Kranken durchführen lasse, war von prinzipieller Bedeutung, denn ihre positive Lösung würde uns erst eine greifbare Unterlage der Ernährungstherapie liefern. Ich habe diese Frage schon vor zwei Jahren aufgegriffen und möchte gleich vorwegnehmen, daß, wie es aus den Erfahrungen an bisher weit über 100 Fällen unzweideutig hervorgeht, die Pirquetschen Kriterien tatsächlich auch für die Ernährung der Infektionskranken ihre so hochbedeutsame

¹⁾ Des Kindes Ernährung. Deuticke, Wien.

praktische Gültigkeit besitzen. Während ich nun auf diese Verhältnisse, besonders auf die klinische Abschätzung des Nahrungsbedarfes bei fiebernden Kindern, in einer der nächsten Mitteilungen ausführlich eingehen werde, soll hier zuerst die Lösung der zweiten Forderung der Ernährungstherapie zur Darstellung gebracht werden — die Forderung der quantitativen Nahrungsdarreichung bei infektionskranken Kindern.

Die Unmöglichkeit, vorgeschriebene Nahrungsmenge dem Fiebernden auch tatsächlich beizubringen, hatte ebenfalls hindernd auf die praktische Durchführung der rationellen Ernährung im Fieber gewirkt. Sie zwang den Arzt, zu der einzigen technisch leicht durchführbaren quantitativen Ernährungsbehandlung immer wieder zu greifen — dem Hunger. Daß die Leydenschen Grundsätze sich nicht einbürgern konnten, liegt sicherlich zum Teil daran, daß er praktisch keine schlagenden Erfolge der ausreichenden Ernährung im Fieber demonstrieren konnte, weil es auch ihm nicht gelang, so viel, als es tatsächlich notwendig war, wirklich dem Kranken zuzuführen. Daß dies bei Erwachsenen noch viel schwieriger als bei Kindern sein muß, ist einleuchtend.

Ich habe mir zunächst vorgenommen, eine möglichst schonende und mit den einfachsten Behelfen arbeitende Methodik der natürlichen Nahrungsdarreichung auszuarbeiten, um dann die Durchführbarkeit quantitativer Ernährung auch im Fieber möglichst deutlich demonstrieren zu machen. Zu diesem Zwecke bemühte ich mich, nicht nur so viel Nahrung zuzuführen, als es notwendig war, um das Körpergewicht unverändert zu erhalten, sondern sogar um die Gewichtszunahmen während des Fiebers zu erzwingen. Ich habe Wert auf großes Material gelegt, daher benutzte ich als Kriterien der Ausnutzung und der Verwertung der Nahrung das Verhalten der Körpergewichtskurve sowie die genaue Klinik des Allgemeinbefindens. Der Stoffwechselversuch sollte nur zur Lösung von Detailfragen herangezogen werden. Die behandelten Kinder wurden aber auch nach der Entlassung fürsorglich in Evidenz gehalten und nachuntersucht, so daß ich mit gutem Gewissen von Dauererfolgen unserer Kuren sprechen kann. Die Durchführung dieser scheinbar so primitiven Versuche, welche jedoch — soweit ich sehe — in diesem Umfange und namentlich bei Kindern noch nie angestellt worden sind, und die einen beträchtlichen Aufwand an Arbeit und Geduld erforderten, gab uns noch die unschätzbare Befriedigung, den sorgenvollen Eltern blühende, gutgenährte Kinder bei der Entlassung zurückzugeben, Kinder, von welchen niemand nur geahnt hätte, daß sie soeben eine schwere Infektionskrankheit durch-

gemacht haben. Unsere Versuche erfüllten somit in den so schrecklichen Kriegsjahren auch einen sozialen Zweck. Hat das ausgehungerte Kriegskind noch das Unglück gehabt, an einer schweren Infektion zu erkranken, so sollte es im Spital die unfreiwillige Behandlungszeit gleichzeitig als Erholungs- und Mastkururlaub ausnutzen¹⁾.

Die Hindernisse, welche sich der Nahrungsdarreichung bei Infektionskranken entgegentürmen, sind vielfacher Art. Wir können sie in allgemeine und lokale einteilen. Zu den ersten gehört die mehr oder weniger ausgesprochene, oft völlige Anorexie. Die Appetitlosigkeit ist eines der konstantesten Fiebersymptome. Ihr Wesen ist noch völlig dunkel. Nach meiner Auffassung dürfte es sich hier um ein sekundäres Reaktionssymptom, eine Ablenkungserscheinung, welche durch die auf das Infekt folgende Reaktion des Organismus herbeigeführt wird, handeln (s. später). Sie ist sicher komplexer Natur und wird nicht nur durch die mangelnde Sekretion der Verdauungssäfte hervorgerufen, sondern ist auch die Folge der allgemeinen Herabsetzung der Bereitschaft zur Nahrungsaufnahme durch Muskelschwäche und Kaufaulheit, Unlustgefühle, psychische Depression u. dgl. mehr. Dieses Symptom ist — was nicht genug hervorgehoben werden kann — nicht nur an die erhöhte Temperatur gebunden, sondern es tritt des öfteren schon als Vorläufer der Temperatursteigerung während der Prodrome auf und auch — was mir sehr wichtig erscheint — überdauert es noch häufiger die Entfieberung. Dann kann es besonders verhängnisvoll wirken, namentlich bei heruntergekommenen tuberkulösen Individuen, welche im Anschluß an eine Infektionskrankheit noch in der Rekonvaleszenz an der Anorexie leiden und infolgedessen in ihrer Unterernährung weiter fortschreiten. Hierher gehört meines Erachtens die die Tuberkulose fördernde Wirkung der echten Grippe, welche Erkrankung durch eine direkte Trophophobie ausgezeichnet ist. Die höchsten Grade der Appetitlosigkeit werden bei Grippe, Masern, Scharlach, Typhus abd. und Ruhr beobachtet.

¹⁾ Bei der Durchführung meines Versuchsplanes war ich stets auf die opferfreudige, unermüdliche Mithilfe meiner ehemaligen Stationsschwester Sr. Madeleine Gaule angewiesen und habe hauptsächlich ihrer pflegerischen Kunst zu verdanken, daß die Versuche so glänzende positive Ergebnisse zeitigen konnten. Nicht selten waren die Schwierigkeiten der Nahrungsdarreichung bei den mit getrübttem Sensorium daliegenden und stets völlig appetitlosen kleinen Patienten Gegenstand lebhafter Diskussionen mit den Schwestern der Heubner-Abteilung, welche sämtlich im Wunsch, eine neue und erfolgreiche Art der Nahrungsdarreichung zu erdenken, wetteiferten.

Das zweite allgemeine Symptom der Infektionskrankheiten, welches der Nahrungsdarreichung unter Umständen unüberwindliche Schwierigkeiten bereitet, ist das Erbrechen. Auch das ist eine komplexe Erscheinung. Die Kenntnis ihrer Genese hat für Prognose ihrer Bekämpfung große Bedeutung. Handelt es sich um eine genuine Reaktionserscheinung, sei es infolge allgemein toxischer Wirkungen, sei es infolge bestimmter Lokalisation des Krankheitsprozesses (zentral bei Meningitis z. B., peripher z. B. bei Erkrankungen des Darmtrakts), dann ist ihre Bekämpfung sehr erschwert. Tritt aber das Erbrechen rein reflektorisch auf, z. B. als Folge extremer Appetitlosigkeit oder im Anschlusse an einen Hustenanfall, dann sind die Bekämpfungsaussichten günstiger.

Als drittes Hindernis allgemeiner Natur, welches sich aber nur bei schweren Erkrankungen und gewöhnlich nur vorübergehend — außer bei Typhus — der Nahrungsdarreichungstechnik entgegenstellt, ist die **T r ü b u n g d e s S e n s o r i u m s**.

Viertens schließlich kann auch die Kreislaufsschwäche die Nahrungsaufnahme erschweren.

Die lokalen Hindernisse ergeben sich aus der jeweiligen Lokalisation des Krankheitsprozesses oder seiner Symptome. Zuerst kommen Erkrankungen der Mundhöhle und des Rachens in Betracht, welche Schmerzen beim Essen und Schlucken verursachen. Dann können — wie beim Tetanus — die Muskelkrämpfe das Öffnen des Mundes, das Kauen und Schlucken unmöglich machen. Auch die Erkrankungen der Luftwege, namentlich wenn sie mit Husten einerseits, mit Dyspnöe andererseits verbunden sind, können zum gelegentlichen Erbrechen bzw. zur ängstlichen Meidung der Nahrungsaufnahme, welche stets die Dyspnöe steigert, führen. Endlich, wie bereits erwähnt, können bestimmte Lokalisationen (Zentralnervensystem, Darmtraktus, Peritoneum) das Erbrechen bedingen.

Das methodische Vorgehen bei der Bekämpfung aller dieser Schwierigkeiten hat vor allem einige allgemeingültige Regeln zu berücksichtigen.

Eine außerordentlich große Rolle spielt das Auftreten des Pflegepersonals gegenüber dem kranken Kinde. Die liebevolle und doch bestimmte Behandlung der kleinen Patienten muß in erster Linie das Vertrauen derselben zu gewinnen suchen, ohne jedoch die Autorität einzubüßen. Ist man gezwungen, während der Mahlzeit streng vorzugehen, so sei man in den Zwischenpausen bedacht, dennoch die Zu-

neigung des Patienten zu gewinnen. Zureden bei den älteren, Fesselung der Aufmerksamkeit durch Spiel und Erzählung während der Mahlzeiten bei den kleineren, nicht bewußtlosen Kindern, jedoch unter Vermeidung der Ermüdung, Belohnung der willigen Aufnahme der Nahrung nicht bloß durch leere Versprechungen, sondern tatsächliche Bereitung kleiner Freuden, können allein schon Wunder wirken. Das Pflegepersonal möge jeden Löffel der vorgeschriebenen Speise als ein Medikament auffassen, welches unbedingt und quantitativ restlos zugeführt werden muß. Gewaltakte und Aufregungsszenen, namentlich bei schwerkranken Patienten mit nicht mehr intaktem Kreislauf, sind peinlich zu vermeiden. Die Fütterung muß langsam, nicht hastig erfolgen, unendliche Geduld ist stets erforderlich. Wichtig ist die richtige Erfassung des Augenblickes, wann die Fütterung aufhören soll. Auf einen Teelöffel zuviel erfolgt oft ein heftiges Erbrechen, welches die ganze Arbeit zunichte macht. Eine erfahrene Schwester hört mit dem Füttern auf, bevor das erfolgt ist. Die individuellen Fähigkeiten, die Übung und der Wille der Schwester spielen die allergrößte Rolle. Wichtig ist, daß stets eine und dieselbe Schwester, an die sich das Kind bereits gewöhnt hat, die Fütterung vornimmt. Jeder Wechsel ist anfangs von Mißerfolg begleitet. Bei den Bewußtlosen muß die Nahrung äußerst vorsichtig eingeflößt werden, nur hier ist die Sondenfütterung vielleicht noch das sicherste Mittel. Wir sind dennoch meistens ohne diesen gewaltsamen Behelf ausgekommen. Bei den Säuglingen sind die Schwierigkeiten geringer. Will das Kind den Sauger nicht nehmen, so kann es anstandslos mit dem Löffel gefüttert werden. Auch die Löffelfütterung, welche sonst auch methodisch wichtig ist, erfordert besondere Übung. Der Löffel darf nicht zu oberflächlich, aber auch nicht zu tief eingeführt werden.

Das Volumen der Nahrung muß möglichst klein, die Brennstoffkonzentration also hoch sein, damit die Zuführung notwendiger Calorienmengen überhaupt ermöglicht werde. Gewöhnlich kommt man mit einer Nahrung aus, welche in 1 g doppelt so viel Calorien enthält als 1 g Milch (Doppelnahrung). Solche Nahrung ist z. B. die bis auf 17% mit Rohrzucker versetzte Vollmilch, nach entsprechender Vorschrift bereitete Einbrennsuppe oder Grießbrei. Mitunter ist auch diese Konzentration noch zu niedrig. Dann gaben wir vorübergehend sogar dreifache Nahrung (1 g = 3 Nem), und falls es nicht anders ging, ergänzten wir das Wasser durch Kochsalz- bzw. Ringerinfusionen. Das Wasser, namentlich bei Erkrankungen, welche mit Säfteverlusten einher-

gehen, muß reichlich bemessen werden. Die Patienten dürfen nach ihrem Durst trinken. Die Befriedigung des Durstes ist oft eine sehr wirksame Belohnung der Nahrungsaufnahme. Also in der Regel erst nach der Mahlzeit trinken lassen! Manchmal ist aber — weil appetitanregend — das Umgekehrte empfehlenswert, nie aber bis zur völligen Stillung des Durstes. Das erstere ist auch vom Standpunkte der Mundpflege empfehlenswert. Die mittleren Wasseraufnahmen bei fiebernden Kranken entsprechen einer Konzentration der Nahrung von 1,5 Nem in 1 g. Seltener ist die Wasseraufnahme so groß gewesen, daß das Verhältnis 1 Nem in 1 g erreicht wurde.

Die Nahrung muß bei den müden, kausalen Patienten flüssige bis breiige Konsistenz besitzen. Auch auf die Temperatur der Speisen muß geachtet werden. Sie ist individuell und dem Wunsche des Patienten anzupassen. Man verabreiche sowohl kühle als warme Speisen, nie aber laue, welche den Brechreiz verstärken. Selbstverständlich ist den Wünschen des Patienten auch sonst, was seinen Geschmack und seine ästhetischen Gefühle anbelangt, Rechnung zu tragen. Schon der berühmte Salernitaner Musandinus empfahl, den Kranken die Nahrung „in vaso pulchro“ zu servieren. Die Nahrung muß auch appetitlich sein.

Die Mahlzeiteinteilung und ihre Größe können nicht schematisiert werden. Sie richten sich nach dem Augenblick. Jedenfalls werden die Mahlzeiten eher klein als groß zu wählen sein, doch wenn gerade eine Temperaturremission, ein Augenblick klareren Sensoriums, ein momentanes Verlangen nach einer bestimmten Speise sich einstellen, so mögen sie ausgenutzt werden. Auch bei Nacht, wenn die Kinder aufwachen oder nicht schlafen können, kann die Nahrung gegeben werden, falls die Patienten bei Tag nicht auf ihre Rechnung gekommen sind. Die Mahlzeiteinteilung richtet sich nach den für Nahrungsaufnahme günstigen Augenblicken. Mit der fortschreitenden Rekonvaleszenz werden die Mahlzeiten immer größer und seltener; zum Schluß soll der Patient wiederum an systemisierte Mahlzeiteinteilung gewöhnt werden.

Nach der Nahrungsaufnahme muß der Patient sich ruhig verhalten. Sehr zweckmäßig ist dabei die höhere Lagerung des Oberkörpers bei guter Polsterung des Rückens.

Das Gebrochene soll bei streng quantitativem Vorgehen gewogen, der entsprechende Verlust nachgefüttert werden. Manchmal ist die Änderung der chemischen oder physikalischen Qualität der Nahrung

von Erfolg. Man hüte sich stets, jedes Erbrechen als unvermeidliche Folge der Krankheit aufzufassen. Oft genug kommt es vor, daß die Kinder erbrechen, weil ihnen die Nahrung nicht schmeckt oder Widerwillen erregt. Die Durchführung des Nachfütterungsprinzips ist oft genug gerade dort, wo das Erbrechen ausschlaggebend ist, mit unüberwindlichen Schwierigkeiten verbunden.

Außerordentlich wichtig sind die allgemein optimalen Pflegebedingungen. Die Kinder, an welchen die vorstehenden Versuche ausgeführt worden sind, befanden sich in jeder Hinsicht in idealen Verhältnissen. Jedes einzelne Kind muß individuell gepflegt werden. Peinliche Mundpflege, frische Luft, Fülle von Licht, unter Umständen Freiluft- und Sonnenbäder auch in den akutesten Stadien, lustige, mit dem raffiniertesten Luxus modernster Spitaleinrichtung ausgestattete freundliche Umgebung, chirurgische und ästhetische Reinlichkeit, Bäder, Beschäftigung mit den Kranken, Spielzeuge u. dgl. m. tragen sicherlich das ihre zu den Erfolgen bei. Die luxuriöse Pflege unserer Patienten ist die einzige Schwierigkeit unseres Verfahrens. Ich bin mir ihrer Bedeutung wohl bewußt. Sonst arbeiteten wir auf eine denkbarst primitive Art. Die ganze Behandlung war Pflege und Ernährung. Von den Medikamenten gebrauchten wir höchstens Analeptica und seltener Narkotica. Die Antipyrese wurde ausschließlich durch hydriatische Prozeduren angestrebt.

Was unseren Speisezettel anbelangt, so war derselbe für die Kriegsverhältnisse und im Vergleich mit den anderen Abteilungen der Klinik, wohl als luxuriös zu bezeichnen (Milch, Zucker, Butter, Eier, Grieß, Weißbrot, fein passiertes Gemüse), dennoch, absolut genommen, äußerst einfach. Weder Alkohol noch die „roborierenden“ — leider noch immer auch von den ernstesten Autoren gelegentlich empfohlenen — Eiweißpräparate fanden Anwendung.

Bei der Bemessung der Tagesmenge an Energie richteten wir uns nach den Pirquetschen Kriterien. Wir gingen zuerst tastend, staffelförmig vom Minimum (3 dn auf jeden Quadratcentimeter des Sitzhöhequadrates) aus vor, um die Gewichtszunahme zu erzwingen. Später, als wir sahen, daß der sofortigen Verschreibung optimaler Nahrungsmengen nichts im Wege steht, gaben wir von Anfang an die voraussichtlich genügende Menge. Die Registrierung der Resultate erfolgte durch meist tägliche Wägungen (netto). „Die Wage ist die sicherste Instanz, welche über den Fortgang der Ernährungskur entscheidet“, sagt Leyden mit Recht, namentlich wenn man gelernt hat, den Gang

der Gewichtskurve richtig zu beurteilen. Auch das sonstige Befinden des Kranken durfte nicht übersehen werden.

Die methodischen Einzelheiten sind nun aus der Beschreibung der Einzelfälle zu entnehmen. Ich verweise diesbezüglich besonders auf die Bekämpfung der lokalen Hindernisse der Nahrungsaufnahme.

Ich beginne nun mit der Besprechung einzelner Infektionskrankheiten mit denjenigen, welche vorwiegend Allgemeinerscheinungen hervorrufen. Diese sind besonders geeignet zur Demonstration allgemeiner Fieberwirkungen und ihrer Bekämpfung in bezug auf die Nahrungsdarreichung.

Kurve 1. Eduard Maichle, 18 Monate, Scharlach III.

1. Scharlach.

Auf die rationelle Regelung der Diät bei Scharlach wird allgemein großes Gewicht gelegt. Allerdings wird dabei nur an die Qualität der Nahrung gedacht. Seit den Versuchen von Pospischill wissen wir zwar, daß diese keine so überaus große Rolle für das Zustandekommen der Nephritis postscarlatinosa spielt, dennoch ist die reizlose Kost bei Scharlach üblich. Über quantitative Dosierung bei Scharlach, wie auch bei fast allen anderen Infektionskrankheiten fehlen die Angaben so gut wie vollständig. Die bekannten Anschauungen der

Pädiater, daß überernährte Kinder besonders schwer an Scharlach erkranken, welche in der Ansicht Czernys, an Scharlach können überhaupt nur die im Sinne der Überernährung fehlerhaft ernährten Kinder erkranken, ihr Extrem finden, dürften wohl die meisten Praktiker an wenigstens relative Hungerkuren bei Scharlach ermahnen. Während der Kriegszeiten haben wir jedoch gesehen, daß auch äußerst und chronisch abgemagerte Kinder wohl schwere toxische Formen dieser Infektionskrankheit durchzumachen hatten, und man wird mir doch

Kurve 2. Jaroslaw Kotiza, 2½ Jahre, Scharlach II.

recht geben müssen, wenn ich in solchen Fällen für ausreichende Ernährung gesorgt habe.

Die 7 Scharlachfälle meines Materials illustrieren ziemlich vollständig sämtliche Vorkommnisse, welche bei dieser schwersten Infektionskrankheit des Kindesalters in Betracht kommen (vgl. Kurven 1—7 und die entsprechenden Krankengeschichten am Schlusse der Abhandlung). Ein Blick in die Kurven genügt, um die Überzeugung zu gewinnen, daß nicht nur eine ausreichende Ernährung, sondern eine Gewichtszunahme bei Scharlach möglich ist. Besonders lehrreich sind die Fälle 1, 2 und 6, weil wir hier mit länger dauernder Fieberperiode bzw. mit sehr schweren Verlaufsformen zu tun hatten. Der Fall 1 betrifft einen schwersten toxischen Scharlach bei einem 18 Monate alten Kinde mit

ungünstiger Prognose (Scharlach III), welcher daher mit Moserserum behandelt wurde. Die großen Serummengen hatten Serumkrankheit zur Folge. Daher könnte eingewendet werden, daß die Gewichtszunahme, namentlich zu Beginn, durch Wasserretention bedingt sei. Tatsächlich sehen wir, daß gegen das Ende der Tafel die Gewichtskurve nach anfänglicher Verflachung eine Senkung aufweist, um sich dann wieder aufzurichten. Es ist sicherlich möglich, daß ein Teil der Zunahme in diesem Falle auf Kosten des Wassers erfolgt war. Doch es besteht

Kurve 3. Franz Seidl, 4 1/2 Jahre, Scharlach I.

für mich kein Zweifel, daß, abgesehen von der fraglichen Wasserretention auch wirklicher Ansatz stattgefunden hat. Das beweist der weitere Verlauf der Kurve und die Erhaltung des Gewichtes nach der Entlassung. Und das trotz der über 5 Wochen währenden Fieberperiode um 39°, schwerer toxischen Erscheinungen und Nachkrankheiten. Der Fall 5 war ebenfalls sehr schwer, wenn auch ohne Nachkrankheiten verlaufend. Vom dritten Behandlungstag haben wir hier dennoch eine steile Zunahme, welche bis zum Schluß der Rekonvaleszenz 4 kg beträgt! Sehr interessant ist der Fall 6. Hier hatten wir mit einer mittelschweren Erkrankung zu tun, welche aber durch lange und komplizierte Fieber-

periode ausgezeichnet war und zur Nephritis geführt hat. Die Wasserretention infolge der Nierenschädigung kommt auf der Kurve wunderbar zum Ausdruck, sie ist aber von kurzer Dauer, der Ansatz schreitet trotz der Nephritis weiter, erreicht zum Schluß der Rekonvaleszenz bei gesteigerter Diurese 5 kg.

Daß der Ansatz während des Fiebers nur durch die Überwindung der Appetitlosigkeit und entsprechend bemessene Zufuhr von Nahrungsenergie bedingt ist, zeigen die Kurven 2 und 7. Bei dem Falle 2 gelang

Kurve 4. Adolf Pusemann, 8 Jahre, Scharlach I.

es uns nicht, dem Patienten so viel Nahrung während der akuten Fieberperiode beizubringen, als es notwendig gewesen wäre, um die Gewichtskurve zum Anstieg zu zwingen. Die Appetitlosigkeit war sehr groß und überdauerte den Temperaturabfall um 5 Tage. Die noch nicht eingeübte Schwester, welcher die Pflege dieses Patienten anvertraut war, brachte es nicht fertig, ihm die vorgeschriebenen 6 dmsq während dieser Zeit beizubringen. Aber die Abnahme betrug während dieser Zeit nur wenig über $\frac{1}{2}$ kg. Im Falle 7 haben wir uns absichtlich auf den Appetit verlassen, um auch grob klinisch den Unterschied im Gange der Gewichtskurve bei unzureichender Ernährung zur Darstellung zu bringen.

Wir ließen den Patienten nicht vollständig hungern, zwangen ihn zur Aufnahme von 3 dnsq, d. i. der Minimalquote der Gesunden, ließen ihm aber darüber die vollste Freiheit. Es handelte sich nur um einen mittelschweren Fall. Die Abnahme betrug in der ersten Behandlungswoche $1\frac{1}{2}$ kg! Die Appetitlosigkeit dauerte noch länger. Wir waren

Kurve 5. Friederike Kaudutsch, 11 Jahre, Scharlach I.

aber bereits genügend von der Wirksamkeit des Hungers überzeugt und haben den Versuch nicht mehr weiter in derselben Richtung fortgesetzt. Nach einer Woche bekam der Patient 5 dnsq, dann — mit Rückkehr des Appetits — 6 dnsq. Von diesem Zeitpunkt an sehen wir die Umkehr der Gewichtskurve. Bemerkenswert war, daß es dem Kranken während der Hungerperiode, besonders was den Kreislauf anbelangt, schlecht ging.

Die leichteren Fälle (3 und 4) ließen sich ohne große Schwierigkeiten

von Anfang an ausreichend ernähren. Interessant ist der Verlauf der Gewichtskurve in Fall 3. Auf den anfänglich steilen Anstieg folgt eine Verflachung. Das Kind befand sich im Gegensatz zu den übrigen Fällen (mit Ausnahme des Falles 5) im guten Ernährungszustand und konnte

Kurve 6. Josef Leitner, 13 Jahre, Scharlach II.

daher nur schwer gemästet werden. Daß wir im Falle 5 trotz des noch besseren Ernährungszustandes und derselben Nahrungsbemessung glatte Mast erzielen konnten, beruht vielleicht darauf, daß es sich hier um einen schweren Fall handelte, bei welchem durch intensivere Schädigung stärkere reaktive Tendenz zur Reparation ausgelöst wurde.

Die Technik der Nahrungsdarreichung in diesen Fällen entsprach vollkommen dem bei der Erörterung der allgemeinen Grundsätze der Ernährungstechnik Gesagten und ist, was die Details anbelangt, aus den Krankengeschichten ersichtlich. Häufige, unregelmäßige Mahlzeiten, konzentrierte, flüssige, oft eisgekühlte Nahrung (17proz. Zuckervollmilch) waren die wichtigsten Behelfe.

Kurve 7. Ludwig Müller, 12 Jahre, Scharlach II.

2. Masern.

Masern gehören neben Grippe und Typhus abd. zu den am schwersten der quantitativen Ernährungstherapie zugänglichen Infektionskrankheiten. Vielleicht bilden sie zusammen mit der Säuglingsgrippe die einzige Gruppe von Infektionen, bei welchen der Ansatz nicht regelmäßig zu erzwingen ist. Die Appetitlosigkeit erreicht hier die höchsten Grade. Auch scheint die Ausnutzung der Nahrung ebenfalls eine mangelhafte zu sein. Unter 6 Fällen gelang es mir nur einmal, eine Gewichtszunahme bei Masern zu erreichen (vgl. Kurve 8). Es handelte sich um

ein 14 Monate altes Kind, welches mit Diphtherie im Inkubationsstadium der Masern eingeliefert wurde. Sonst erreicht man bestenfalls nur das Stationärbleiben des Gewichtes. Manchmal ist es bei der Anwendung der ganzen Kunst nicht möglich, genügend Nahrung zuzuführen (vgl. Fall 9), manchmal erreicht man trotz anscheinend genügender Nahrungsbeurteilung und normaler Verdauung keine Zunahme (vgl. Fall 10). Die Wasserretention scheint bei Masern eine große Rolle zu spielen, ähnlich wie bei der Serumkrankheit. Öfters ist das Erbrechen so intensiv, daß jeder Versuch, die Nahrung beizubringen, scheitern muß. Es ist nicht von der Hand zu weisen, daß der Masernprozeß auch die Schleimhaut des Verdauungstraktes ergreift. Anlässlich einer schweren Masernepidemie, die im russischen Heer unter den noch nicht durchmaserten buriatischen Arbeitern wütete, konnte Zieliński¹⁾ wichtige pathologisch anatomische Befunde erheben, welche

Kurve 9. Auguste Trinkler; 3½ Jahre, Masern, Pneumonie, Stomat. aphthosa.

Kurve 8. Karl Rade, 14 Monate, Diphtherie-Masern.

Kurve 10. Ilse Störk, 8 Jahre, Masern.

entschieden für die Verteilung der enanthematischen Prozesse auch für die Magenschleimhaut sprechen. Alle diese Verhältnisse bedürfen einer

¹⁾ Sitzungsbericht der poln. Gesellschaft für Kinderheilk. Warschau, Jan. 1919.

Kurve 11. Johann Cracek, 13½ Jahre, Grippe.

Kurve 13. Robert Czerny, 2¾ Jahre, Typhus abdominalis.

eingehenderen Klärung und sind sicherlich auch theoretisch von großem Interesse.

Indessen ist schon der Erfolg, masernkranke Kinder so zu ernähren, daß sie nicht oder nicht wesentlich an Körpergewicht abnehmen, von nicht zu unterschätzendem Werte. Auch bei Masern überdauert die Appetitlosigkeit den Temperaturabfall. Die Tuberkuloseanergie kann daher wesentlich durch Inanition gefördert werden.

3. Grippe.

Ganz ähnlich steht es mit der Grippe. Es ist das eine Infektionskrankheit, welche sogar beim Säugling ernährungstechnisch außerordentlich schwer zu behandeln ist. Die Appetitlosigkeit erreicht hier die Gestalt

Kurve 12. Wiscky Zita, 2½ Jahre, Grippe-Pneumonie.

einer Trophophobie und kann einige Wochen nach der Entfieberung noch andauern. Nur einmal unter 10 Fällen ist es uns gelungen, glatte Mast während der Grippe zu erzwingen (Fall 11). Die Erhaltungskost erreichten wir dennoch regelmäßig, sogar bei schweren Fällen mit Erbrechen, wie im Falle 12. Die Bedeutung quantitativ ausreichender Ernährung für die Behandlung der Grippe und ihrer Folgezustände ist nach ganz ähnlichen Gesichtspunkten zu beurteilen wie bei Masern.

4. Typhus abdominalis.

Die Ernährungsverhältnisse bei Typhus abd. sind am besten bekannt. Fast sämtliche Ernährungs- und Stoffwechselversuche, welche bei Infektionskrankheiten angestellt worden sind, beziehen sich auf Typhus abd., allerdings fast ausschließlich der Erwachsenen. Noch

Leyden mußte zugeben, daß es bei dieser langdauernden Infektion nicht gelingt, die „Konsumption“ gänzlich zu verhindern, wohl aber durch entsprechende Nahrungszufuhr einzuschränken. Seither ist es amerikanischen Autoren [Shaffer]¹⁾ aufs glänzendste gelungen nachzuweisen, daß durch erhöhte Calorien- und — was sehr wichtig ist — durch Steigerung der Kohlehydratzufuhr auch die Typhuskranken

Kurve 14. Franz Bratena, 10 Jahre, Typhus abdominalis.

während des ganzen Krankheitsverlaufes im Stickstoffgleichgewicht erhalten werden können. Die Praxis nimmt dennoch auf diese exakten Forschungsergebnisse keine entsprechende Rücksicht. Nicht nur wird gewöhnlich bei Typhus mehr der Appetitlosigkeit als dem Nahrungsbedarf Rechnung getragen, sondern es herrscht hier noch immer, und das trotz Graves, Buss, v. Hoesslin, Leyden, Barrs, Müller, Mathes u. v. a., die Ansicht, daß auch in der Rekonvaleszenz die

¹⁾ Zit. nach G. Lusk, Ernährung und Stoffwechsel. 2. Aufl. Wiesbaden 1910.

Nahrung knapp zu bemessen sei. Da quantitative und qualitative Begriffe der Ernährungslehre in der Praxis oft zusammengeworfen werden, wird öfters auch die qualitativ einwandfreie Kost, nur weil sie quantitativ über das gewohnte Hungermaß hinausgeht, gefürchtet, da sie angeblich zu Rezidiven führen soll. Man ist sich der Inkonsequenz solcher Anschauung kaum bewußt, wenn man die Darmreizung durch Nahrung befürchtet, gleichzeitig aber z. B. Bolus alba oder Tierkohle — welche Mittel sicherlich mechanisch nicht indifferent sind — gerade bei

Kurve 15. Marie Duchet, 11 Jahre, Typhus abdominalis.

infektiösen Darmerkrankungen verordnet. Gerade bei Typhus sollte man sich stets an den berühmten Ausspruch Leydens erinnern: „Die erste Bedingung, damit ein Patient eine langwierige Krankheit, welche an sich noch heilbar ist, überwindet, ist die, daß er am Leben bleibt“, d. h. nicht an Inanition zugrunde geht.

Ich habe in meinen Fällen während der Fieberperiode bestenfalls die Verhinderung der Gewichtsabnahme (Kurven 13 und 15) erreichen können. Zum Ansatz kam es bisher nie, wohl deshalb, weil die Appetitlosigkeit auch hier oft unüberwindlich ist und weil wir bei der geringen Anzahl der Typhusfälle, welche auf unsere Abteilung kamen, vielleicht

die richtige Technik der Nahrungsdarreichung noch nicht erlernen konnten. Sobald aber der Appetit sich besserte, wurde jedoch in jedem Falle zur ausreichenden Ernährung geschritten, wodurch wir glänzende Zunahmen erzielen konnten, ohne uns von der Schädlichkeit dieses Verfahrens zu überzeugen. Die alte Befürchtung der rezidivauslösenden

Kurve 16. Johanna Böcke, 12 Jahre, Typhus abdominalis.

Wirkung quantitativ ausreichender, jedoch reizloser und schlackenarmer Kost in der Typhusrekonvaleszenz kann bei Kindertyphus, welcher durch einen so ausgesprochen unregelmäßigen Verlaufsscharakter und Neigung zu Rezidiven ausgezeichnet ist, überhaupt nicht ins Feld geführt werden, weil ihre Stiehhaltigkeit sich nicht beweisen läßt. Im Falle Bratena (Kurve 14) haben wir von der Forcierung der Ernährung im akuten Stadium gänzlich Abstand genommen, weil wir den schäd-

lichen Einfluß der Aufregung, welche bei jedem Versuch der Nahrungsdarreichung ausgelöst wurde, auf den Kreislauf befürchten mußten. Es ist aber sehr lehrreich, die durch ungenügende Ernährung in diesem Falle hervorgerufene enorme Gewichtsabnahme ($2\frac{1}{2}$ kg) ins Auge zu fassen, besonders im Vergleich zu dem viel schwereren Fall 13, welcher reichlicher ernährt worden ist. Ganz ähnlich steht es mit den Fällen 16 und 17 (leichtere Fälle), welche ohne wesentlichen Zwang in der Fieberperiode ernährt wurden.

Kurve 17. Josef Wöllny, 12 Jahre, Typhus abdominalis.

5. Pneumonie.

Zu den konsumptiven, wenn auch lokalisierten Infektionen gehört auch Pneumonie, sowohl die genuine als die lobuläre. Diese letztere stellt infolge des öfters protrahierten Verlaufes besondere Aufgaben an die sachgemäße Ernährung. Wir haben hier nicht nur mit Überwindung

der toxischen Fieberwirkungen und der Appetitlosigkeit zu tun. Auch Hindernisse lokaler Natur gesellen sich zu denjenigen Faktoren, welche die Nahrungsaufnahme erschweren. Zu solchen gehören Dyspnoe und der Hustenreiz. Jeder mit der Pflēgetechnik vertraute Arzt weiß, wie schwer es ist, namentlich pneumoniekranke Säuglinge und junge Kinder zu ernähren. Atemnot, Ängstlichkeit, Würgen und vom Brechakt gefolger Husten müssen geschickt und langsam überwunden werden. Langsame Löffelfütterung, breiartige Konsistenz der Nahrung, kleine Schluckportionen, häufige Unterbrechungen der Fütterung, Herumtragen dazwischen, Bäder und sonstige Belebungsmittel helfen, richtig angewandt, über das Schwierigste hinweg. Daß es bei richtiger Pflēgetechnik gelingt, auch bei sehr

Kurve 18. Friedrich Valant, 8 Wochen, Pneumonie.

Kurve 19. Dagmar Janesch, 19 Monate, Bronchopneumonie mit nachfolgender lobulärer Pneumonie.

Kurve 20. Leopold Redl, 3 Jahre, Pneumonie.

Kurve 21. Adam Čížek, 10 Wochen, Meningitis cerebrospinalis epidemica.

schweren Fällen die Patienten so zu ernähren, daß sie auch im akuten Stadium auf ihre Rechnung kommen, möge an der Hand folgender 3 Fälle gezeigt werden.

Kurve 18 zeigt den Gewichtsverlauf bei einem Säugling von 2½ Monaten mit schwerer Lobulärpneumonie. 17proz. Zuckervollmilch, vorsichtige Löffelfütterung, Herumtragen vor und ruhige Lagerung mit Hebung des Oberkörpers nach der Mahlzeit, warme Bäder mit kühlen Übergießungen bewirkten, daß das Kind keine Gewichtsabnahme zeigte und in der Rekonvaleszenz prachtvoll zunahm. Besonders schwer war auch der Fall 19. Hier schloß sich die Bronchopneumonie an abgelaufene Masern an. Nach 10 fieberfreien Tagen trat eine schwere lobäre Pneumonie auf. Es handelte sich dabei

um ein infolge monatelangen nervösen Erbrechens atrophisches Kind von 16 Monaten. Daß ähnliche Erfolge auch bei älteren Kindern gelingen, zeigt der Fall 20, welcher an schwerer lobärer Pneumonie litt.

6. Meningitis cerebrospinalis epidemica.

Die Bedeutung sachgemäß durchgeführter Ernährung für die Behandlung der epidemischen Genickstarre wird öfters in der Literatur hervorgehoben. Die Schwierigkeiten der Nahrungsdarreichung sind hier durch das Erbrechen bedingt, welches sich sowohl am Anfang des

akuten Stadiums als Folge des Hydrocephalus einzustellen pflegt. Beides läßt sich dennoch — besonders im Säuglingsalter — überwinden. Als Beispiel einer wohl gelungenen Ernährungskur bei einer sehr schweren Meningitis eines 10 Wochen alten Säuglings möge die Kurve 21 angeführt werden. Diese Gewichtskurve eines so schwer kranken und durch 4 Wochen fiebernden Säuglings ist die eines gesunden Brustkindes. Nur in der ersten Woche war Löffelfütterung notwendig. Bemerkenswert war, daß das Kind den unmittelbaren Übergang von der Mutterbrust auf 17proz. Zuckervollmilch anstandslos vertrug, und das durch 5 Beobachtungswochen. Es wurde auch später in der Säuglingsfürsorgestelle weiterbeobachtet und gedieh tadellos.

Die Gewichtszunahmen bei epidemischen Genickstarren können unter Umständen auf Wasserretention (Hydrocephalus) beruhen. In unserem Falle ist das nicht der Fall gewesen, denn der Hydrocephalus kam während der Beobachtungszeit auf der Station, wie wir uns durch regelmäßige Messungen des Kopfumfanges überzeugen konnten, nicht in nennenswerter Weise zur Ausbildung. Daß aber eine cerebrospinale Meningitis bei knapper Ernährung regelrecht abnimmt, zeigt der folgende Fall 22. Dieser Fall wurde von Privatdozent Rach beobachtet und bei sehr knapper Ernährung gehalten. Die Gewichtsabnahme ist trotz des unvergleichlich leichteren Verlaufes außer-

Kurve 22. Grete Riedl, 7 Jahre, Meningitis cerebrospinalis epidemica.

Kurve 23. Anna Lehner, 6 Tage, Erysipel.

ordentlich instruktiv, sie betrug während der Fieberperiode 1 kg in $2\frac{1}{2}$ Wochen.

Als Beispiel einer lokalen Infektion, welche aber nur durch Allgemeinerscheinungen zur Störung der Nahrungsaufnahme führen kann,

seien 3 Fälle von Erysipel angeführt.

7. Erysipel.

Bei dem Fall 23 handelte es sich um ein 6 Tage altes Neugeborenes mit Erysipel des linken Unterarmes und der linken Hand. Ohne Lokalbehandlung gingen die Erscheinungen einschließlich der Ödeme gerade in der Zeit der Gewichtszunahme restlos zurück. Die Nahrungsdarreichung war nicht wesentlich schwerer, als das beim Neugeborenen ohnedies der Fall zu sein pflegt (Spucken). Beispiele recht schwerer Gesichtsrosen zeigen die Kurven 24 und 25. Das Erysipel war nicht lokal behandelt. Die Behandlung bestand in Besonnung der Rücken- bzw. der Bauchhaut mit Schonung des Gesichts (ergotrope Wirkung) und Freiluft. Die Nahrungsaufnahme

Kurve 24. Therese Zimmermann, 11 J., Erysipel.

Kurve 25. Paul Matthias, 10 Jahre, Erysipel.

war nur während des Fiebers erschwert, auch machte die Öffnung der geschwollenen Lippen anfangs einige Schwierigkeiten.

Nun kommen wir zu der Besprechung derjenigen Infektionskrankheiten, bei welchen die Behinderung der Nahrungsaufnahme in erster Linie durch eine bestimmte Lokalisation des Entzündungsprozesses bzw. des Krankheitssymptoms bedingt wird. An erster Stelle sind hier die Erkrankungen der Mundhöhle zu nennen.

8. Stomatitis.

Wir haben bereits einen Fall von Stomatitis unter unseren Masernfällen gesehen. Hier seien noch zwei Beispiele besonders schwerer Verlaufsformen angeführt. Die Kurve 26 betrifft ein kleines, schwer ge-

schädigtes, skrofulöses Kind mit schwerer ulceröser, hochfieberhafter Stomatitide. Die Nahrung war durch die ersten

Kurve 27. Marie Rudler, 7 Jahre, Stomatitis, Ikterus.

5 Tage rein flüssig, dennoch reichlich bemessen. Die Nahrungsdarreichung war nicht nur infolge der Appetitlosigkeit, sondern vor allem infolge großer Mundschmerzen sehr mühsam. Wir gaben eisgekühlte 17 proz. Zuckervollmilch in kleinen, häufigen Löffelmahlzeiten. Das Kind blühte unter dem Einfluß der Mast- und Freiluftkur förmlich auf. Ähnliches wurde auch bei einem älteren Kinde mit skorbut-ähnlicher Stomatitis mit Ikterus unbekannter Ätiologie erreicht (Kurve 27).

9. Angina.

Das Fieber, die Zerschlagenheit und die intensiven Schluckschmerzen können namentlich bei schwereren Formen der Angina ernste Ernährungsschwierigkeiten bedingen. Auch hier bewährte sich glänzend die eisgekühlte 17 proz. Zuckervollmilch. Die Erfolge veranschaulichen die Kurven 28 und 29. Der Fall 29 betraf eine Skrofulose mit Tuberculosa peritonei.

Kurve 28. Erna Haslauer, 3 Jahre, Stomatitis nach Masern, Tuberkulose.

Kurve 29. Marie Kallitzka, 4 1/2 Jahre, Angina necroticans.

10. Diphtherie und Croup.

Die Ernährung einfacher Rachendiphtherie bietet selten größere Schwierigkeiten. Die Schluckschmerzen sind bei lokalisierten Prozessen im Gegensatz zur Angina gering, das Fieber hält nicht lange an. Dagegen sind progredientere Formen und Larynxdiphtherien wesentlich schwerer zu ernähren. Gerade bei diesen letzteren, besonders wenn sie zur Intubation bzw. zur Tracheotomie kommen, hat die sachgemäß durchgeführte Ernährung angesichts längerer Krankheitsdauer

Kurve 29. Heinrich Wernheimer, 9 Jahre, Angina necroticans.

Kurve 30. Hermine Mrkwicka, 5 Jahre, Croup nach Masern, Mitralinsuffizienz.

eine nicht zu unterschätzende Bedeutung. Ist der Prozeß über größere Flächen des Rachens ausgebreitet, so haben wir auch bei der Rachendiphtherie mit nicht geringen Schluckschmerzen zu kämpfen. Bei den Larynxstenosen treten Dyspnoe und Ängstlichkeit, bei den Intubierten bzw. Tracheotomierten die anfangs große Ungeschicklichkeit beim Schlucken infolge des fremdartigen Gefühls in den Vordergrund. Schließlich stellt auch die eventuell zum Ausbruch kommende postdiphtherische Lähmung große Anforderungen an die Technik der Nahrungsdarreichung. Im folgenden sind einige einschlägige Fälle als Beispiele angeführt. Die Kurve 32 zeigt eine einfache Rachendiphtherie, wie sie regelmäßig und ohne Schwierigkeiten gemästet werden kann. Die Verhältnisse bei schweren, tracheotomierten Larynxstenosen geben die

Kurven 30 und 33 wieder. Der Fall 30 ist besonders bemerkenswert. Es handelte sich um ein 5jähriges Mädchen, welches einen schweren Croup im Anschluß an Masern akquirierte. Es kam zur Tracheotomie.

Kurve 31. Ida Karelli, 8 Jahre, Croup.

Infolge der Sekretstauung fieberte das Kind durch rund 3 Wochen um 39° . Dennoch gelang es, die Patientin so zu ernähren, daß sie nichts an ihrem Körpergewicht verlor und sofort nach der Entfieberung zunahm. Tage hindurch mußte das Kind löffelweise gefüttert werden, bis es endlich von selbst die Nahrung nahm. Die Kurve 33 betrifft einen leichteren, dennoch tracheotomierten Croup. Hier konnte sogar von Anfang an eine Zunahme erzielt werden. Sehr schön kommt auf der Kurve die Wirkung gesteigerter Nahrungszufuhr zum Ausdruck. Schließlich zeigt die Kurve 31 eine sehr schöne Mastkur bei einer verschleppten Rachendiphtherie mit Kehlkopfstenose und Albuminurie. Die Gewichtszunahme geht hier der steigenden Diurese und dem Abfall des Eiweißgehaltes im Harn parallel, ein sicherer Beweis, daß es sich nicht um Wasser-

Kurve 32. Marg. Zepreniak, 9 Jahre, Diphtherie.

retention handeln konnte. Der Fall war recht schwer, was schon daraus hervorgeht, daß er — was sehr selten bei Diphtherie vorkommt — Symptome von Meningoencephalismus darbot und es zur leichten postdiphtherischen Lähmung kam. Auch diese bereitete uns keine wesentlichen Schwierigkeiten. Die Nahrung wurde sehr vorsichtig gereicht, kleine konzentrierte Mahlzeiten in kleinen Schlucken; die Nahrungs-

aufnahme erfolgte bei streng aufrechter Haltung, nach guter Stütze des Kindes durch sorgfältige Auspolsterung.

11. Keuchhusten.

Die Schwierigkeiten, welche sich quantitativer Nahrungsdarreichung beim Keuchhusten entgegenstellen, sind jedem Arzte hinlänglich be-

Kurve 33. Emil Höbbling, 13 Jahre, Croup.

Kurve 34. Viktor Drakosch, 13 Monate, Pertussis-Pneumonie.

kannt. Wohl nicht zuletzt ist der Tuberkulose fördernde Einfluß der Pertussis der Inanition zuzuschreiben. Die Nahrungsdarreichungstechnik hat hier neben der am Anfang der Erkrankung wohl selten vermißten Anorexie, welche selbstverständlich auch die entzündlichen Komplikationen von seiten der Luftwege begleitet, hauptsächlich das Erbrechen zu bekämpfen. Forcierte, gegen den Appetit vermehrte Ernährung löst hier sehr oft — besonders bei Säuglingen und kleineren

Kindern — Hustenanfälle mit folgendem Erbrechen aus. Die Bekämpfung dieses Vorkommnisses erfolgt nach dem Vorschlage von Hutinel am einfachsten dadurch, daß Mahlzeiten unmittelbar nach dem Anfall gereicht werden. Dann sind aber die Kinder so erschöpft, daß sie gar keine Lust zum Essen

haben, und müssen wiederum mühevoll mit dem Löffel gefüttert werden. Das ist besonders bei Kleinkindern und Säuglingen der Fall. Bei Säuglingen muß man stets mit der Einführung des Säugers vorsichtig sein. Zu weit geschoben, löst er einen Anfall aus. Wir haben uns noch folgenden Kunstgriffes bedient. Erfolgte kurz vor der Mahlzeit kein spontaner Anfall, so lösten wir einen solchen durch Berührung des Gaumens bzw. des Rachens mit dem Spatel aus und fütterten nach der erfolgten Erschöpfung

des Reflexes. Es gelang uns tatsächlich durch unsere Bemühungen, die Häufigkeit des Erbrechens auch bei schweren Fällen auf ein Minimum herunterzudrücken,

wodurch der Fortgang der quantitativen Ernährung ermöglicht wurde. Die folgenden Kurven 34—40 bringen unsere schönen Erfolge bei Pertussiskindern verschiedenen Alters und mit verschiedenen Komplikationen zur Darstellung.

Am bemerkenswertesten sind wohl die Fälle 34 und 35, in welchen es sich um einen Säugling und um ein Kleinkind handelte, welche auch mit

husten. Man sieht, daß dieses Vorkommnis nur in der ersten Woche — solange das Kind noch auf der internen Station lag — einen Einfluß auf den Gang der Gewichtskurve hatte. Die anfängliche kleine Abnahme ist auf das intensive Erbrechen zurückzuführen, welchem das noch ungeübte Personal der internen Abteilung machtlos gegenüberstand. Mit der Transferierung auf die Heubnerabteilung (Infektion) hörte das Erbrechen auf. Die Abb. 1 und 2 zeigen das Kind bei der Aufnahme und bei der Entlassung.

Die Kurve 39 zeigt das Ergebnis einer durch ein weniger gut eingearbeitetes Personal durchgeführten Ernährungskur bei einem mittelschweren Keuchhusten. Das

Abb. 1. Franz Zieherer (Fall 38) bei der Aufnahme.

Abb. 2. Derselbe Fall bei der Entlassung.

Erbrechen konnte hier nicht so wirksam unterdrückt werden. Die spätere Verflachung der Kurve hängt mit der großen Lebhaftigkeit des genesenden Kindes zusammen. Die Ernährung älterer Keuchhustenpatienten stößt in der Regel auf keine besondere Schwierigkeiten (vgl. Kurve 40).

12. Tetanus.

Diese Infektionskrankheit bietet wohl die größten und unmittelbarsten Schwierigkeiten der Nahrungsdarreichung dar. Die Anorexie

ist hier das geringere Übel. Schon das Aufmachen des Mundes ist oft unmöglich, Kauen ist wohl stets ausgeschlossen. Jede Berührung des Mundes löst oft Trismus aus. Schließlich kann auch der Schluckakt durch Krämpfe der Schluckmuskulatur behindert werden. Mit Recht

betonen daher die Autoren, besonders Jacobi¹⁾, daß der Ausgang des Tetanus

Kurve 39. Fritz Smolars, 5 Jahre, Pertussis.

Kurve 40. Marie Bürge, 11 Jahre, Pertussis.

in hohem Grade von der Ernährung abhängig ist und daß oft die Kranken nicht an dem Leiden, sondern an Inanition zugrunde gehen. Das dürfte in hohem Maße namentlich für den so schlechte Prognose gebenden Tetanus neon. zutreffen. Nicht zu vergessen ist, daß die Krämpfe erhöhten Energieverbrauch verursachen müssen.

Die allgemeinen Regeln, welche in bezug auf die Nahrungsdarreichung

¹⁾ Deutsche Klinik 1903.

bei Tetanus berücksichtigt werden sollen, lassen sich in folgendem kurz zusammenfassen. Jede anfallsfreie Pause soll zunächst für die Nahrungsaufnahme ausgenutzt werden. Der Tetanuskranke muß aber auch schlafen, wenn er sich eines längeren anfallsfreien Momentes erfreuen darf. Einen schlafenden Tetanuspatienten soll man also nicht wecken. Dann ist alles zu versuchen, was die anfallsfreie Zeit vermehren oder verlängern kann. Hohe Dosen von Brom, kombiniert mit Chloralhydrat, wie sie von den Amerikanern angewandt werden, haben sich auch mir bewährt. Sehr günstig sind auch lauwarmer Dauerbäder. Namentlich hat sich bei uns die Methode der Nahrungsdarreichung im Bade bei

Kurve 41. Franz Fekefe 10 Tage, Tetanus.

fall aus. Der Spatel mit dem Sauger wird fest im Munde eingeklemmt. Man wartet wieder eine freiere Periode ab und zieht dann vorsichtig den Spatel aus dem Sauger heraus, wobei dieser letztere im Munde bleibt. Nun wird an den Sauger die Flasche angeschlossen. Jetzt bleibt die Schwester am Bettchen des Kranken sitzen und wartet anfallsfreie Momente ab. In diesen wird die Flasche vorsichtig geneigt und der Inhalt in kleinsten Portionen eingeflößt. Hierbei ist es vorteilhaft, das Kind in leichte Seitenlage zu bringen und den Oberkörper höher zu lagern.

Es ist selbstverständlich, daß sämtliche Handgriffe bei Tetanuskranken mit äußerster Ruhe und Vorsicht durchgeführt werden müssen. Bei Säuglingen macht die Appetitlosigkeit nicht viel aus, bei älteren Kindern dagegen kann sie eine bedeutsame Rolle spielen und ist dann nach den üblichen Grundsätzen zu behandeln.

älteren Kindern sehr nützlich erwiesen. Bei Neugeborenen muß zuerst Löffelfütterung versucht werden; ist diese undurchführbar, so kann man sich folgendes, von einer der Schwestern meiner Abteilung (Sr. Käsmayr) erdachten Kunstgriffes bedienen. Zuerst wird dem Kinde in einer anfallsfreien Periode ein auf einen Pirquet'spatel aufgestülpter Sauger in den Mund eingeführt. Diese Manipulation löst oft sofort einen An-

Es seien hier zunächst
Der erste (Kurve 41) betraf e
9. Lebenstage) und konnte
milch). Im akuten Stadium
abnahme, an welche sich da
schöner ist der zweite Fall (K
Fall von kurzer Inkubations-
zeit. Ich bin fest überzeugt,
daß er zugrunde gegangen
wäre, wenn er nicht mit Hil-
fe raffinierter Nahrungsdar-
reichungstechnik quantitativ
ernährt worden wäre. Hier
war die einfache Löffelfütte-
rung nicht möglich, und wir
mußten zu dem bereits ge-
schilderten Kunstgriff grei-
fen. Das Ausgespuckte wurde
nachgefüttert. Da die Mutter-
milch nicht reichte und auch
die großen Flüssigkeitsmen-
gen in diesem Falle wohl nicht
beizubringen gewesen wären,
bekam das Kind 17proz., dann
8,5proz. Zuckervollmilch, was
es tadellos vertrug. Gegen
die schöne Gewichtszunahme
kann eingewendet werden,
daß sie unter dem Einfluß
der Wasserretention infolge
Serumkrankheit ¹⁾ erfolgte.

Daß dies aber nicht allein ausschlaggebend sein konnte, beweist der weitere Verlauf der Kurve und die Weiterbeobachtung des Falles in der Säuglingsfürsorgestelle. Das Kind hat sich tadellos entwickelt.

Kurve 42. Walter Pollak, 9 Tage, Tetanus.

¹⁾ Nicht uninteressant ist, daß ich wiederholt beschleunigte Reaktionen (am 4. bis 5. Tage nach der Injektion) auf Serum bei Neugeborenen beobachten konnte. Auch der Fall 41 machte um diese Zeit die Serumkrankheit, wenn auch leichter, durch.

Die Verhältnisse bei älteren Kindern illustrieren die Kurven 43 und 44. Der Fall 44 war besonders schwer und prognostisch ungünstig zu beurteilen. Der Fall 43 war zwar leichter, doch dadurch bemerkenswert, daß es hier zu einem Rezidiv kam, und ferner durch die schönen Ausschläge der Gewichtskurve infolge Wasserretention bei Serumkrankheit, obgleich keine Ödeme klinisch nachweisbar waren. Die methodi-

Kurve 43. Johann Kager, 6 Jahre, Tetanus.

schen Einzelheiten mögen aus den am Schlusse der Mitteilung beigegebenen Krankengeschichten ersehen werden.

Das mitgeteilte Material betrifft keinesfalls besonders schöne, gelungene Fälle. Zur Mitteilung gelangten prinzipiell sämtliche schwere und schwerste Fälle, von den leichteren nur diejenigen, welche als Beispiele benutzt wurden. Ähnliche, nichts Neues bietende Fälle wurden ausgeschaltet, um nicht durch Wiederholungen zu ermüden und um Raum zu sparen. Den Exitus erlebten wir während einer Ernährungskur nur ein-

mal. Es handelte sich um einen mittelschweren Scharlach, welcher an Urämie infolge hämorrhagischer Nephritis zugrunde ging.

Der 5jährige Knabe Leopold Gasparik (Bruder des Falles 1) wurde am 5. III. 1918 mit frischem Scharlachexanthem eingeliefert. Entwicklungsanamnese o. B. Seit ca. 1 Woche viele blutig eitrige Stühle, Fieber, Appetitlosigkeit. Seit dem 5. III. früh Ausschlag, Erbrechen, Kopfschmerzen und große Hinfälligkeit. Die Untersuchung ergab einen sehr mäßigen Ernährungszustand (14,4 kg Körpergewicht; 56½ cm Sitzhöhe und 93 Gelidusi), verschleppte Ruhr, schwere ulceröse Stomatitis und frischen Scharlach II. Temperaturen schwanken um 39°. Der

Appetit war infolge länger dauernder Hungerkur nicht schlecht und die Ernährung mit reizloser Kost (Milch, Grießbrei, Weißbrot, Keks mit Butter) zu 7 dmsq machte keine Schwierigkeiten. Der Knabe erholte sich trotz des anhaltenden Fiebers in 2 Wochen sehr wesentlich. Die Ruhr ging nach 8 Tagen zurück, die Stomatitis heilte aus. Diurese betrug durchschnittlich 1200—1000 g Harn täglich, es erfolgte

Kurve 44. Michael Dinkowa, 11 Jahre, Tetanus.

Gewichtszunahme. Am 18. III., also am 14. Behandlungstage, sank plötzlich die Harnmenge von 1000 g am Vortage auf 200 g, am folgenden Tage auf 15 g, am 19. III. blieb der Harn ganz aus, am 20. III. betrug die Harnmenge 40 g (hämorrhagisch mit 10 prom. Eiweiß), worauf sich 3 volle Tage währende völlige Anurie anschloß. Seit dem Ausbruch dieser foudroyanten Symptome war die Nahrungsdarreichung durch Erbrechen unmöglich. Das Kind nahm nur etwas Milch und Wasser zu sich. Es entwickelten sich keine Ödeme, und es erfolgte Gewichtsver-

lust. Unheimlich mutete die große Frische des Kindes an, welches im Bettchen saß und lustig spielte, ohne die geringsten Symptome der Urämie — bis auf die geschilderte Änderung der Diurese, das Erbrechen und leichten Meningoencephalismus — zu zeigen. Am 25. III. setzte geringe Sekretion eines äußerst konzentrierten und eiweißreichen Harnes wieder ein. Die Besserung der Diurese war jedoch durch keine der vielen angewandten Maßnahmen zu erzielen. Am 30. III. ging das relativ gute Allgemeinbefinden in Koma über, und am 31. III. erfolgte unter Krämpfen der Exitus. Die Sektion ergab ausgeheilte Kolitis und hämorrhagische Nephritis.

Diesen katastrophalen Ausgang des Scharlachs auf die qualitativ einwandfreie, zufällig — infolge relativ guten Appetits — nicht einmal Kohlehydratangereicherte, nur quantitativ ausreichende Ernährung zurückführen zu wollen, wäre mindestens gezwungen. Mit größerer Wahrscheinlichkeit können wir annehmen, daß die Niere bereits durch die Ruhr geschädigt war. Nierenschädigungen bei Ruhr werden in der neueren Zeit von vielen Seiten betont. Daß das Kind in hochgradig geschädigtem Zustande auf die Klinik eingeliefert wurde, beweist die Stomatitis.

Sonstige Todesfälle, welche wir auf der Station zu beklagen hatten, betrafen ausnahmslos Kinder, welche, in moribundem Zustande eingeliefert, der Ernährungskur nicht zugeführt werden konnten und bevor diese einsetzen konnte, katastrophal endeten.

Die Methodik der quantitativen Ernährung infektionskranker Kinder auf dem Boden des Systems v. Pirquet, wie ich sie auf unserer Infektionsabteilung eingeführt habe, ist dort seither bereits das dritte Jahr im Gebrauch und kann ähnliche Erfolge aufweisen.

Meine Versuche beabsichtigen aber keinesfalls den Nachweis zu liefern, daß die einzige Art rationeller Ernährungstherapie der Infektionskrankheiten die Mästung um jeden Preis sein soll. Das möge ausdrücklich hervorgehoben werden, um allen Mißverständnissen vorzubeugen. Worauf es mir ankam, war die möglichst sinnfällige Darstellung der Tatsache, daß die Durchführung quantitativer Ernährung bei Infektionskrankheiten technisch möglich ist und daß wir auch hier prinzipiell mit denselben Gesetzmäßigkeiten zu rechnen haben wie bei Gesunden. Ist es erwünscht, so kann bei Fieber nicht nur die „Konsumption“ durch willkürlich dosierte Ernährung hintangehalten, sondern es kann sogar der Ansatz erzielt werden. Dies so deutlich und an einem so großen Material nachzuweisen, ist es wohl zum ersten Male gelungen. Dadurch konnten die in der Einleitung gestellten Postulate positiv gelöst werden: Die Pirquetschen Kriterien der Nah-

rungsbemessung besitzen auch für die Ernährung der Infektiöskranken ihre Gültigkeit und können pflegetechnisch durchgeführt werden. Damit ist erst die Basis für die rationelle, dosierende Ernährungstherapie der Infektiöskrankheiten geschaffen.

Zum Weiterbau dieses wichtigen Gebäudes der praktischen Medizin gehört vor allem die Konstruktion allseitig fundierter, nicht doktrinärer Indikationen. Ich möchte, was die allgemeinen Gesichtspunkte anbelangt, diesbezüglich auf das bereits vielzitierte Werk Leydens hinweisen, welches auch heute noch und auch für das Kindesalter gerade in dieser Hinsicht uns mustergültig erscheint. Was die Detailindikationen betrifft, so könnten dieselben erst aus dem genaueren quantitativen Studium des Einflusses der Ernährung und des Ernährungszustandes auf Infektionsprozesse und Immunitätsvorgänge erschlossen werden.

Die biologischen Beziehungen zwischen dem Ernährungsvorgange und der Summe der Erscheinungen, welche sich im infizierten Organismus abspielen, sind zweifellos außerordentlich enge. Das geht schon daraus hervor, daß die wichtigsten Theorien der Immunität und Infektion vom Ernährungsproblem ausgegangen sind. Dieses Gebiet ist aber noch immer außerordentlich dunkel. Langstein und Meyer¹⁾ haben in ihrem Buche die wichtigsten Gesichtspunkte, welche hier in Betracht kommen, in sehr übersichtlicher Weise zusammengestellt. Danach soll die Art der Beziehungen zwischen Infektion und Ernährung nach drei Richtungen hin ins Auge gefaßt werden:

1. in bezug auf die Bedeutung der Ernährung und des Ernährungszustandes für die Empfänglichkeit gegenüber Infektionen,
2. für den Verlauf der Infektion,
3. in bezug auf die Beeinflussung des Ernährungsvorganges durch den Infekt.

Der Einfluß vorausgegangener Ernährung und des bestehenden Ernährungszustandes auf die Empfänglichkeit gegenüber Infektionen bedarf dringend exakterer und umfassenderer Untersuchungen als diejenigen, welche bisher auf diesem Gebiete vorliegen. Es handelt sich hier um einen wichtigen Teil der Dispositionsforschung, welche ja noch zur Gänze in den Kinderschuhen steckt. Die tagtäglich zur Beobachtung gelangenden Beispiele gesteigerter und herabgesetzter Resistenz, wie sie z. B. beim Brustkind einerseits und dem künstlich genährten Kind andererseits vorliegen, sind keinesfalls leicht theoretisch zu deuten. Die bisherige Methodik der Forschung hat hier noch außerordentlich

¹⁾ 2. u. 3. Aufl. Wiesbaden 1914.

wenig geleistet. Nicht einmal sind wir immer imstande, hier eine scharfe Klassifikation der wichtigsten Begriffe durchzuführen. So wird z. B. hier sowohl wie auch bei der Wertung der Bedeutung statischer Momente für die Dynamik des Infektionsablaufes häufig noch der Begriff des Ernährungszustandes mit dem der Konstitution zusammengeworfen. Daß es Kinder gibt, welche trotz ihres scheinbar blühenden Aussehens gerade gegenüber der Infektion sich als besonders empfänglich erweisen, bedeutet noch keinesfalls, daß der günstige Ernährungszustand daran schuld sei, sondern nur, daß es Konstitutionen gibt, welche trotz des günstigen Ernährungszustandes herabgesetzte Resistenz aufweisen. Wenn, wie das öfters und auch wieder neuerdings betont wird, besonders gutgenährte Kinder häufig der Scharlachinfektion z. B. unterliegen, so kann man daraus höchstens nur den Schluß ziehen, daß vielleicht zu den Merkmalen der resistenzlosen Konstitution auch besondere Anlage zur Fettbildung, ein träger Stoffwechsel gehört. Andererseits wäre es doch völlig verkehrt zu behaupten, daß die chronische Unterernährung etwas Wünschenswertes sei und daß der Hunger eine besondere Resistenz den Infektionen gegenüber herbeiführe. Daß dem nicht so ist, haben wir den ungewöhnlich schweren Verlaufsformen der Infektionskrankheiten bei der im Krieg hungernden Bevölkerung entnehmen können. Ich erinnere z. B. an meine Befunde über den Meningoencephalismus bei Kinderruhr während des Krieges.

Sowohl in bezug auf die Bedeutung der Ernährung und somit des Ernährungszustandes für die Empfänglichkeit gegenüber den Infektionen als namentlich für den Ablauf des Infektionsvorganges und umgekehrt scheint mir folgender Gedanke, dessen Richtigkeit experimentell zu prüfen ich bereits unternommen habe, von heuristischem Werte zu sein. Ich fasse den Verdauungsvorgang als physiologischen Entzündungsvorgang, den Verdauungsapparat als physiologischen Entzündungsapparat auf. Daß diese Auffassung ohne weiteres zulässig ist, geht schon aus der Tatsache hervor, daß die beim Studium der Verdauung gewonnenen Erkenntnisse vielfach und mit Erfolg zur Deutung der Infektionsvorgänge benutzt worden sind und daß besonders seit der Entwicklung der Anaphylaxielehre sowie der bekannten Entdeckungen Weinlands und Abderhaldens eine ganze Theorie der „parenteralen Verdauung“ entstanden ist. Die prinzipielle Identität der Vorgänge bei der Verdauung im Verdauungstraktus und bei der Entzündung geht besonders klar aus den Überlegungen Hamburgers¹⁾ hervor. Nur hat man bisher haupt-

¹⁾ Arzteigenheit u. Assimilation u. Beitr. z. Klinik d. Inf.-Krankh. usw. 3. 1914.

sächlich die Übertragung der bei der enteralen Verdauung gewonnenen Erkenntnisse auf die Verhältnisse beim Infektionsvorgang zur Klärung des letzteren im Auge gehabt, während das Umgekehrte wohl das Natürlichere gewesen wäre. Die Entzündung, d. h. die Summe von Reaktionsvorgängen, mit welchen der Organismus entweder lokal („Entzündung“ in eng. Sinne) oder allgemein („Fieber“) alles Fremde (eingedrungene Stoffe oder durch Energiewirkungen veränderte eigene Substanz), welches das für die Erhaltung des Lebens notwendige Gleichgewicht stört, beantwortet, ist das Primäre, das Primitive. Die enterale Verdauung ist nur ein Spezialfall des allgemeinen Gesetzes, ein Spezialfall, welcher durch Anpassung zur physiologischen Dignität erhoben worden ist. Tatsächlich findet man sämtliche primitiven Qualitäten des Entzündungsvorganges bei den Vorgängen im Verdauungskanal wieder.

In der letzten Zeit haben wir nun gelernt, daß Entzündungsprozesse, welche zeitlich in einem Organismus zusammenfallen, sich gegenseitig auf eminente Weise beeinflussen (v. Gröer, Luithlen u. v. a.). Darauf beruhen die sog. ergotropen Wirkungen. Eine Entzündung hemmt oder steigert die andere. Es ist klar, daß, wenn wir den Verdauungsvorgang als physiologische Entzündung definieren, wir sofort zu der wichtigen und mit den Tatsachen im Einklang stehenden Erkenntnis gelangen, daß jede Entzündung, welche im Organismus zustande kommt, auch die Vorgänge im Darm beeinflussen muß. Wir gewinnen dadurch einen Weg, auf welchem wir der Erforschung des Wesens der Appetitlosigkeit, des Sekretmangels im Fieber usw. nähertreten können. Gewöhnlich sehen wir, daß die Funktionen des Verdauungstraktes im Fieber daniederliegen. Die parenteral ablaufende Entzündung hemmt die physiologische Entzündung im Darmkanal.

Wie aus meinen Versuchen sowie aus denjenigen früherer Autoren, welche eine gute Ausnutzung der Nahrung im Fieber exakt nachgewiesen haben, hervorgeht, gelingt es jedoch, diese Hemmung zu brechen und dem Verdauungskanal seine Entzündungstätigkeit aufzuzwingen. Durch den Reiz der aufgenommenen Nahrung wird trotz allem der Entzündungsvorgang ausgelöst, ähnlich wie das für die normale Speichelproduktion von Lovatt-Evans¹⁾ gezeigt worden ist. Der physiologische Entzündungsvorgang kommt in Gang und muß dadurch auf irgendeine Weise seinerseits wiederum die parenterale Entzündung beeinflussen. Ob in einer für den Organismus günstigen oder ungünstigen Weise — darüber läßt sich natürlich a priori nichts aussagen. Beides ist theore-

¹⁾ Biochem. Zeitschr. 48.

tisch möglich. Aus den bisherigen praktischen Erfolgen der ausreichenden Ernährung bei Fieber geht mit großer Wahrscheinlichkeit hervor, daß diese Wirkung in der großen Mehrzahl der Fälle eine günstige ist.

Dennoch müssen wir an dem Standpunkt festhalten, daß namentlich die feineren Dosierungsverhältnisse und die völlige Beherrschung der Indikationstechnik der Ernährungstherapie der Infektionskrankheiten sich erst auf experimentell und empirisch gewonnene Tatsachen stützen können. Das wird uns um so verständlicher, als ja auch der Hungerzustand nichts anderes als parenterale Verdauung darstellt. Auch vom Hunger sind ergotrope Wirkungen zu erwarten. Auch Hunger bzw. willkürlich und bewußt angewandte unzureichende Nahrungszufuhr können — theoretisch gesprochen — durch bestimmte Indikationen gefordert werden. Aber auch dann müßten auch diese Maßnahmen streng quantitativ gehandhabt werden. Auch wenn der Arzt unzureichende Ernährung für indiziert erachtet, muß er wissen, wieviel er zu verschreiben hat, wie weiter mit der Dosierung gehen darf und was er sich von der bestimmten Dosierung verspricht. Die Dosierungsmethodik ist aber endlich geschaffen worden, und sie darf nicht mehr vom wissenschaftlich denkenden Arzt ignoriert werden, gleichgültig in welcher Richtung sich seine Indikationsanschauungen bewegen.

Bei meinen Patienten habe ich die Erhaltung des Körperbestandes bzw. sogar den Ansatz während des Fiebers angestrebt. Ich tat es nicht nur des Beweises halber, daß dies möglich sei, sondern, wie schon erwähnt, erstens aus sozialen Rücksichten und ferner aus der Überzeugung heraus, daß dies für die ausgehungerten kleinen Patienten günstig sei. Ich bin mir auch vollkommen bewußt, daß die überraschenden Erfolge meiner Mastkuren gerade dem Umstande zuzuschreiben sind, daß die Mehrzahl meiner Fälle sich in Inanition befand. Aber einerseits kommen derartig intensive Mastkuren nur bei solchen Kindern praktisch in Betracht, zweitens zeigen uns mehrere Fälle, welche sich in günstigeren Ernährungsverhältnissen befanden, daß ähnliches — *experimenti causa* — prinzipiell auch sonst möglich ist. Daß die ausreichende Ernährung auch hier erwünscht sein kann, daß ferner in der Rekonvaleszenz jedenfalls wenigstens nicht entgegen dem Appetit mit der Nahrungszufuhr gewartet werden kann, dürfte allgemein einleuchtend sein. Ich komme auf diese Verhältnisse noch in den nächsten Mitteilungen zurück.

Was nun die qualitative Seite unserer Ernährungstherapie anbelangt, so ist meines Erachtens die überaus große Einfachheit der Kostzusammensetzung nur lebhaft zu begrüßen. Unsere ganze qualitative Kunst bestand in der Verabreichung von Milch, Zucker, Grieß, Eiern, Mehl und Butter, wenn es sich um die sog. I. Diät handelte. Und das genau so bei Säuglingen wie bei älteren Kindern. Die von Pirquet erhobene Tatsache von der Unschädlichkeit auch größerer Mengen Rohrzuckers bei der Ernährung des Kindes wirkt geradezu erlösend. Endlich dürfen wir wieder so viel Zucker geben, daß wir dadurch die Nahrung nach Belieben konzentrieren können, wo dies durch Fett nicht durchführbar ist. Bemerkenswert ist ferner, daß wir auch bei Fiebernden — in Übereinstimmung mit den Erfahrungen amerikanischer Autoren — mit den Pirquetschen Eiweißnormen glänzend auskommen. Wie ich in einer der folgenden Mitteilungen zeigen werde, gelingt es mit der Eiweißzufuhr von bis 20% der gesamten Brennstoffmenge auch im Fieber, bei genügender Kohlehydratzufuhr Stickstoffretentionen zu erzielen. Das geht übrigens schon aus dem Verlauf meiner Gewichtskurven hervor.

Man wird mir nun sicherlich den Vorwurf machen, daß eine so intensive Kohlehydratmast Fiebernder und Infektionskranker sicher ungünstig auf den Immunitätszustand einwirke. Man beruft sich bei solchen Gelegenheiten mit Vorliebe auf die Doktrinen Czernys und seiner Schule, nach welchen die Verwässerung des Organismus, wie sie bei Kohlehydratmast auftreten soll, die Immunität und Resistenz herabsetze. Hält man nach exakteren Beweisen dieses Dogmas Umschau, so findet man, daß sie, abgesehen von den klinisch erhobenen Tatsachen von der herabgesetzten Immunität bei Mehlnährschaden, aber auch sonst bei ernährungsgestörten Säuglingen, eigentlich recht dürrtig sind. Daß die eine und recht grobe Untersuchungsreihe der berühmten Weigertschen Arbeit¹⁾, welche sich auf im ganzen zehn Ferkel bezieht, so interessant sie auch sein mag, uns als Unterlage einer so weittragenden Erkenntnis unzureichend erscheint, wird man uns, angesichts unserer Massenerfahrungen an Menschen, nicht verübeln können. Die neueren Versuche von Hornemann und Thomas²⁾, welche ebenfalls für das uns hier interessierende Problem nicht ausschlaggebend sein können, haben übrigens im Gegensatz zu Weigert und an demselben Tiermaterial keinen Unterschied zwischen den fett-

¹⁾ Berliner klin. Wochenschr. 1907, Nr. 38.

²⁾ Biochem. Zeitschr. 57. 1913.

und kohlehydratgemästeten Tieren in bezug auf tuberkulöse Infektion dartun können. Wie kompliziert und schwer zu beurteilen die experimentellen Ergebnisse auf diesem Forschungsgebiete sind, beweist die Arbeit Kleinschmidts¹⁾, welcher überhaupt keinen Einfluß der Ernährung auf die Bildung von Antikörpern (bei Hunden) feststellen konnte. Und daß ein solcher sicherlich vorhanden ist, kann doch nicht bezweifelt werden. Es ist nicht angängig, ohne sachliche Kritik die Ergebnisse kleiner Untersuchungsreihen auf einem so subtilen und schwer faßbaren Gebiet als endgültige Wegweiser wissenschaftlicher Beurteilung praktisch hochbedeutsamer und keinesfalls gelöster Fragen zu benutzen. Wir werden wohl noch am sichersten gehen, wenn wir uns vorläufig auf den Standpunkt stellen, daß jede einseitige Kost — wie sie auch auf den Gesunden schädlich wirkt — auch bei Fieber zu meiden ist. Daher müssen wir auch bei Infektionskranken sobald als möglich abwechslungsreiche, wirklich gemischte Kost anstreben. Daß uns aber die konstruierten Überlegungen von der reichlichen Ausnutzung der eiweißsparenden Wirkung der Kohlehydrate, welche auch aus Dosierungs- und pflegetechnischen Rücksichten für unsere Zwecke äußerst wertvolle, unentbehrliche Nährstoffe darstellen, nicht abhalten können, ist deshalb berechtigt, weil die kohlehydratreiche Kost in der Form, wie wir sie anwenden, sich tatsächlich nie als schädlich erwiesen hat. Ich glaube, daß die von mir mitgeteilten Fälle ein beredtes Zeugnis dafür ablegen. Und Tatsachen sind wichtiger als Überlegungen.

Auf den engeren Stoffwechsel bei Fieber und die sich daraus ergebenden wichtigen Erkenntnisse, gehe ich in dieser Mitteilung absichtlich nicht ein. Sowohl die einschlägige Literatur als eigene Detailuntersuchungen werden den Gegenstand weiterer Mitteilungen bilden.

Zusammenfassung.

1. Wie an der Hand von 44 Fällen verschiedener Infektionskrankheiten von zum großen Teil recht schwerem Verlauf klinisch gezeigt wurde, gelingt es auch während der akuten Infektionskrankheiten, die quantitative Ernährung so durchzuführen, daß entweder die Körpergewichtsabnahme verhindert oder sogar der Ansatz erzungen wird.

¹⁾ Monatsschr. f. Kinderheilk. 12. 1913.

2. Durch diesen Nachweis ist die methodische Basis der quantitativen Ernährungstherapie der Infektionskrankheiten geschaffen worden.

3. Das Pirquetsche System besitzt die volle Geltung auch für die Ernährung fiebernder Kranker.

4. Einer der wichtigsten methodischen Punkte quantitativer Ernährungstherapie bildet die Technik der Nahrungsdarreichung, wie sie in dieser Abhandlung vielfach geschildert wurde.

5. Es wurden allgemeine Gesichtspunkte für die allgemeinen Indikationsstellungen der quantitativen Ernährungstherapie der Infektionskrankheiten besprochen, wobei ein neuer heuristischer Gedanke zur Erforschung der Beziehungen zwischen Infektion und Ernährung kurz dargelegt wurde.

6. Im Anschluß an die Erfahrungen Pirquets und seiner Schule über die Unschädlichkeit des Rohrzuckers bei der Ernährung von Säuglingen und älteren Kindern ist bei der quantitativen Zusammensetzung der Kost unserer Kranken ausgedehnter Gebrauch von diesem Nährstoff gemacht worden, wobei es sich gezeigt hat, daß er auch für das fiebernde Kind unschädlich ist.

Krankengeschichten.

1. Eduard Maichle, geb. 19. VIII. 16. Aufgenommen am 7. III. 18. 18 Monate alter Knabe. Achte normale, rechtzeitige Geburt. Flaschenkind (Näheres unbekannt). Zähne erst mit 12 Monaten, Laufen mit 16 Monaten. Fängt an zu sprechen. Mit 7 Monaten Bronchitis, sonst stets gesund gewesen. Seit dem 4. III. hohes Fieber, Erbrechen. Seit dem 5. III. Ausschlag. Kein Appetit. Benommen.

Status. Mageres mittelgroßes Kind von 9600 g, 50 cm Sitzhöhe und 90 Geli-dusi. Fettpolster mäßig. Turgor gering. Drüsen im Kieferwinkel und am Hals haselnußgroß. Leichte Rachitis. Fontanelle geschlossen. Rosenkranz deutlich, Knöchel aufgetrieben. Abdomen in der Brusthöhe, gespannt empfindlich, Milz und Leber nicht erreichbar. Lunge o. B. Atmung oberflächlich und frequent. Herz: Pendelrhythmus, Aktion sehr frequent. Puls weich, sehr klein, jagend, ca. 200 in der Minute. Nervensystem: benommen. Allgemeine Hyperästhesie. Schmerzüßerungen bei leisester Berührung an irgendeiner Körperstelle. Zähneknirschen. Ausgedehnte Zitterkrämpfe, Intentionstremor. Nackensteifigkeit. Kernig und Nackenphänomen angedeutet. Babinski rechts positiv, desgleichen die beiden Symphysisphänomene. Oppenheim negativ. Augen: Pupillen weit,

Ohren und Nase o. B. Mundhöhle rot, Rachen geschwollen, sehr rot, verschleimt. Himbeerzunge. Haut: Stirn und Kopf, Nase und perorale Gegend blaß. An den beiden Wangen grobfleckiges, morbillöses, konfluierendes Exanthem. Am Hals, Ober- und Unterarm und am Rücken kleinfleckiges, konfluierendes kupferrotes, typisches Scharlachexanthem. Handgelenke frei. Diffus cyanotisch glänzende Rötung der Finger. Im Bereich der Brust und des Bauches disseminierte, petechiales Exanthem, welches sich in der Höhe der Symphyse gürtelartig und um den ganzen Körper herumgreifend so stark verdichtet, daß die gesamte untere Extremität samt Gesäß und Genitalgegend eine bläulichrote, homogene glänzende Beschaffenheit annimmt. Starke Labilität der Vasomotoren. Häufiges Cyanotischwerden des Exanthems.

Temperatur bis 41°. Pirquet negativ. Stuhl schleimig-dyspeptisch. Harn: Spuren Albumen. Diagnose: Scharlach III. Therapie: Moserserum. Analeptica, Überwachung der Ernährung.

Dekursus. 7. III. Sofort nach der Einlieferung 100 ccm Moserserum und 0,025 Digipurat intramuskulär. Wickel. Es gelingt, zweimal 140 g 17 proz. Zuckermilch beizubringen.

8. III. Zustand unverändert, ab und zu Cyanose, abermals 100 ccm Moserserum. Campher, Digipurat intramuskulär, Coffein intern. Alle 2 Stunden Lagewechsel, Wickel. Äußerst erschwerte Fütterung, langsames Einflößen mit dem Löffel, es gelingt aber doch, 6 mal 100 Zuckermilch beizubringen (= 5 dnsq). Temp. bis und über 40°. Etwas Spucken. Stuhl gut.

9. III. Meningoencephalismus unverändert. Sensorium freier. Im ganzen etwas frischer. Puls sehr frequent. Digipurat und Coffein intern. Temp. unverändert hoch. Die vorgeschriebene Menge von 7 dnsq wird mit 6 mal 140 17 proz. Zuckermilch fast erreicht. Keine Cyanose. Exanthem blaßt ab, namentlich im Bereich der unteren Extremität.

10. III. Temp. remittiert unter 39°. Frischer, Sensorium freier, Puls besser. 180 in der Minute. Vermehrte Stühle. Nahrungsaufnahme besser. Exanthem blaß.

11. III. Remissionen unter 39°. Beginnendes Abschälen der Haut. Sehr frisch, Sensorium frei. Nahrungsaufnahme ohne Schwierigkeit. Puls kräftig, 120. Im Rachen auf den beiden Tonsillen schmutziggelbe, dicke Beläge. Di-Bac. 0. Dennoch 3000 AE. intramuskulär.

13. III. Unverändert. Haut schält sich in großen Fetzen. Gewichtszunahme. reit heute 4 mal 150 17 proz. Zuckervollmilch und 2 mal 150 Grießbreidoppelnahrung (= 1800 n = 7 dnsq). Rachen rein. Bäder.

17. III. Temp. um 38°. Frisch und munter. Trotz des Fiebers Gewichtszunahme. Stühle noch immer vermehrt. Etwas Spucken.

21. III. Neuerlicher Temperaturanstieg über 39°. Scarlatinoformes Serumexanthem an den Injektionsstellen.

22. III. Intensives Serumexanthem am ganzen Körper. Temp. über 40°. Elend. Pulsfrequenz erhöht: 160. Nahrungsaufnahme erschwert. Spucken. Otitis media. Albumen 0.

23. III. Fieber ab. Exanthem besteht noch. 2 mal erbrochen. Kleine, häufige Mahlzeiten (alle 3 Stunden). Gewichtstillstand. Otitis media. Perforation des linken Trommelfelles.

25. III. Serumexanthem abgeblaßt. Temperaturremissionen. Allgemeines Befinden mäßig. Appetitlosigkeit hält an.

26. III. Keine Besserung. Anorexie, Erbrechen. Mühevoll füttern. Ohr fließt. Puls 172. Spuren Albumen.

27. III. Empfindlichkeit beider Mastoidei. Ausgesprochener Meningoencephalismus: Nackensteifigkeit, Nackenphänomen. Beide Symphysiphänomene. Hypertonie. Lumbalpunktion ergibt erhöhten Druck. Liqu. klar, ohne pathologische Bestandteile. Anorexie. Puls 140. Albumen 0.

30. III. Bis heute unverändert. Mühevoll Bekämpfung der Anorexie, kompliziert durch Erbrechen. Heute eine hohe Temperaturzacke und Lymphadenitis colli postscarlatinosa. Meningoencephalismus nachgelassen.

2. IV. Unverändert. Gewichtsstillstand. Erbrechen läßt nach.

5. IV. Etwas frischer. Spuckt noch etwas. Ohr fließt.

7. IV. Gewichtsabnahme. Temperatur um 38°. Frischer. Nahrungsaufnahme leichter. Drüsenschwellung im Zurückgehen.

10. IV. Fieberfrei. Frisch. Appetit.

14. IV. Ab und zu Temperaturzacke. Wohlbefinden. Ohr fließt. Gewichtsstillstand. Stuhl vermindert. Kein Erbrechen.

21. IV. Nach einigen Temperaturzacken fieberfrei und wohl.

22. IV. Frisch, gut gefärbt, guter Turgor. Entlassen mit 10,2 kg und 93,5 Gelidusi. Epikrise. Schwerster Scharlach bei einem 18 Monate alten Kinde (III),

Otitis med., Lymphadenitis postscarlatinosa. 35 Tage hohes Fieber. Moserserum. Heilung. Gewichtszunahme von 9,5 kg auf 10,2 = 0,7 kg in 45 Tagen, mithin durchschnittlich ca. 15 g pro Tag.

2. Kotiza Jaroslav, geb. am 12. VIII. 16. Aufgenommen am 13. I. 19. 2¹/₂jähriger Knabe. Sechste normale rechtzeitige Geburt. 2 Jahre an der Brust. Erste Zähne mit 8 Monaten. Sprechen mit 16 Monaten. Laufen mit 2 Jahren. Vor 1 Jahre Masern, sonst keine Infektionskrankheiten bisher. Geimpft. Seit 10 Tagen Ausschlag am Kopf. Seit 24 Stunden starke Rötung des ganzen Körpers. Familienanamnese o. B.

Status am 14. I. 19. Entsprechend großer, magerer Knabe von 12,6 kg Körpergewicht, 58 cm Sitzhöhe und 87 Gelidusi. Gesicht gedunsen, Ekzem der Kopf- und Gesichtshaut (Haut teilweise glänzend, teils von Schuppen und Borken bedeckt, daneben frische, stecknadelkopfgroße Ekzemknötchen). Das cirkumorale Dreieck blaß. Am Rumpf und in geringerem Grade an den Extremitäten typisches rosarotes, kleinfleckiges Scharlachexanthem. Keine Follikelschwellungen. Leichtes Ödem der Hand- und Fußrücken. Fettpolster mäßig, desgleichen Turgor und Muskulatur. Bohnengroße Drüsen in den Kieferwinkeln. Skelett kräftig, keine Zeichen von Rachitis. Abdomen in der Brusthöhe o. B. Milz und Leber o. B. Lunge: bis auf vereinzeltes Giemen in den untersten Partien o. B. Häufiger trockener Husten, Herz in normalen Grenzen, Töne rein, Aktion frequent (162). Puls weich. Nervensystem bis auf gesteigerte Patellarreflexe o. B. Augen und Ohren o. B. Nase fließt. Mundhöhle gerötet, Zunge belegt, himbeerartig, Rachen rot, Tonsillen verschollen, rechts einige Belagreste. Pirquet schwach pos. Harn: Alb. in Spuren. Stuhl geformt. Temperatur über 40°. Diagnose: Scharlach II. Therapie: Wickel, Überwachung der Ernährung.

Dekursus. 15. I. Temperatur um 38°. Gestern nur 13 hn als 17 proz. Zuckervollmilch beigebracht (6 Mahlzeiten). Heute 16 hn in gleicher Form in 8 Mahlzeiten. Starke Appetitlosigkeit, jedoch kein Erbrechen. Exanthem in voller Blüte.

16. I. Temperaturabfall unter 38°. Husten unverändert. Exanthem im Abblassen. Ödeme an den Füßen und Händen geringer. Nahrungsaufnahme noch sehr erschwert, wie gestern. Gewichtsabnahme.

17. I. Exanthem wesentlich abgeblaßt. Ekzem am Kopf in Heilung; subfebril. Albumenspuren verschwunden. Herz o. B. Puls weniger frequent (104). Über den beiden Unterlappen reichliches Rasseln und Giemen. Nahrungsaufnahme noch erschwert.

18. I. Exanthem abgeblaßt. Ekzem völlig abgeheilt. Fieberfrei. Sonst unverändert.

20. I. Frischer. Appetit besser. Einstellung auf 6 dnsq mit 20 hn als 17 proz. Zuckermilch und Grießbrei. Bis heute noch immer Gewichtsabnahme.

22. I. Subfebril. Frisch. Gemischte Kost. 20 hn in 5 Mahlzeiten. Beginnende Schuppung der Bauchhaut. Bronchitische Erscheinungen zurückgegangen. Rapide Gewichtszunahme. Diurese gut, Albumen verschwunden.

25. I. Fortschreitende Rekonvaleszenz. Gewichtszunahme. Mäßige Schuppung. Ekzem verschwunden.

28. I. Unverändert wohl.

1. II. Geringe Schuppung, Gewichtszunahme, wohl.

8. II. Ganz geringe Schuppung, Wohlbefinden. Harn o. B.

11. II. Wohl. Fieberfrei.

Bis zum 22. II. ungestörte Rekonvaleszenz, keine Nachkrankheiten. Entlassung mit 13,8 kg Körpergewicht und 90 Gelidusi.

Epikrise. Mittelschwerer Scharlach bei einem exsudativen 2 $\frac{1}{2}$ jährigen Kinde mit Kopf- und Gesichtsekzem. Heilung des Ekzems während des Scharlachfiebers. Überwachung der Ernährung. Anfänglich große Appetitlosigkeit, welche um einige Tage die Entfieberung überdauert. Während dieser Zeit gelang es nur 5 dnsq dem Kinde beizubringen (ungeübte Schwester). Daher anfänglich Gewichtsabnahme. Dann gute Zunahme bei 6 dnsq. Gewichtszunahme von 12,6 auf 13,8 = 1,2 kg in 40 Tagen, mithin durchschnittlich 30 g pro Tag.

3. Franz Seidl, geb. am 18. III. 14. Aufgenommen am 16. X. 18. 4 $\frac{1}{2}$ jähr. Knabe. Zweite rechtzeitige normale Geburt. Seit dem 9. Lebenstage in Kost. Zähne mit 9 Monaten. Laufen mit 10 Monaten. Sprechen mit 1 Jahr. Vor 1 Jahr Keuchhusten und Varicellen. Vor 1 Monat Grippe. Geimpft. Sonst stets gesund gewesen. Erkrankt in der Nacht vom 15.—16. X. mit hohem Fieber und Erbrechen. Seit heute früh Ausschlag. Geringer Appetit. Familienanamnese o. B.

Status am 17. X. 19. Entsprechend großer, gut genährter Knabe von 16,2 kg Körpergewicht, 58 Sitzhöhe und 94 Gelidusi. Hochrotes Gesicht, circumorale Blässe. Stamm diffus hochrot, an der Innenseite der Oberarme läuft das Exanthem morbillös, Serumexanthem ähnlich in die normale Haut hinaus. An den Oberschenkeln kleinfleckiges, typisches Scharlachexanthem. Am Gesäß zahlreiche Impetigoeffloreszenzen. Fettpolster gut, desgleichen Turgor. Keine Drüsen. Skelett grazil o. B. Abdomen o. B. Lunge und Herz o. B. Puls gut, regelmäßig 120. Nervensystem, Augen, Ohren, Nase o. B. Mundhöhle rot, Himbeerzunge, belegt. Rachen

rot, Tonsillen geschwollen. Zähne gut. Harn und Stuhl o. B. Pirquet neg. Temperatur bis 40°. Diagnose: Scharlach I. Therapie: Überwachung der Ernährung.

Dekursus. 18. X. Entfiebern. Exanthem in Abklingen. Nahrungsaufnahme ohne wesentliche Schwierigkeiten 7 dmsq (Milch, Zucker, Grieß).

20. X. Wohl. Gewichtszunahme.

24. X. Seit 3 Tagen (vom 7. Krankheitstage) Temperaturen um 38°. Kein Befund.

2. XI. Noch keine Schuppung. Gesicht sehr blaß. Zunge rein. Impetigo am Gesäß unverändert. Gewichtsstillstand.

4. XI. Bohnengroße Drüsen in den Kieferwinkeln. Anhaltend subfebrile Temperatur. Wohl.

5. XI. 21 hn. Harn eiweißfrei. 2 mal erbrochen, klagt über Bauchschmerzen. Rachen rein. Drüsen bohnen groß, leicht druckempfindlich.

13. XI. 28 hn. Impetigo gereinigt. Wohl. Gewichtsstillstand.

15. XI. Am Kopf Impetigo. Burow. Fieberfrei.

20. XI. Entlassung mit 17,3 kg Körpergewicht nach ungestörter Rekonvaleszenz.

Epikrise. Leichter Scharlach ohne wesentliche Nachkrankheiten bei einem 4½-jährigen Knaben in sehr gutem Ernährungszustand. Keine Schwierigkeiten mit der Ernährung. Anfängliche steile Zunahme, dann Gewichtsstillstand.

4. Adolf Pusemann, geb. am 19. VII. 10. Aufgenommen am 28. X. 18. 8-jähriger Knabe. Sechste, rechtzeitige normale Geburt. Brust bis zum 23. Monat. Zähne mit 9 Monaten. Laufen und Sprechen mit 1 Jahr. Mit 3 Jahren Masern, mit 5 Jahren Keuchhusten und Diphtherie. Erkrankt am 27. X. mit Bauchschmerzen und Kopfschmerzen. Abends wurde Ausschlag bemerkt, angeblich kein Fieber. In der Nacht zum 28. X. sehr unruhig. Kein Erbrechen, jedoch völlige Appetitlosigkeit. Seit 24 Stunden kein Stuhl. Familienanamnese o. B.

Status am 29. X. 19. Blasser, magerer Knabe von 18,7 kg Körpergewicht, 63 cm Sitzhöhe und 91 Gelidusi. Am ganzen Stamm, teilweise auch an den oberen Extremitäten und besonders stark an der Außenseite der Oberschenkel kleinfleckiges konfluierendes, hellrotes Exanthem. Keine Follikelschwellungen. An den Fingern scabiesverdächtige Effloreszenzen. Milbengänge. Gesicht blaß, Fettpolster und Turgor sehr mäßig. Keine Drüsen. Skelett o. B. Abdomen in der Brusthöhe, etwas gespannt und empfindlich. Milz und Leber o. B. Lunge und Herz o. B. Puls gut, 100. Nervensystem o. B. Augen, Ohren, Nase o. B. Mund rot, Zunge belegt, Rachen gerötet, Tonsillen rein. Zähne gut. Pirquet schwach positiv. Harn und Stuhl o. B. Temperatur bis 38°. Diagnose: Scharlach I. Scabies. Therapie: Überwachung der Ernährung. Wilkinson.

Dekursus. 30. X. 19. Subfebrile Temperatur. Exanthem im Abklingen. Appetitlosigkeit, dennoch Nahrungsdarreichung ohne Schwierigkeiten. Leichte gemischte Kost etwas über 6 dmsq (25 hn).

31. X. Scabieskur. Wohlbefinden. Nahrungsaufnahme ohne Schwierigkeiten. Subfebril.

10. XI. Wohl. Gewichtszunahme. Seit einigen Tagen gänzlich fieberfrei. Heute typische, dickblättrige Schuppung an den Fingern. Keine Scabieseffloreszenzen mehr.

Bis zum 7. XII. ungestörte Rekonvaleszenz. Entlassung mit 20,9 kg Körpergewicht und 94 Gelidusi.

Epikrise. Leichter Scharlach ohne Nachkrankheiten bei einem 8jährigen Knaben. Von Anfang an gemischte Kost. Gewichtszunahme von 18,7 auf 20,9 = 2,2 kg in 40 Tagen, mithin 55 g pro Tag im Durchschnitt.

5. Fritzi Kandutsch, geb. am 26. III. 07. Aufgenommen am 18. X. 18. 11jähriges Mädchen. Achte, rechtzeitige normale Geburt. Von Anfang an künstliche Ernährung. Zähne, Laufen und Sprechen normal. Wiederholte Otitiden, die letzte vor 10 Tagen. Spontanperforation, sehr schmerzhaft. Seit 2 Tagen Halsschmerzen, seit gestern hohes Fieber, wiederholtes Erbrechen. Appetitlosigkeit. Harndrang. Heute wurden Belag im Hals und Ausschlag am Körper entdeckt. Stuhl seit 2 Tagen angehalten. Zu Hause erhielt Pat. bereits 4000 AE. (Diphtherieheiserum). 6 Geschwister leben. 1 schwer tuberkulös.

Status am 19. X. 18. Großes, entsprechend entwickeltes Mädchen von 39,7 kg Körpergewicht, 76 cm Sitzhöhe und 97 Gelidusi. Am ganzen Körper typisches, sehr intensives, kleinfleckiges, konfluierendes Scharlachexanthem. Intensiver Ikterus. Follikelschwellungen. Gesicht diffus gerötet, circumorale Blässe. Extremitäten cyanotisch. Fettpolster normal, desgl. Turgor. Skelett o. B. Abdomen in der Brusthöhe, weich empfindlich, unterer Leberrand erreichbar. Milz o. B. Lunge o. B. Herz in normalen Grenzen. Töne leise, Pendelrhythmus. Puls frequent, 132, etwas inäqual. Nervensystem: Sensorium frei. Lasségue positiv. Nackensteifigkeit nicht vorhanden. Symphisisphänomene angedeutet. Leichte Conjunctivitis. Ohrenfluß rechts. Nase o. B. Mund gerötet. Stark belegte Himbeerzunge. Rachen scharlachrot, Tonsillen geschwollen, an der Uvula und an der linken Tonsille in Abstoßung begriffene schmutzige, dicke Beläge. Pirquet negativ. Harn und Stuhl o. B. Temperatur über 40°.

Diagnose. Scharlach III, nekrotisierende Angina.

Therapie: Analeptica. Überwachung der Ernährung.

Dekursus: 20. X. 18. Exanthem blüht weiter. Temperatur etwas gesunken. Belag im Abstoßen. Nahrungsaufnahme infolge Appetitlosigkeit und Halsschmerzen sehr erschwert. Pat. ist jedoch sehr verständig, läßt sich überreden. 17 proz. Zuckervollmilch, kühl. Kreislauf besser. Cyanosè der Extremitäten weniger ausgeprägt.

22. X. Fieberfrei. Appetit besser. Grießbrei. Keine Halsschmerzen. Nach anfänglicher kleiner Abnahme Gewichtszunahme. Heute schon 7 dnsq.

25. X. Wohl. Appetit gut.

30. X. Starke Schuppung. Sehr wohl. Andauernd Gewichtszunahme.

14. XI. Wohl. Harn frei von Albumen. Gewichtszunahme. Ungestörte Rekonvaleszenz.

26. XI. Entlassung mit 45,7 kg Körpergewicht und 100 Gelidusi.

Epikrise. Sehr schwerer Scharlach bei einem 11jährigen Mädchen. Hyperpyrexie. Lytische Entfieberung. Keine Nachkrankheiten. Nahrungsaufnahme nur in den ersten zwei Tagen wesentlich durch Appetitlosigkeit erschwert. Gekühlte Zuckermilch. Gewichtszunahme von 39,7 auf 43,7 = 4 kg in 40 Tagen, mithin 100 g pro Tag, und das bemerkenswerterweise bei sehr gutem anfänglichen Ernährungszustand.

6. Josef Leithner, geb. 8. XI. 05. Aufgenommen 27. VIII. 18. 13jähriger Knabe. Zweite, rechtzeitige normale Geburt. Brust 5 Wochen, dann künstlich. Entwicklung normal, mit 6 Jahren Mittelohrentzündung und Masern. Mit 8 Jahren Diphtherie, danach Keuchhusten und Varicellen. Erkrankte am 26. VIII. während der Rückreise aus einer Ferienkolonie in Ungarn mit Erbrechen, Diarrhöe, Kopfschmerzen und Fieber.

Status: Entsprechend großer, schwerkrank aussehender Knabe von 25,8 kg Körpergewicht, 67 cm Sitzhöhe und 95 Gelidusi. Haut blaß, Fettpolster gering, desgleichen Turgor. Erbsengroße Drüsen im Kieferwinkel und am Hals. Skelett kräftig, keine Zeichen von Rachitis. Abdomen in der Brusthöhe, gespannt, empfindlich. Milz zirka 2 Finger breit unter dem Rückenbogen sehr weich, tastbar, Leber nicht erreichbar. Lunge: vereinzelte bronchitische Geräusche über beiden Lungen, sonst o. B. Herz: Töne rein, etwas dumpf. Puls regelmäßig, dickrot, leicht unterdrückbar. Nervensystem: leichte Nackensteifigkeit, Babinski rechts angedeutet, Oppenheim beiderseits positiv. Symphysishänomen I +, II rechts +, Kernig +. Starke Dermographie, Reflexerregbarkeit erhöht, Sensorium frei. Augen injiziert, Ohren und Nase o. B. Mundhöhle rot, Zunge grau-weiß belegt, Rand und Spitze frei, rot. Rachen rot. Tonsillen frei. Zähne cariös. Pirquet negativ. Mantoux positiv. Harn o. B. Stuhl geformt. Temperatur um 39°.

Diagnose: Typhus? Scharlatina? Meningoencephalismus.

Therapie: Bettruhe, Mastkur.

Dekursus. 23. VIII. früh Continua um 39°. Allgemeinbefinden unverändert. Desgleichen Meningoencephalismus. Gruber-Widal und bakteriologischer Blut- und Stuhlbefund negativ. An der Brust und am Bauch und am Rücken für Typhus typisches Roseolenexanthem, welches aber an den beiden Flanken in ein kleinfleckiges scarlatiniformes Exanthem übergeht. Gestern nach der Aufnahme noch 150/17 proz. Zuckervollmilch getrunken. Heute auf 6 dmsq eingestellt (25 hn leichte gemischte Kost) Appetit gering, doch gelingt es mit Zuspruch die vorgeschriebene Menge in 7 Mahlzeiten beizubringen. Lumbalpunktion ergibt nicht wesentlich erhöhten Druck. Liquor klar, o. B.

29. VIII. abends. Am ganzen Körper kleinfleckiges typisches Scharlaxexanthem. Puls 132. Herzaktion regelmäßig, etwas pendelrhythmisch.

30. VIII. Kontinuierliches Fieber über 39°. Exanthem in voller Blüte. Leichter Ikterus. Auf 7 dmsq eingestellt. 7 Mahlzeiten. Fleischfreie, salzarme, gemischte Kost. Nervensymptome noch sehr deutlich.

31. VIII. Allgemeinbefinden unverändert. Exanthem blaßt ab, Rachen noch sehr rot. Zunge rein, scarlatinös. Ohrenschmerzen links. Trommelfell gerötet. Nahrungsaufnahme wie am Vortage. Puls 136. Gewichtszunahme.

1. IX. Perforation des rechten Trommelfells, Fieber unvermindert. Exanthem fast abgeblaßt. Rachen rein, noch rot. Puls 120. Nahrungsaufnahme unverändert. Gewichtszunahme.

3. IX. Beginnende Schuppung. Continua über 38°. Allgemeinbefinden unverändert. Rechtes Ohr fließt. Puls um 100 herum. Nahrungsaufnahme andauernd gut, desgl. Gewichtszunahme.

6. IX. Starke Schuppung, sonst unverändert.

9. IX. Tief remittierendes Fieber, fortschreitende Gewichtszunahme, Harn o. B.

12. IX. Langsame Fieberlyse. Steile Gewichtszunahme. 1 pro Mille Albumen. Nephritis. Diurese gering.

13. IX. Kolossale Gewichtszunahme. 2 pro Mille Eiweiß, 925 g Harn, subfebrile Temperatur, etwas Erbrechen. Puls 88, gut. Spuren von Ödem um die Knöchel.

14. IX. Weitere Gewichtszunahme um 1,2 kg. 325 g Harn. Diuretin.

15. IX. Bessere Diurese, 2 pro Mille Eiweiß, 1175 Harn, fast fieberfrei. Ödeme verschwunden.

16. IX. Gewichtssturz, gute Diurese, Albumen in Spuren.

20. IX. Bis heute fast geradliniger Gewichtssturz, immer bessere Diurese. Albumen in Spuren. Subfebrile Temperaturen.

22. IX. Lymphadenitis postscarlatinosa am Hals mit Temperaturen um 38°. Albumen in Spuren, Gewichtszunahme.

25. IX. Fieberfrei, Drüsen noch tastbar; frisch, geringe Albumenspur.

27. IX. Fortschreitende Rekonvaleszenz, sehr frisch, guter Appetit, volle gemischte Kost, liegt im Freien.

1. X. Ungestörte Rekonvaleszenz, Wohlbefinden, sehr gute Gewichtszunahme, fieberfrei.

8. X. Entlassung mit 39,9 kg Körpergewicht, 101 Gelidusi, kräftig, voll, von der Sonne gebräunt.

Epidemie. Mittelschwerer Scharlach bei einem 13jährigen Knaben, kompliziert durch Otitis, Nephritis und Lymphadenitis postscarlatinosa. 27 tägige Fieberperiode, Mastkur.

Gewichtszunahme von 25,8 auf 30,9 = 5,1 kg in 42 Tagen, mithin durchschnittlich über 110 g pro Tag. Schöner Ausschlag der Gewichtskurve zur Zeit der Nephritis. Günstiger Verlauf und Heilung.

7. Ludwig Müller, geb. am 14. VIII. 07, aufgenommen am 31. III. 19. 12jähriger Knabe. Zweite, rechtzeitige normale Geburt. Brustnahrung zu Hause. Daten über die Entwicklung im Säuglingsalter nicht feststellbar. Mit 6 Jahren Masern, danach Lungenentzündung. Sonst stets gesund. Seit gestern Kopf- und Halsschmerzen. Schluckbeschwerden. Fieber. Familienanamnese o. B.

Status am 31. III. 19. Entsprechend großer, blasser, magerer Knabe von 25,5 kg Körpergewicht, 70 cm Sitzhöhe und 90 Gelidusi. Fettpolster gering, Turgor mäßig. Bohnengroße Drüsen am Hals und im Kieferwinkel. Skelett grzail, o. B. Abdomen o. B. Milz und Leber o. B. Lunge o. B. Herz o. B. Puls regelmäßig frequent, 128. Nervensystem: Sens. frei. Patellarklonus, sonst o. B. Augen. Ohren und Nase o. B. Mund gerötet, Zunge belegt, himbeerartig, Rachen sehr rot, an den geschwollenen Tonsillen gelbliche Beläge. Bakteriell. nur grampositive Kokken. Pirquet negativ. Mantoux positiv. Harn und Stuhl o. B. Temperatur um 40°. Diagnose: Scharlachverdacht, Diphtherie? Therapie: 3000 AE. intramuskulär, Überwachung der Ernährung.

Dekursus. 1. IV. 19. In der Nacht trat am ganzen Körper typisches, intensives Scharlachexanthem auf, besonders intensiv an der Innenseite der Oberschenkel. Follikelschwellungen. Gesicht hochrot. Circumorale Blässe. Rachen stark gerötet, am weichen Gaumen feine Blutaustritte. Beläge schmierig, weich. Starke Schluckschmerzen. Die Ernährung wird so eingerichtet, daß der Pat.

nur bis zur Deckung des Minimums (3 dnsq = 14 hn) gezwungen wird, sonst wird das spontane Verlangen nach dem Essen abgewartet. Gekühlte 17 proz. Zuckervollmilch.

2. IV. Ausschlag hinter den Ohren mit Pigmentierung, abgeblaßt. Bauchhaut dunkelrot, auf Druck grünlichgelb. Halsschmerzen lassen nicht nach. Drüsen am Hals geschwollen und schmerzhaft. Trommelfell blaß: Harn o. B. Hochgestellt. Appetit sehr gering. Der Minimalbetrag wird mit Mühe beigebracht, Nahrungsdarreichung nur durch Durstgefühl erleichtert. Gewichtsabnahme. Fieber hält an.

4. IV. Ausschlag verblaßt bis auf eine schmutzigbraune Verfärbung der Schenkelbeugen. Augen haloniert. Conjunctivitis. Gewichtsabnahme. Milz tastbar, weich. Herztöne rein. Puls weich, wechselrhythmisch. Punktförmige Schuppung im Gesicht. Rachen sehr rot, in Reinigung.

5. IV. I. Herzton unrein, zeitweise Extrasystolen, Harn eiweißfrei. Allgemeines Befinden sehr mäßig. Nahrungsaufnahme noch immer nur 3 dnsq.

7. IV. Gewichtsabnahme bis 24 kg (seit der Einlieferung 1,5 kg!). Allgemeines Befinden sehr mäßig. Subfebrile Temperaturen. Appetit etwas besser.

10. IV. Frischer, seit 3 Tagen 5 dnsq. Keine Gewichtsabnahme mehr. Leichte gemischte Kost. Schluckbeschwerden geringer. Punktförmige Schuppung an den beiden Ohrläppchen.

12. IV. Appetit kehrt wieder! 6 dnsq. Subfebril. Schuppung. Blaß.

14. IV. Wohl. Gewichtszunahme.

19. IV. Harn stets eiweißfrei. Wohl. Schuppung intensiv. Herzaktion sehr gut. Keine Arrhythmie.

22. IV. Auf Verlangen 7 dnsq. Rapide Gewichtszunahme.

8. V. Bis heute ungestörte Rekonvaleszenz. Entlassung mit 27,3 kg Körpergewicht und 93 Gelidusi.

Epikrise. Mittelschwerer Scharlach bei einem 12jährigen Knaben. Schwere Angina. Große Schluckschmerzen und hohes Fieber. Experimenti causa wurde anfänglich die Nahrung auf den Minimalbetrag beschränkt. Dauer der absoluten Appetitlosigkeit: 1 Woche seit dem Ausbruch des Exanthems, dabei Gewichtsabnahme von 1,5 kg. Während dieser relativen Hungerzeit schlechtes Allgemeinzustand. Dann langsame Besserung des Appetits und Zunahme von 24 auf 27,3 = 3,3 kg in 31 Tagen, mithin etwas über 100 g pro Tag.

8. Karl Radl, geb. 7. III. 17. Aufgenommen am 8. V. 18. 14 Monate alter Knabe. Erste, rechtzeitige, normale Geburt. Brust bis zum 5. Monat. Dann Kuhmilch mit Wasser verdünnt und Grießbrei. Zähne mit 5 Monaten. Laufen mit 10 Monaten. Spricht noch sehr wenig. Bisher stets gesund gewesen. Erkrankt am 7. V. mit hohem Fieber, Husten und Schwitzen. Kein Appetit. Seit gestern fast keine Nahrungsaufnahme. Stuhl stets regelmäßig.

Status. Blasses Kind in mäßig gutem Ernährungszustand mit 11,1 kg Körpergewicht, 51 cm Sitzhöhe und 94,5 Gelidusi. Erbsengroße Drüsen sub maxillam. Fontanelle geschlossen. Schädel hart. Rachitischer Rosenkranz. Abdomen in Brusthöhe o. B. Lunge o. B. Herz o. B. Puls beschleunigt, weich, 124 in der Minute. Augen, Ohren und Nase o. B. An der Wangenschleimhaut kleine, punktförmige Hämorrhagien und weißliche, koplikähnliche Pünktchen. Rachen rot, auf der rechten Tonsille schmutziggelblicher, konfluierender Belag. Zunge belegt. Di-Bac. ++.

Nervensystem: sehr matt, Reflexe o. B. Temperatur über 38°. Pirquet schwach positiv. Diagnose: Rachendiphtherie, Masern? Therapie: 2000 AE. intramuskulär. Überwachung der Ernährung.

Dekursus. 9. IV. Temperatur kontinuierlich bis 39°. Sehr matt. Gestern nur 3 hn Zuckerwasser. Heute 18 hn in 6 Mahlzeiten, als Vollmilch mit 17proz. Zucker- und Grießbrei, entsprechend 7 dnsq. Langsame Fütterung mit Löffel.

10. IV. Nase fließt stark. Conjunctivitis. Belag über der Tonsille nicht mehr konfluierend, schmierig. Koplik. Nahrungsaufnahme wie gestern, etwas besser. Masern.

11. IV. Sehr unruhig. Masernexanthem über Kopf, Hals, besonders hinter den Ohren. Große Schwierigkeiten bei der Nahrungsdarreichung. Würgen, aber kein Brechen. Temperatur über 39°, Puls 132. Kühle Bäder, danach Fütterung.

12. IV. Exanthem über den ganzen Stamm und die Oberschenkel. Einzelne Efflorescenzen erreichen die Fußspitzen. Husten. Bronchitis. Temperatur über 38°. Puls 124. Bäder. 12 Mahlzeiten, auch in der Nacht. Rachen rein.

13. IV. Frischer. Appetit besser. Kartoffelbrei. 10 Mahlzeiten. Bronchitische Geräusche besonders über der r. Lunge. Exanthem in voller Blüte. Temperaturen über 39°, Puls 108.

14. IV. Fieberfrei. Gewichtszunahme. Exanthem blaßt ab. Nahrungsaufnahme besser. Nur 8 Mahlzeiten. Stühle fortwährend gut. Kein Erbrechen.

16. IV. Wohl, lustig, beginnende Pigmentierungen des ablassenden Exanthems. 6 Mahlzeiten ohne Schwierigkeiten.

19. IV. Auf Wunsch der Eltern frisch und lustig mit 12 kg entlassen.

Epikrise. Leichte Rachendiphtherie bei einem 14 Monate alten, Pirquet positiven Kinde, kompliziert durch Masern. 7 dnsq in 17 proz. Zuckervollmilch, Grießbrei und Gemüse. Trotz Masern erfolgreiche Mastkur. Gewichtszunahme von 11,1 bis 12 kg = 0,9 kg in 10 Tagen (davon 6 Tage hohen Fiebers), mithin durchschnittlich 90 g pro Tag.

Das Kind wurde einige Male im Sommer 1918 vorgestellt, es ging ihm sehr gut, und es bot keine Zeichen von Tuberkulose bzw. Skrofulose.

9. Auguste Trinkler, geb. am 18. V. 15. Aufgenommen am 7. XII. 18. 3 $\frac{1}{2}$ jähriges Mädchen. Siebente, rechtzeitige normale Geburt. Brustkind. Entwicklung im Säuglingsalter normal. Bisher stets gesund gewesen. Keine Infektionskrankheiten, auch nicht geimpft. Erkrankt am 2. XII. mit Fieber, Husten und Schnupfen, ist seither sehr matt und schläfrig, klagt beständig über Kopfschmerzen. Seit der Erkrankung gar kein Appetit und äußerst geringe Nahrungsaufnahme. Seit dem 5. XII. kein Stuhl. Seit heute früh Ausschlag am ganzen Körper. Familienanamnese o. B.

Status am 8. XII. 18. Schwerkrank aussehendes, kleines, stark abgemagertes Mädchen von 9,9 kg Körpergewicht, 52 cm Sitzhöhe und 89 Gelidusi. Am ganzen Körper ablassendes grobfleckiges Masernexanthem. Fettpolster sehr dürrig, Turgor gering. Bohnengroße Drüsen im Kieferwinkel. Skelett mäßig rachitisch. Abdomen in der Brusthöhe, weich, unempfindlich. Milz deutlich palpabel. Leber am Rippenbogen. Lunge: Perkussion normal. Über dem r. Unterlappen zahlreiche kleinblasige Rasselgeräusche. Viel Husten. Herz o. B. Puls regelmäßig, weich, 120. Nervensystem: Sensorium frei. Somnolenz, weinerliche Stimmung. Augen

verklebt, Conjunctivitis. Ohren o. B. Nase fließt. Mundschleimhaut gerötet, locker, an der Wangenschleimhaut zahlreiche Aphten. Foetor. Zunge belegt. Rachen rein. Tonsillen gerötet. Harn o. B. Kein Stuhl. Tuberkulinreaktion negativ. Temperatur gestern über 40°, heute über 38°. Diagnose: Masern, Bronchitis. Stomatitis aphthosa. Therapie: Überwachung der Ernährung. Bäder. Mundspülungen mit H₂O₂.

Dekursus. 9. XII. 18. Temperatur um 38°. Exanthem pigmentiert, keine Schuppung. Über dem r. Unterlappen Schallverkürzung, zähes Rasseln, kein Bronchialatmen. Linkes Trommelfell gerötet. Aphten auf der Zunge. Nahrungsaufnahme außerordentlich erschwert. Kühle 17 proz. Zuckervollmilch, kleine Mahlzeiten. Großer Widerstand. Würgen. Es gelingt nur 13 hn (gestern) beizubringen (5 dnsq).

10. XII. Temperaturanstieg. Sehr hinfällig. Röntgendurchleuchtung ergibt im Bereiche der Hiluszeichnung rechts zahlreiche kleine Schattenflecke. Viel Husten. Mundschleimhaut unverändert. Schmerzen bei der Nahrungsaufnahme. 15 hn mit äußerster Mühe in auf Tag und Nacht verteilte kleine Fütterungsmahlzeiten. Herz gut. Puls weich, regelmäßig, 116.

12. XII. Unverändert. Wird gebadet und herumgetragen. Äußerste Appetitlosigkeit hält an. Leichte Dyspnöe. Lungenbefund unverändert. Gestern erbrochen. Stuhl angehalten.

14. XII. Mundschleimhaut leicht blutend. Aphten im Zurückgehen. Spur frischer. Appetitlosigkeit hält dennoch an. Nahrungsaufnahme äußerst mühsam. Seit gestern Grießbrei. Es ist nicht möglich, mehr als 13 hn beizubringen. Lungenschall rechts aufgehellt. Vereinzelt Rasseln. Herzaktion befriedigend.

16. XII. Trommelfelle beiderseits vorgewölbt. Beiderseits Parezentese. Schleimig-eitriges Exsudat. Temperatur andauernd hoch. Allgemeines Befinden wieder schlechter. Nahrungsdarreichung außerordentlich mühsam.

17. XII. Reichliches Rasseln rechts hinten-unten. Sehr schlechte Laune. Appetitlosigkeit und Fieber halten an.

19. XII. Unverändert, matt und appetitlos, trotz Temperatursenkung. Lungenbefund bis auf vereinzelt Rasseln negativ. Mund reiner.

22. XII. Seit 3 Tagen fieberfrei, dennoch völlig appetitlos. Ulcerationen auf der Zunge verheilt. Lunge o. B. Ohrenfluß gering.

25. XII. Frischer. Deutliche Rekonvaleszenz. Appetit besser. 15 hn.

29. XII. Ungestörte Rekonvaleszenz. Rückgang sämtlicher Symptome. Gewichtszunahme. Entlassung mit 10,1 kg Körpergewicht und 90 Gelidusi.

Epikrise. Pneumonie nach Masern mit Stomatitis und Glossitis aphthosa bei einem 3½ jährigen sehr heruntergekommenen Mädchen. Entfieberung erst am 18. Krankheitstage. Äußerste, unüberwindliche Appetitlosigkeit. Infolgedessen knappe Ernährung zu 5 dnsq, dabei annähernd stationäres Gewicht. Die Appetitlosigkeit überdauerte die Fieberperiode um fast eine Woche.

10. Ilse Stoerk, geb. am 12. V. 10. Aufgenommen am 30. IV. 18. 8 Jahre altes Mädchen. Zweite, rechtzeitige, normale Geburt. 8 Tage Brustmilch, dann künstlich. Zähne? Laufen mit 13 Monaten. Sprechen mit 1½ Jahr. Mit 2 Monaten Pemphigus und Otitis med. bilat. Mit 5 Jahren Varicellen, mit 7 Jahren Scharlach und Keuchhusten. Öfters Anginen. Seit dem 26. IV. Fieber, Husten und Schnupfen.

Am 29. IV. bemerkte die Mutter einen Belag im Hals. Appetit sehr gering. Stuhl regelmäßig.

Status. Entsprechend entwickeltes Mädchen in mäßig gutem Ernährungszustand von 24,5 kg Körpergewicht, 66 cm Sitzhöhe und 95 Gelidusi. Keine Drüsen im Kieferwinkel, am Hals und in der Achsel bohnen groß, in der Leiste erbsengroß. Abdomen o. B. Milz und Leber o. B. Lunge: Thorax seitlich abgeflacht, besonders rechts. Kein Befund. Herz o. B. Puls etwas frequent, gut, 120. Nervensystem o. B. Augen: leichte Conjunctivitis. Ohren o. B. Nase: etwas Schnupfen. Mund rein, Rachen rot, auf den Tonsillen follikuläre, nicht konfluierende Beläge. Zähne gut, vollzählig. Harn und Stuhl o. B. Pirquet positiv. Temperatur über 39°. Diagnose: Angina follicularis. Masernverdacht. Therapie: Überwachung der Ernährung. Gemischte Kost.

Dekursus. I. V. Belag unverändert. Etwas Schluckschmerzen. Nase fließt. Gestern noch 11 hn, heute 26 hn = 6 dnsq. Appetit sehr mäßig. Zuspriech. Temperatur über 38°.

2. V. Belag verschwunden. Koplik. 28 hn. Kein Stuhl. Matt, launig. Temperatur 39°.

3. V. Koplik sehr deutlich, kein Exanthem. Matt und launig. 30 hn (7 dnsq) mit Mühe beigebracht. Starke Conjunctivitis.

4. V. Temperaturanstieg. Beginnendes Masernexanthem. Große Anorexie. nur 25 hn beigebracht. Reichlich erbrochen.

5. V. Grobfleckiges Masernexanthem über dem Stamm bis zur Mitte der Oberschenkel, besonders deutlich über Bauch und Gesicht. Sehr appetitlos. Temperatur im Abfall. Nur 23 hn. Gewicht stationär. Lunge bis auf leichte Bronchitis o. B.

7. V. Seit gestern fieberfrei. Appetit etwas besser, 30 hn. Etwas Husten.

9. V. Exanthem abgeblaßt, leicht pigmentiert. Fieberfrei. Wohl. 30 hn. Bronchitis im Rückgang. Gewicht stationär.

11. V. Subfebrile Temperatur bei vollem Wohlbefinden — kein Befund. Nahrungsaufnahme unverändert schlecht.

13. V. Temperatur um 38°. Kein Befund (Tuberkulose?). Sonst unverändert.

16. V. Status idem.

19. V. Auf Wunsch der Eltern mit 25 kg entlassen.

Epikrise. Angina, dann Masern bei einem Pirquetpositiven 8jährigen Mädchen in leidlichem Ernährungszustand. Trotz 6—7 dnsq, (kein Erbrechen und gute Stühle), keine Mästung. Starke Schwankungen des Körpergewichtes (um 0,5 kg). Nach abgelaufener Krankheit Temperatursteigerungen ohne nachweisbare Ursache (Tuberkulose?).

11. Johann Čaček, geb. am 5. I. 05. Aufgenommen am 2. X. 18. 13½ jährl. Knabe. Zweite, rechtzeitige, normale Geburt. 7 Wochen Brust. Zähne mit 7 Monaten. Laufen mit 11 Monaten, Sprechen mit 17 Monaten. Im Kleinkinderalter Masern und Scharlach. Danach Nephritis. Seit einigen Tagen bellender Husten, besonders stark gestern. Seit heute Halsschmerzen, Übelsein und Heiserkeit.

Status. Kräftiger Knabe in befriedigendem Ernährungszustand. 31,8 kg Körpergewicht, 69 cm Sitzhöhe und 98,5 Gelidusi. Haut mäßig gefärbt, Fettpolster befriedigend, Turgor gering. Erbsengroße Drüsen im Kieferwinkel. Skelett kräftig, keine Rachitis. Abdomen weich, unempfindlich in der Brusthöhe. Milz und Leber

o. B. Lunge o. B. Bellender, croupartiger Husten. Heisere Stimme. Herz o. B. Puls gut, 100. Nervensystem o. B. Kein Meningoencephalismus. Augen, Ohren, Nase o. B. Mundhöhle rein. Zähne gut, Zunge belegt. Rachen, namentlich hintere Rachenwand, stark hyperämisch, schleimig, eitrig belegt. Tonsillen frei. Di-Bacillen negativ. Pirquet positiv. Harn und Stuhl o. B. Temperatur über 40°. Diagnose: „Spanische Grippe“. Therapie: Bettruhe, Mastkur.

Dekursus: 2. X. 18. Fiebert über 38°, noch sehr matt, Appetit gering. Gestern nach der Aufnahme noch 150 17 proz. Zuckervollmilch genommen, heute auf 7 dmsq mit 32 hn eingestellt. Leichte gemischte Kost. 7 Mahlzeiten. Zuspruch. Husten unverändert, 2 Bäder mit Überguß.

3. X. Subfebrile Temperatur, etwas frischer, Nahrungsaufnahme besser. 5 Mahlzeiten. Rachen rein, rot.

5. X. Fortschreitende Rekonvaleszenz, Heiserkeit geringer, etwas Husten, subfebril.

7. X. Fieberfrei, wohl, fast kein Husten mehr, glänzende Gewichtszunahme.

8. X. Entlassung mit 33,1 kg Körpergewicht und 100 Gelidusi.

Epikrise. Leichte, hochfieberhafte Grippe mit Heiserkeit und croupösem Husten bei einem 13½-jährigen Knaben. Gewichtszunahme von 31,9 auf 33,1 = 1,5 kg, mithin 171 g pro Tag im Durchschnitt.

12. Zita Wisejky, geb. am 21. III. 16. Aufgenommen am 21. X. 18. 2½-jähriges Mädchen. Sechste, rechtzeitige normale Geburt. 2 Monate Brust, dann künstlich zu Hause. Zähne mit 6 Monaten, Laufen mit 18 Monaten, Sprechen mit 2 Jahren. Mit 5 Monaten Pertussis und Pneumonie. Ist seither sehr empfindlich. Mit 1 Jahr und mit 2 Jahren Pneumonien. Erkrankt am 11. X. mit Fieber, Husten, äußerster Appetitlosigkeit und großer Mattigkeit. Seit dem 17. X. Verschlimmerung des Zustandes. Angestrenzte Atmung und verfallenes Aussehen. Stuhl angehalten. Familienanamnese o. B.

Status am 21. X. 18. Äußerst heruntergekommenes Mädchen von 10 kg Körpergewicht, 52 cm Sitzhöhe und 89 Gelidusi. Äußerste Blässe der Haut mit Stich ins Cyanotische, Fettpolster sehr dürrig, desgleichen Turgor. Keine Drüsen. Skelett grazil, o. B. Abdomen o. B. Milz und Leber o. B. Lungen: Über beide Unterlappen diffus bronchopneumonische Herde. Herz o. B. Puls sehr weich, klein und frequent, 132. Nervensystem o. B. Augen, Ohren o. B. Nase fließt. Mundhöhle und Rachen gerötet. Zunge belegt. Tonsillen geschwollen. Zähne defekt. Pirquet negativ. Harn o. B. Stuhl angehalten. Temperatur über 39°. Diagnose: Grippe. Lobulärpneumonien. Therapie: Bäder, Sauerstoff, Campher. Digipurat. Überwachung der Ernährung.

Dekursus. 23. X. Unverändert. Sehr hinfällig. Nahrungsaufnahme sehr mühsam. Viele kleine Mahlzeiten, besonders nach den Bädern, Erbrechen. Hohe Temperatur. Cyanose.

25. X. Immer sehr elend. Halonierte Augen. Viel Erbrechen. Nahrungsdarreichung außerordentlich erschwert, namentlich auch durch die Dyspnöe. Dennoch 18 hn.

28. X. Fieber im Sinken. Appetitlosigkeit unverändert. Allgemeinbefinden noch sehr schlecht. In den letzten Tagen viel Erbrechen. Konnte nicht nachgefüttert werden, daher Gewichtsabnahme.

30. X. Etwas frischer. Gewichtsabnahme ausgeglichen. Erbrechen seltener. Subfebril.

31. X. Lungenschall hell, über beide Hinterlappen zähes Rasseln. Herz besser.

2. XI. Fieberfrei. Seit gestern besserer Appetit, gemischte Kost. Bessere Hautfarbe.

5. XI. Rekonvaleszenz. Entlassung mit stationärem Gewicht. Gut gefärbt.

Epikrise. Doppelseitige Lobulärpneumonien im Anschluß an Grippe bei einem stark heruntergekommenen $2\frac{1}{2}$ jährigen Mädchen. Nahrungsdarreichung durch Appetitlosigkeit sehr erschwert, Erfolg durch Erbrechen nur auf Erhaltung des ursprünglichen Gewichts beschränkt.

13. Robert Czerny, geb. am 8. VI. 16. Aufgenommen am 25. III. 19. $2\frac{3}{4}$ jähriger Knabe. Zweite, rechtzeitige normale Geburt. 7 Monate Brust. Entwicklung normal. Bisher stets gesund gewesen. Seit 10 Tagen hohes Fieber, bis über 39° , sonst keine Beschwerden. Stuhl breiig, 1 mal täglich. Sehr appetitlos. Seit 3 Tagen Ausschlag am Bauch.

Status am 25. III. 19. Entsprechend großes wohlgenährtes Kind von 13,7 kg Körpergewicht, 55 cm Sitzhöhe und 94 Gelidusi. Haut gut gefärbt, Fettpolster und Turgor befriedigend. Keine Drüsen. Skelett kräftig, o. B. Abdomen weich, in der Brusthöhe, leichte Tympanie, Leber am Rippenbogen, Milz nicht tastbar. Lunge o. B. Herz o. B. Puls regelmäßig, kräftig. Nervensystem: Sensorium frei. Leichter Meningoencephalismus. Augen, Ohren und Nase o. B. Mund rein, Zunge belegt, Tonsillen gerötet. Pirquet negativ. Mantoux negativ. Harn o. B. Diazo negativ. Stuhl breiig. Über den ganzen Stamm, besonders am Bauch, dicht disseminiertes Roseolenexanthem. 2700 Leukocyten. Gruber-Widal 1 : 1000. Diagnose: Typhus abd. 11. Krankheitstag. Therapie: Bäder. Überwachung der Ernährung.

Dekursus. 26. III. Unverändert. Ernährung mit Zwang. 17 proz. Zuckervollmilch und Grießbrei, 20 hn (6,6 dnsq) in 10 Mahlzeiten. Völlige Appetitlosigkeit. Löffelfütterung. Erbrechen.

27. III. Roseolen in Abblassung. Temperatur über 39° . Appetit unverändert schlecht. Stuhlverhaltung.

30. III. Etwas frischer. Tiefere Temperaturremissionen. Roseolen verblassen. Leber und Milz tastbar. Meningoencephalismus noch nachweisbar. Herzaktion befriedigend. 8 Mahlzeiten. Zwang und Zuspruch.

1. IV. Seit 2 Tagen fieberfrei, relativ wohl. Appetit unverändert schlecht, immer noch 8 Mahlzeiten, leichte gemischte Kost.

4. IV. Status idem. Milz wie am 30. III. Blaß. Appetit unverändert schlecht. 8 Mahlzeiten.

10. 4. Ungestörte Rekonvaleszenz. Appetit erst seit vorgestern besser. Entlassung mit unverändertem Gewicht.

Epikrise. Leichter Typhus abd. bei einem $2\frac{3}{4}$ jährigen Knaben. Die Appetitlosigkeit überdauert die Entfieberung um 8 Tage. Erhaltungskost. Gewicht unverändert.

14. Franz Bratena, geb. am 20. I. 09. Aufgenommen am 5. II. 19. 10jähriger Knabe. Zweite rechtzeitige normale Geburt. 16 Monate Brust. Zähne mit 14 Monaten, Laufen und Sprechen mit 1 Jahr. Vor 6 Monaten Grippe. Sonst

soll stets gesund gewesen sein. Seit 5 Wochen Appetitlosigkeit, Abmagerung und Blässe, seit 8 Tagen Kopfschmerzen und Fieber.

Status am 6. II. 19. Entsprechend großer, blasser magerer Knabe von 25 kg Körpergewicht, 70 cm Sitzhöhe und 90 Gelidusi. Mäßige Cyanose der Lippen. Am Stamm Tuberkulide. Fettpolster und Turgor dürrig. Bohnengroße Drüsen im Kieferwinkel. Skelett o. B. Abdomen mäßig aufgetrieben, Rectusdiastase. Milz tastbar, weich. Leber o. B. Lunge; Schallverkürzung über der r. Spitze und links hinten 2 Querfinger unterhalb des Angulus Scap. bis zur hinteren Axillarlinie, dortselbst spärliches Knisterrasseln auf der Höhe des Exspiriums. Herz in normalen Grenzen. Kurzes, systolisches, kratzendes Geräusch an der Spitze. Zweiter Pulmonalton akzentuiert. Puls beschleunigt, regelmäßig, äqual, weich, 102. Nervensystem: Sensorium frei, sonst o. B. Augen, Ohren und Nase o. B. Mund und Rachen rein. Pirquet negativ. Mantoux positiv. Harn: Spuren von Albumen. Diazo und Weiß negativ. Gruber-Widal 1 : 500. Stuhl o. B. Temperatur um 40°. Diagnose: Typhus abd. bei einem Tuberkulosekinde. Therapie: Bäder. Typhin. Überwachung der Ernährung. Analeptica.

Dekursus: 7. II. Komplette Appetitlosigkeit. Große Aufregung bei Versuchen der Nahrungsdarreichung. Mit Rücksicht auf das Herz wird nur 5—4 dnsq zugeführt. Viele kleine Mahlzeiten. 17proz. Zuckervollmilch, kühl. Befinden unverändert. Digipurat.

8. II. Typhininjektion intramuskulär (5 mg). 2 Stunden danach Schüttelfrost und Temperaturanstieg bis 41°. Nahrungsdarreichung immer außerordentlich mühsam, auch 4 dnsq sind sehr schwer beizubringen.

10. II. Seit der Typhininjektion tiefere Remissionen. Die Wirkung auf das Allgemeinbefinden bleibt jedoch aus. Sehr matt, völlig appetitlos. Noch immer nur 4 dnsq.

12. II. Langsame Temperaturlyse. Spur frischer. Herz besser. 5 dnsq. Gewichtsabnahme.

16. II. Subfebril. Dennoch kein wesentlich besserer Appetit. Nur 5 dnsq. Fortschreitende Gewichtsabnahme.

19. II. Fieberfrei. Appetitlos. Sehr matt. Furunkel am Gesäß und am linken Ellbogen.

23. II. Viel frischer. Appetit endlich etwas besser. 6 dnsq.

26. II. Wohl. Gewichtszunahme. 6 Mahlzeiten, leichte gemischte Kost.

27. II. Rezidiv bei gutem Allgemeinbefinden. Appetit täglich besser.

1. III. Leichtes Rezidiv. Dennoch Steigerung auf 7 dnsq. Steile Gewichtszunahme, trotz Fiebers um 38°.

4. III. Lyse. Wohl.

20. III. Bis heute ungestörte Rekonvaleszenz. Entlassung.

Epikrise. Mittelschwerer Typhus bei einem 10jährigen Knaben. Typhininjektion am 12. Krankheitstage unwirksam. Nach anfänglicher Gewichtsabnahme von fast 2½ kg (bei 4—5 dnsq) rasche Gewichtszunahme während des Rezidivs und der Rekonvaleszenz von 22,6 auf 26,2 = 3,6 kg in 29 Tagen, mithin etwa 125 g pro Tag. Während der ersten Fieberperiode bestand eine solche Appetitlosigkeit, und der Knabe regte sich bei den Versuchen der Nahrungsdarreichung so stark auf, daß von der Forcierung der Ernährung mit Rücksicht auf das Herz Abstand genommen wurde.

15. Marie Duchet, geb. am 15. IV. 07. Aufgenommen am 27. V. 18. 11jähr. Mädchen. Neunte, rechtzeitige normale Geburt. 12 Monate Brust. Entwicklung im Säuglingsalter normal. Masern mit $2\frac{1}{2}$ Jahren, Pertussis mit 7 Jahren. Sonst stets gesund gewesen. Seit 3 Wochen Bauchschmerzen und hohe Temperaturen, Stuhl angehalten. Äußerst geringer Appetit und minimale Nahrungsaufnahme. Seit gestern flüssige Stühle. Vater geisteskrank.

Status am 28. V. 18. Entsprechend großes, stark abgemagertes Mädchen von 23,3 kg Körpergewicht, 71 cm Sitzhöhe und 87 Gelidusi. Haut blaß. Dichte Roseolenaussaat am Abdomen, am Rücken, an der Brust, vereinzelt auch an den Extremitäten. Fettpolster und Turgor dürrig. Keine Drüsen. Skelett o. B. Abdomen o. B. Milztumor. Lunge: diffuse Bronchitis über beide Lungen. Herz o. B. Puls weich, dickrot, 136. Nervensystem: Sensorium frei. Apathie. Deutlicher Meningoencephalismus. Äugen o. B. Ohren: schwerhörig. Nase o. B. Mundhöhle trocken, Rachen rot und trocken, Lippen borkig, Zunge belegt. Harn: Spuren von Albumen. Diazo +. Stuhl flüssig, typisch. Gruber-Widal 1 : 1000. Leukocyten: 3800. Pirquet positiv. Temperatur um 40°. Diagnose: Typhus abd. Therapie: Bäder, Überwachung der Ernährung. Typhin.

Dekursus. 31. V. Unverändert schweres Krankheitsbild. Typhin unwirksam. Appetit sehr gering. Löffelfütterung, zum größten Teil 17 proz. Zuckervollmilch und Grießbrei. Nach Wunsch ab und zu Butter, Weißbrot und Eier. Oft Erbrechen, welches nicht nachgefüttert werden kann. Mengen wechselnd, je nach dem Appetit, meist unter 6 dnsq. Über beide Unterlappen Rasseln.

2. VI. Roseolen abgeblaßt, Appetitlosigkeit noch größer. Die Nahrungsdarreichung nur um 5 dnsq. Gewichtsabnahme.

6. VI. Continua auf etwas niedrigerem Niveau, etwas frischer. Sonst unverändert.

10. VI. Seit 3 Tagen leichtere Nahrungsdarreichung. 6 dnsq. Gewichtsstillstand. Stuhl immer angehalten. Temperatur hoch. Lungenbefund unverändert.

18. VI. Tiefere Temperaturremissionen. Sonst Status idem, 6 dnsq. ohne wesentliche Schwierigkeiten.

23. VI. Gewichtszunahme. Seit 5 Tagen Temperatur wieder im Anstieg. Rezidiv. Wieder Ausbruch unüberwindlicher Appetitlosigkeit.

25. VI. Nahrungstagesmenge muß bis auf 3 dnsq reduziert werden. Mehr beizubringen gelingt es nicht. Kleine, häufige Mahlzeiten, nur 17 proz. Zuckervollmilch. Nachlassende Herzaktion, 144 Pulse. Digipurat.

29. VI. Rezidiv im Abklingen. Gewichtsabnahme, Appetitlosigkeit hält an.

2. VII. Andauernde Temperatur über 38°. Appetit bessert sich, so daß Ansteigen mit den Nahrungsmengen möglich. Allgemeinbefinden sehr mäßig. Bronchitis hält an. Herz besser.

5. VII. Endlich 7 dnsq erreicht. Fieber hält an. Nahrungsdarreichung zwar mühsam und heute durch Erbrechen gestört, doch viel leichter als früher. Sehr matt.

9. VII. Gewichtszunahme, frischer. Atmungsgeräusch reiner.

16. VII. Subfebril. Frischer. Gewichtszunahme.

21. VII. Auf Wunsch der Mutter mit 23,8 kg Körpergewicht entlassen.

Epikrise. Sehr schwerer, langdauernder (über 10 Wochen Fieber!), rezidivierender Typhus bei einem 11jährigen Mädchen. Typhin unwirksam. Äußerste

Appetitlosigkeit. Anfänglich infolge ungenügender Nahrungszufuhr Abnahme um etwa $\frac{1}{2}$ kg, dann Gewichtsstillstand (bei 6 dnsq), schließlich, nach dem Rezidiv, noch während der Fieberperiode Gewichtszunahme von 22,1 auf 23,8 kg = 1,7 kg in 23 Tagen, mithin fast 70 g pro Tag.

16. Johanna Böcke, geb. am 24. IX. 06. Aufgenommen am 20. I. 19. auf eine interne Station. 12jähriges Mädchen. Zweite, rechtzeitige Zangengeburt. 2 Monate Brust, dann künstlich. Entwicklung im Säuglingsalter normal. Scharlach mit 4 Jahren, Keuchhusten mit 9 Jahren, im September 1918 Grippe. Erkrankt am 23. XII. mit hohem Fieber und großer Mattigkeit. Keine sonstigen Erscheinungen. Die ganze Zeit Temperaturen um 40° , bei relativ gutem Allgemeinbefinden, nur große Appetitlosigkeit. Seit 6 Tagen geringer Husten mit viel Auswurf, der zunächst grünlich-eitrig war. Seit 4 Tagen Erbrechen in der Frühe, abends Benommenheit. Eingeliefert als miliare Tuberkulose und Verdacht auf Meningitis tuberculosa.

Status am 21. I. 19. Entsprechend großes, sehr abgemagertes Mädchen von 27,3 kg Körpergewicht, 76 cm Sitzhöhe und 85 Gelidusi (!). Haut blaß, Fettpolster und Turgor dürrig. Keine Drüsen. Skelett kräftig, o. B. Abdomen o. B. Milz palpabel. Leber o. B. Lungen: Perkutorisch normal. Diffuse Bronchitis. Röntgenologisch o. B. Herz o. B. Puls weich, regelmäßig, 136. Nervensystem: leichter Meningoencephalismus. Augen: Skleren leicht ikterisch, Ohren, Nase o. B. Mund und Rachen rein, Lippen trocken. Zunge belegt. Harn o. B. Stuhl normal. Pirquet negativ. Mantoux negativ. Temperatur um 40° . Gruber-Widal 1 : 1000. Leukocyten 4900. Diazo negativ. Diagnose: Typhus abd. Therapie: Bäder, Überwachung der Ernährung.

Dekursus. 22. I. 19. Transferierung auf die Heubner-Abteilung (Infektion). Sensorium namentlich abends nicht ganz frei, nachts Delirien. Nahrungsaufnahme wird über das Minimum nicht forciert. 4 dnsq ohne große Mühe beigebracht.

28. I. Unverändert. Nahrungsaufnahme ohne Zwang, nur auf Zuspruch, etwas über 4 dnsq, sehr müde. Vermehrte Stühle, kein Erbrechen. Temperaturen trotz Bäder um 39° . Gewichtsabnahme. Bronchitis unverändert.

1. II. Etwas frischer. 5 dnsq.

5. II. Stadium der steilen Spitzen. Appetit besser. Viel Husten. Leichte gemischte Kost.

8. II. Subfebril. Gewichtszunahme.

12. II. Fortschreitende Rekonvaleszenz.

19. II. Seit einigen Tagen leichtes Rezidiv bei ungestört gutem Allgemeinbefinden. Gewichtszunahme.

23. II. Fieberfrei. Wohl.

6. III. Bis heute ungestörte Rekonvaleszenz. Entlassung mit 29,8 kg Körpergewicht.

Epikrise. Langdauernder schwerer Typhus abd. bei einem 12jährigen Mädchen. Relativ gutes Allgemeinbefinden. Nahrungsaufnahme ohne Zwang, mit Zuspruch. Nach anfänglicher Abnahme von etwa 1,5 kg (bei 4 dnsq) Gewichtszunahme (bei 5—6 dnsq) von 26,7 auf 29,8 kg = 3,1 kg in 31 Tagen, mithin 100 g pro Tag.

17. Josef Wollny, geb. am 23. X. 05. Aufgenommen am 14. IV. 18. $12\frac{1}{2}$ jähriger Knabe. Zweite, rechtzeitige normale Geburt. 8 Monate Brust. Ent-

wicklung im Säuglingsalter normal. Masern mit 12 Monaten. Häufig Anginen. Sonst stets gesund gewesen. Seit dem 10. IV. hohes Fieber und heftige Kopfschmerzen. Nahrung wird verweigert. Stuhl angehalten.

Status am 15. IV. 18. Entsprechend großer, magerer Knabe von 32,2 kg Körpergewicht, 77 cm Sitzhöhe und 89 Gelidusi. Haut blaß, Fettpolster dürrig, Turgor normal. Keine Drüsen. Skelett o. B. Abdomen o. B. Milz palpabel, weich. Leber o. B. Lunge o. B. Herz o. B. Puls weich, regelmäßig, 124. Nervensystem o. B. Augen, Ohren und Nase o. B. Mund rein. Zunge belegt. Rachen rein. Zähne gut. Harn o. B. Diazo negativ. Stuhl angehalten. Pirquet negativ. Mantoux positiv. Gruber-Widal 1:500. Leukocyten 4000. Temperatur um 40°. Diagnose: Typhus abd. Therapie: Bäder. Überwachung der Ernährung.

Dekursus. 16. IV. Unverändert. Keine Roseolen. Klagt viel über Kopfschmerzen. Nahrungsaufnahme spontan (besonders nach den Bädern). 3—4 dnsq. Puls gut.

18. IV. Etwas frischer. Sonst unverändert. Appetit bessert sich langsam, so daß täglich mit der Nahrungsmenge gestiegen wird. Dennoch 5 dnsq noch immer nicht erreicht. Puls gut.

23. IV. Gewichtsabnahme. Nahrungsaufnahme immer noch um 4 dnsq. Milz sehr derb. Herz gut.

25. IV. Frischer. 5 dnsq erreicht. Weitere Gewichtsabnahme. Noch immer hohe Temperaturen.

29. IV. 6 dnsq. Appetit viel besser. Leichte gemischte Kost.

6. V. Subfebril. Wohl. Guter Appetit. Gewichtszunahme. 6,7 dnsq. Normale Kost.

18. V. Wohl. Fieberfrei. Gewichtszunahme.

23. V. Ungestörte Rekonvaleszenz. Steile Gewichtszunahme. Entlassung mit 34 kg Körpergewicht.

Epikrise. Mittelschwerer Typhus abd. bei einem 12 $\frac{1}{2}$ jährigen Knaben. Spontane Nahrungsaufnahme. Appetitlosigkeit geht der Temperatur parallel. Gewichtsabnahme von über 1 $\frac{1}{2}$ kg im febrilen Stadium. Dann rapide Zunahme von 30,4 auf 34 = 3,6 kg in 23 Tagen, mithin über 150 g pro Tag.

18. Friedrich Valant, geb. am 13. XI. 17. Aufgenommen am 29. I. 18. 2 $\frac{1}{2}$ Monate alter Knabe. Erste, rechtzeitige normale Geburt. 1 Woche an der Brust, dann „Kindermilch“ vom Säuglingsschutz. Erkrankt am 28. I. mit Fieber und Verfall. Verweigert die Nahrung, schreit viel, ist sehr unruhig.

Status. Stark abgemagertes, großes Kind von 4220 g Körpergewicht, 40 cm Sitzhöhe und 87 Gelidusi (!). Haut blaß, grau mit einem Stich ins Cyanotische, sehr geringer Fettpolster, Wasserverlust. Keine Drüsen. Schädel (Hinterhaupt) weich, Fontanelle 2 cm. Rosenkranz deutlich, spitz. Knöchel etwas aufgetrieben. Abdomen gespannt (Schreien). Milz und Leber nicht erreichbar. Lunge: diffuses grobblasiges Rasseln über beide Lungen, klingendes, kleinblasiges Rasseln über dem rechten Unterlappen, expiratorisches Keuchen, Nasenflügelatmung. Stimme heiser. Herz o. B. Aktion frequent. 144 Schläge. Puls nicht tastbar. Nervensystem: Hypertonie, Meningoencephalismus. Augen, Ohren und Nase o. B. Lippen cyanotisch. Mund und Rachen rein, blaß. Zunge rein. Kein Zahn. Pirquet negativ. Stuhl gut. Temperatur bis 39°. Diagnose: Lobulärpneumonien. Therapie:

Heiße Bäder mit Übergießungen, Sauerstoff, Herumtragen. Digitalis, Überwachung der Ernährung.

Dekursus. 29. I. Sieht sehr schlecht, verfallen aus. Cyanose. Nahrungsaufnahme infolge Dyspnoe sehr erschwert. Löffelfüttern. 165 g 17proz. Zuckervollmilch = 330 n in 3 Mahlzeiten. Abends tonisch-klonische Krämpfe. Sauerstoff. Coffeininjektion.

30. I. Status idem. Krämpfe wiederholen sich. Lumbalpunktat klar, ohne pathologische Bestandteile. 7 Mahlzeiten. Gesamtmenge: 425 g 17proz. Zuckervollmilch. Puls jagend. Atmung angestrengt. Etwas Spucken und Erbrechen. Sauerstoff. Bäder. Geringe Gewichtsabnahme (40 g). Temperatur über 38°.

31. I. Eingestellt auf 5 dnsq mit 6 Mahlzeiten. Nahrungsaufnahme besser. Atmung leichter, Lungenbefund unverändert. Keine Cyanose. Krämpfe ab und zu. Puls 130. Gewichtszunahme (20 g).

1. II. Fiebert langsam ab. Rasseln seltener, grobblasiger. Krämpfe lassen nach. Meningoencephalistiche Erscheinungen halten an. Puls 140. Nahrungsaufnahme glatter. Kein Erbrechen, schöne Gewichtszunahme.

3. II. Fieberfrei. Vereinzelt Rasseln und etwas Husten. Andauernd gute Gewichtszunahme. Frischer.

5. II. Wohl, täglich frischer und dicker. Langsame Verflachung der Gewichtskurve, daher 6 dnsq in 17proz. Zuckervollmilch. Meningoencephalismus nicht mehr nachweisbar.

10. II. Nimmt zu, blüht auf.

15. II. Entlassung mit 4900 g Körpergewicht, 92 Gelidusi, guter Farbe und Turgor.

Epikrise. Schwerste Lobulärpneumonie bei einem unterernährten 2½ Monate alten Säugling mit schweren nervösen Erscheinungen (Krämpfe). Analeptica, Sauerstoff. Meist 5 dnsq in 17proz. Zuckervollmilch, dabei schon schöne Gewichtszunahme. Mästung als Nachkur mit 6 dnsq. Gewichtszunahme von 4220 auf 4900 g = 580 g in 18 Tagen, mithin etwas über 30 g pro Tag.

19. Dagmar Janesch, geb. am ?. Aufgenommen am 3. V. 18. 16 Monate altes Mädchen aus einem Kinderheim. Aus der Anamnese konnte nur eruiert werden, daß das Kind vor 4 Tagen Masern durchgemacht habe. Seit gestern wiederum starkes Fieber. Atemnot. Fast keine Nahrungsaufnahme. Alles wird erbrochen. Schon vor der Krankheit erbrach das Kind mehrmals am Tage und war schwer zu füttern, daher so abgemagert.

Status. Kleines, äußerst abgemagertes Kind von 6,9 kg (!) Körpergewicht, 46 cm Sitzhöhe und 89 Gelidusi. Haut blaß, grau, faltbar, Wasserverlust, nur Spuren von Fettpolster. Pigmentierungen entsprechend dem Masernexanthem. Keine Drüsen. Skelett rachitisch. Fontanelle geschlossen. Schädel hart. Starker, spitzer Rosenkranz. Aufgetriebene Knöchel. Unterschenkel leicht verbogen. Abdomen leicht aufgetrieben. Nabelbruch geringen Grades. Milz und Leber nicht erreichbar. Lunge: Über beide Lungen, namentlich über den beiden Unterlappen, reichliches, klingendes, mittelblasiges Rasseln. Keine deutliche Dämpfung. Exspiratorisches Keuchen, angestrengtes Atmen. Herz: Töne rein, leise, Aktion frequent, Puls klein und weich, 140. Nervensystem o. B. Apathie. Augen und Ohren o. B. Nase fließt. Mund und Rachen rein, blaß, Stich ins Cyanotische. Zunge belegt. Zähne vollzählig.

Pirquet positiv. Stuhl-breiig schleimig. Harn o. B. Temperatur bis 39°. Diagnose. Bronchopneumonien nach Masern. Therapie: Überwachung der Ernährung, Freiluftkur, Bäder, Digitalis.

Dekursus. 4. V. Nahrungsaufnahme infolge von Dyspnoe außerordentlich erschwert. Mühsames Füttern mit dem Löffel in kleinen Mengen, am erfolgreichsten nach den Bädern. Es werden in etwa zweistündlichen Pausen 400 g 17 proz. Zuckervollmilch und 200 g Grießbreidoppelnahrung beigebracht (8 Mahlzeiten). Häufiges Spucken, 2 mal reichliches Erbrechen während des Fütterns im Anschluß an einen Hustenstoß.

5. V. Unverändert. Nach den Bädern frischer. Pat. wird fast den ganzen Tag in der Sonne (im Garten) herumgetragen. Lungenbefund unverändert. Erbrechen läßt nicht nach. Etwas dyspeptische Stühle. Es gelingt dennoch 14 hn beizubringen. Temperatur über 38°. Puls 156.

6. V. Etwas frischer. Hustet und rasselt weniger, auch ist das Erbrechen seltener. Die vorgeschriebene Nahrungsmenge (14 hn = 7 dnsq) wird genommen. Keucht weniger.

7. V. Nur mehr subfebrile Temperatur. Bessere Farbe. Lungenbefund unverändert. Erbrechen wieder häufiger, Nachfütterung zum großen Teil unmöglich, da sich die einzelnen Mahlzeiten sehr in die Länge ziehen. Puls 100. Atmung freier.

8. V. Fieberfrei, noch sehr matt, hustet und erbricht wenig, aber häufig. Atmet ruhiger. Rasselt weniger.

9. V. Frischer. Erbricht nur wenig. Gewicht stationär. Bäder ausgesetzt. Liegt im Garten.

12. V. Fortschreitende Besserung. Noch immer etwas Brechen. Gewicht stationär.

19. V. Bis heute Status idem. Heute Temperaturanstieg und Körpergewichtszunahme (febrile Wasserretention?). Heute kein Erbrechen.

21. V. Fiebert bis 38°. Rasseln über dem r. Oberlappen. Erbrechen setzt wieder ein.

22. V. Keuchendes Atmen. Temperatur bis 40°. Über dem r. Oberlappen Schallverkürzung und Bronchialatmen. Pneumonie. Erbricht heftig. Fütterung sehr erschwert. Herumtragen in der Sonne, Bäder mit Übergießungen, Digitalis. Puls 120.

23. V. Gewichtsabnahme. Pneumonie auf der Höhe, Nasenflügelatmen. Coffein, Digipurat intramuskulär. Nur 12 hn beigebracht.

24. V. Fiebert kritisch ab. Lungenbefund bis auf reichlicheres, feuchtes Rasseln unverändert, sehr matt. Nahrungsaufnahme trotz Erbrechens besser.

25. V. Fieberfrei. Gewichtszunahme. Erbricht nicht.

26. V. Frischer. Fieberfrei. Etwas Spucken.

28. V. Zulage von 2 hn Gemüse (8 dnsq) wird anstandslos genommen. Täglich frischer.

30. V. Bessere Farbe, Gewichtszunahme. Lungenbefund negativ.

2. VI. Wohl, fieberfrei. Kein Erbrechen. Fütterung geregelt in 6 Mahlzeiten.

4. VI. Tadelloses Gedeihen.

7. VI. Entlassung des durch die Sonne gebräunten, kräftig aussehenden Kindes mit 7,9 kg Körpergewicht und 93,5 Gelidusi.

Epikrise. Schwere Bronchopneumonie nach Masern bei einem an chronischem Erbrechen leidenden, Pirquetpositiven 16 Monate alten Kinde. Nach 2 Wochen lobäre Pneumonie. Während der ersten 3 Wochen außerordentlich erschwerte Nahrungsdarreichung und viel Erbrechen, daher sehr flache Gewichtskurve trotz 7 dmsq. Bäder, Freiluft, Sonne. Heilung, kein Aufflammen der Tuberkulose. Gewichtszunahme von 6,9 auf 7,9 = 1 kg in 34 Tagen, mithin durchschnittlich fast 30 g pro Tag.

20. Leopold Redl, geb. am 13. VI. 15. Aufgenommen am 10. X. 18. 3¼-jähriger Knabe. Dritte, rechtzeitige normale Geburt. Seit dem 9. Lebenstage künstlich genährt, mit 1 Jahr gemischte Kost, Zähne mit 6 Monaten. Laufen mit 13 Monaten. Sprechen mit 2 Jahren. Mit 2½ Jahren Masern. Seit einigen Wochen Keuchhusten. Erkrankt vor 8 Tagen mit Schüttelfrost, Erbrechen, Kopfschmerzen und sehr hohem Fieber. Seit 2 Tagen sehr kurze Atmung und Klagen über Stechen in der Brust. Gar kein Appetit. Stühle schleimig, flüssig.

Status. Sehr heruntergekommenes, schwerkrankes Kind von 10,2 kg Körpergewicht, 57 cm Sitzhöhe und 82 Gelidusi. Haut außerordentlich blaß mit Stich ins Cyanotische. Fettpolster und Turgor außerordentlich gering. Keine Drüsen, keine Rachitis. Abdomen o. B. Lunge: Atmung sehr frequent, keuchendes Expirium, intensive Dämpfung des linken Unterlappens und hochbronchiales Atmen ohne Rasseln in der ganzen Ausdehnung des linken Unterlappens. Brochophonie. Herz: Töne rein, Aktion sehr frequent, Puls kaum fühlbar, 160. Nervensystem: sehr matt und hinfällig. Sensorium frei, Reflexerregbarkeit herabgesetzt. Augen haloniert, eingesunken. Ohren o. B. Nase spitz. Mundhöhle rein, Lippen etwas cyanotisch, Rachen blaß und rein, Zunge belegt, Zähne vollzählig. Harn o. B. Hochgestellt. Stuhl: Hungerstuhl nach Klysma. Temperatur über 40°. Pirquet negativ. Diagnose: Genuine Pneumonie des r. Unterlappens nach Pertussis. Therapie: Analeptica, Bäder mit Überguß, Überwachung der Ernährung.

Dekursus. 11. X. Sehr matt, Nahrungsaufnahme infolge von Dyspnoe sehr erschwert. Spucken und Brechen. Gestern noch 9 hn getrunken, von heute an auf 6 dmsq mit 19 hn eingestellt. 8 Mahlzeiten, Löffelfütterung. Ca. 2 hn erbrochen, nicht nachgefüttert. Wird viel herumgetragen. Digitalis. Continua um 40°.

12. X. Unverändert, stark erbrochen, Gewichtsstillstand, nur 14 hn behalten, andauernd schwerer Zustand.

13. X. Unverändert, Erbrochenes wird nachgefüttert. Gewichtsstillstand.

14. X. Unverändert, kleine Gewichtsabnahme, sehr hinfällig. Campher.

15. X. Kritisch entfiebert, etwas frischer. Lungenbefund unverändert. Erbrechen geringer.

17. X. Fieberfrei, Bronchialatmen und Dämpfung unverändert, vereinzelte klingende Rasselgeräusche, viel frischer.

19. X. Dämpfung noch nachweisbar, kein Bronchialatmen mehr, reichliches Rasseln, kein Erbrechen, setzt sich auf, Gewichtszunahme.

21. X. Wohl, fieberfrei, nimmt zu, seit gestern 20 hn als leichte gemischte Kost.

24. X. Lungenbefund normal, nimmt zu, sehr lustig.

27. X. Entlassung mit 11,3 kg Körpergewicht, 85 Gelidusi, frisch und munter.

Epikrise. 3¼-jähriger Knabe mit schwerer croupöser Pneumonie nach Pertussis, starke Inanition. Überwachung der Ernährung. Bei 6 dmsq Gewichtsstill-

stand während der Fieberperiode. Nach der Krise rapides Zunehmen. Heilung und Mästung von 10,3 auf 11,3 = 1 kg in 17 Tagen, mithin fast 60 g pro Tag im Durchschnitt.

21. Adam Cizek, geb. am 26. XI. 17. Aufgenommen am 7. II. 18 abends. Knabe, 10 Wochen alt. Erste, rechtzeitige normale Geburt. Bisher Brust alle 2 Stunden. „Darmkatarrh“ mit 17 Tagen, sonst stets gesund gewesen. Am 3. II. wurde das Kind sehr unruhig und schrie sehr viel. Am Abend desselben Tages klonische Zuckungen des rechten Armes. Fast kein Schlaf. Hohes Fieber. Die folgenden Tage machte das Kind schwerkranken Eindruck, die Krämpfe wurden immer häufiger und heftiger, Pat. verdrehte die Augen und blieb öfters bis zu 1 Stunde bewußtlos. Seit gestern (6. II.) Verweigerung der Brust, rapide Verschlimmerung, Verfall. Die Mutter ging mit dem Kind in die Reichsanstalt für Säuglingsfürsorge. Dort Eisumschläge auf den Kopf, Sondenfütterung. Wegen Meningitis verdacht an die Klinik transferiert.

Status. Normal entwickelter abgemagerter Säugling von 3860 g Körpergewicht, 39 cm Sitzhöhe und 87-Gelidusi (!). Haut relativ gut gefärbt, Fettpolster gering, faltbar. (Wasserverlust). Keine Drüsen. Keine Zeichen von Rachitis. Fontanelle 3 cm gespannt, pulsiert. Abdomen in der Brusthöhe, weich, unempfindlich. Milz und Leber nicht tastbar. Lunge o. B. Herz o. B. Puls sehr klein, frequent, ca. 180 in der Minute. Nervensystem: fast unausgesetzte allgemeine tonisch-klonische Krämpfe. Keine Nackensteifigkeit. Kein Nackenphänomen. Desgl. Symphysisphänomene negativ. Kernig links positiv. Babinski, Oppenheim negativ. Nystagmus. Reflexe lebhaft. Hypertonie. Lumbalpunktion ergibt eitrigen Liquor unter erhöhtem Druck. Meningokokken ++. Augen: enge Pupillen. Ohren und Nase o. B. Mundhöhle und Zunge rein, Rachen blaß und rein. Temperatur um 38°. Pirquet 0. Harn o. B. Stuhl: auf Klysma Hungerstuhl. Diagnose: Meningitis cerebrospinalis epid. Therapie: Meningokokkenserum (20 ccm intralumbal). Überwachung der Ernährung. Chloralhydrat. Heiße Bäder.

Dekursus. 8. II. Zustand unverändert, fiebert bis 39°. Nach Chloralhydrat etwas ruhiger. Dann wieder Krämpfe, welche die Fütterung sehr erschweren. Geduldige, langsame Fütterung mit dem Löffel. Vorschrift: 6 mal 65 g 17proz. Zuckervollmilch entspr. 5 dnsq. Schon in der Nacht gelingt es 45 g hineinzubringen. Dabei etwas Spucken. Zur ersten Tagesmahlzeit desgleichen. Nach den Bädern (5 zu 38° C) gelingt es, 5 mal tatsächlich jedesmal 65 g zu bewältigen. Coffein. Lumbalpunktion. Seruminjektion: 10 ccm intralumbal, 10 ccm intramuskulär.

9. II. Zustand unverändert schwer. Krämpfe lassen nicht nach und müssen mit Chloral bekämpft werden. Nahrungsaufnahme immer noch sehr erschwert. 6 mal 65 g 17proz. Zuckervollmilch werden aber doch genommen. Stuhl gut. Fieber bis 40°.

10. II. Status idem. Sehr heftige Krämpfe trotz Chloralhydrat. Zeitweise Cyanose. Lumbalpunktion und Serum wie gestern. Nahrungsaufnahme wie gestern.

11. II. Krämpfe lassen nach. Temperatur über 40°. Nahrungsaufnahme erleichtert. 20 ccm Serum intralumbal. Liquor noch eitrig. 2 Stühle.

12. II. Keine Krämpfe. Trinkt mit dem Sauger! Sonst unverändert. Abermals 20 ccm Serum. Nahrungsaufnahme glatt: 6 dnsq (6 mal 75 g 17proz. Zuckervollmilch).

13. II. Temperatur fällt lytisch ab. Keine Krämpfe. Nahrungsaufnahme glatt. Vermehrte Stühle. Schöne Gewichtszunahme. Lumbalpunktion und 20 ccm Serum intralumbal. Liquor klarer, gelblich. Kein Nystagmus.

14. II. Temperatur unter 39°. Seruminjektionen ausgesetzt. Sonst Status idem.

15. II. Unverändert. Liquor klarer, gelblich. Nahrungsaufnahme andauernd gut. Temperatur um 38°. Lumbalpunktion.

17. II. Temperaturen um 38°. Unverändert. Bäder werden fortgesetzt.

19. II. Neuerlicher Temperaturanstieg über 39°. Heftige allgemeine tonisch-klonische Krämpfe kurze Zeit nach der Lumbalpunktion.

21. II. Subfebrile Temperaturen nach der Lumbalpunktion.

23. II. Temperaturen um 38° halten an. Abermals Krämpfe nach der Lumbalpunktion. Nahrungsaufnahme dauernd gut. Bäder fortgesetzt.

25. II. Wohlbefinden, fixiert, reagiert auf Schall. Fiebert bis 38°. Andauernd gute Gewichtszunahme, munter.

3. III. Unverändert wohl bei Temperaturen um 38°. Jeden 3. Tag Lumbalpunktion. Liquor unter Druck, klar.

5. III. Fieberfrei, sieht, hört.

11. III. Fieberfrei, wohl, frisch, gut gefärbt, verhält sich wie ein normaler Säugling. Entlassung mit 4700 g Körpergewicht und 93 Gelidusi.

Epikrise. Schwere Cerebrospinalmeningitis bei einem stark unterernährten, 10 Wochen alten Brustkind. Meningokokkenserum täglich 20 ccm durch 7 Tage. Heiße Bäder. Überwachung der Ernährung (künstlich). Ausgezeichnetes Gedeihen während der Krankheit (27 tägige Fieberperiode) und Heilung. Gewichtszunahme von 3860 auf 4700 g = 840 g in 32 Tagen, mithin durchschnittlich 26 g pro Tag.

Anmerkung. Das Kind steht bis heute (Herbst 1918) unter ambulatorischer Aufsicht, ist kräftig und wohlgenährt, entsprechend intelligent. Es besteht ein Hydrocephalus mittleren Grades. Kopfhalten, Sitzen und Stehen mit 10 Monaten völlig normal.

22. Grete Riedel, geb. am 18. VIII. 11. Aufgenommen am 9. II. 19. 7-jähriges Mädchen. Vierte, rechtzeitige normale Geburt. 12 Monate an der Brust. Entwicklung im Säuglingsalter normal. Bisher stets gesund gewesen. Erkrankt am 4. II. mit Kopfschmerzen, Fieber und Erbrechen. Am nächsten Tage traten Schmerzen im ganzen Körper auf. Seit 2 Tagen Nackensteifigkeit.

Status am 10. II. 19. Schwerkrank aussehendes, abgemagertes Mädchen von 16,7 kg Körpergewicht, 63 cm Sitzhöhe und 87 Gelidusi. Leicht cyanotische, blasse Hautfarbe, Fettpolster dürrig, Turgor gering. Bohnengroße Drüsen im Kieferwinkel. Skelett kräftig, leicht rachitisch. Abdomen weich, etwas eingezogen. Milz palpabel, Leber am Rippenrande. Lunge: Über dem r. Unterlappen zähes Rasseln und Giemen, sonst o. B. Herzgrenzen normal, Töne dumpf. Zweiter Ton an der Basis unrein. 148 Pulse, weich. Nervensystem: große Unruhe, Sensorium zeitweise frei. Opisthotonus. Spannung der Muskulatur. Sämtliche Zeichen von Meningitis auslösbar. Hyperästhesie. Liquor eitrig. Meningokokken ++++. Augen o. B. Ohren und Nase o. B. Lippen trocken und borkig, Mund rein, Rachen gerötet. Foetor ex ore. Harn o. B. Stuhl angehalten. Pirquet schwach positiv. Temperatur um 38°. Diagnose: Cerebrospinalmeningitis. Therapie: Meningokokkenheils- serum. Knappe Ernährung. Codein.

Dekursus. 11. II. Nach der Lumbalpunktion ruhiger. Nackenstarre anhaltend. Temperatur um 40°. Völlige Anorexie. Einstellung der Ernährung auf 3 dsq. 17proz. Zuckervollmilch und Grießbrei. Löffelfütterung in 6 Mahlzeiten ohne Schwierigkeiten. Erbrechen. Neuerliche Seruminjektion (intralumbal).

12. II. Etwas frischer, spricht. Nackenstarre unverändert. Temperatur um 39°. Erbrechen läßt nach. Nahrungsaufnahme unverändert. Anorexie. Neuerliche Seruminjektion. Liquor klar.

13. II. Spricht. Klagt über Kopfschmerzen. Objektiv unverändert. Nahrungsaufnahme unverändert. Temperatur im Abfall.

16. II. Subfebril, frischer. Nackenstarre läßt nach.

18. II. Wieder unruhiger. Subfebril. Nahrungszufuhr auf 15 hn (3,8 dsq) gesteigert. Nur 5 Mahlzeiten. Kein Erbrechen. Husten. Über den beiden Unterlappen Giemen. Fortschreitende Gewichtsabnahme.

19. II. Viel frischer. Nacken nur etwas steif. Setzt sich auf.

22. II. Fieberfrei. Frischer.

24. II. Befinden wechselnd.

3. III. Nahrungsaufnahme auf 20 hn gesteigert. Seit 3 Tagen gemischte Kost. Spielt sitzend im Bett.

7. III. Nackensteifigkeit noch angedeutet. Nackenphänomene. Ataktischer Gang. Intelligenzprüfung ergibt einen Rückstand um etwa 1 Jahr, sonst normale Verhältnisse. Augenspiegelbefund normal.

8. III. Entlassung. Geringe Gewichtszunahme.

Epikrise. Leichtere Cerebrospinalmeningitis mit Ausgang in Heilung bei einem 7 Jahre alten Mädchen. Knappe Ernährung. Gewichtsabnahme während der Fieberperiode. Dann Erhöhung der Gewichtskurve.

23. Anna Lehner, geb. am 2. VII. 18. Transferiert auf die Inf.-Abtlg. Heubner am 7. VII. 18. Neugeborenes Mädchen. Zehnte, rechtzeitige normale Geburt (Klinik Schauta). Nach der Geburt Aufnahme auf die Neugeborenenabtlg. (Prof. Schick) der Univ.-Kinderklinik. Nahrungsaufnahme vom 1. Lebenstage an (Ernährung und Gewicht vor der Transferierung entnommen der lebenswürdigerweise von Prof. Schick zur Verfügung gestellten Tabelle der Neugeborenenabtlg.). 1. Tag: 85 n als Vollmilch mit 8,5% Rübenzucker in 5 Mahlzeiten, 2. Tag: 135 n in gleicher Form und 100 n Muttermilch (235 n), 6 Mahlzeiten; 3. Tag: 235 n als 8,5proz. Zuckermilch und 80 n Brustmilch (315 n) 7 Mahlzeiten; 4. Tag: 180 n Zuckermilch und 180 n (360 n) Brustmilch; 5. Tag: 340 n Zuckermilch und 80 n Muttermilch. Seit dem 3. Lebenstag regelmäßig 7 Mahlzeiten. Während dieser Zeit flache Abnahme von ca. 80 g. Etwas Spucken. Am 7. VII. Transferierung auf die Heubner-Abteilung wegen Erysipels.

Status. Kräftiges Neugeborenes von 2900 g Körpergewicht, 32 cm Sitzhöhe und 96 Gelidusi. Haut rot, deutlich ikterisch, straff, Fettpolster gut entwickelt. Skelett normal. Fontanelle 1 cm. Abdomen weich, unempfindlich, Nabel trocken, rein, Milz und Leber nicht erreichbar. Lunge o. B. Herz o. B. Töne rein, gut hörbar. Nervensystem o. B. Augen, Ohren, Nase o. B. Mundhöhle und Rachen rein. Am linken Unterarm und an der Hand gerötete, stellenweise livid verfärbte derbe Schwellung, welche gegen die gesunden Stellen des oberen Drittels des Unterarms

scharf abgegrenzt ist. Temperatur unter 37°. Diagnose: Erysipel neon. Therapie: Überwachung quantitativ genügender Ernährung.

Dekursus: 8. VII. Gestern 7 mal 60 g Frauenmilch. Etwas gespuckt. Fieberfrei. Schwellung unverändert. Handrücken geschwollen. Gewichtssturz (? Differenz der Wagen beider Abteilungen). Schläft viel.

9. VII. 7 mal 70 g Frauenmilch. Spuckt. Wird langsam nachgefüttert. Schwellung geringer, blasser. Gewichtszunahme. Fieberfrei.

10. VII. 7 mal 80 g Frauenmilch. Spuckt nicht. Wohl. Ödem des Handrückens fast verschwunden, Unterarm abgeblaßt, Ikterus im Abklingen. Fieberfrei.

11. VII. Wohl. Nimmt zu, trinkt gut. Stühle gut. Schuppung der fortschreitend abschwellenden und ablassenden erkrankten Partien des l. Armes. Fieberfrei.

12. VII. Mangel an Frauenmilch. Übergang auf 8,5 proz. Zuckermilch. 7 mal 80 n. Erysipel fast gänzlich verschwunden. Wohl.

13. VII. Änderung in der Nahrung anstandslos vertragen. Wohl.

14. VII. Entlassung mit 3050 g Körpergewicht und 98 Gelidusi.

Epikrise. Fieberlos und sehr gutartig verlaufendes Erysipel des l. Unterarmes und der l. Hand bei einem 6 Tage alten Mädchen. Keine Lokalbehandlung. (Dauer der Erscheinungen 5 Tage.) Überwachung der Ernährung (5—6 dmsq als Frauenmilch, dann als 8,5proz. Zuckermilch). Gewichtszunahme von 2800—3050 = 250 g in 7 Tagen, mithin durchschnittlich 35 g pro Tag. Das Kind wurde dann von der Mutter an der Brust ernährt, regelmäßig in der Beratungsstelle vorgestellt und entwickelte sich sehr schön.

24. Therese Zimmermann, geb. am 21. VII. 07. Aufgenommen am 12. VII. 18. 11jähriges Mädchen. Dritte, rechtzeitige normale Geburt. 25 Monate Brust! Zähne mit 9 Monaten, Laufen und Sprechen mit 1 Jahr. Masern und Keuchhusten mit 4 Jahren, mit 7 Jahren angeblich Variola. Krank seit 4 Tagen. Klagt viel über Kopfschmerzen und fiebert hoch. Seit gestern bemerkte die Mutter Schwellung und Rötung der Nase.

Status. Blasses Mädchen von 25,2 kg Körpergewicht, 68 cm Sitzhöhe und 92,5 Gelidusi. Fettpolster befriedigend, Turgor normal. Drüsen am Hals leicht geschwollen. Keine Zeichen von Rachitis. Abdomen o. B. Milz und Leber o. B. Lunge o. B. Herz o. B. Puls frequent, weich, 168. Nervensystem o. B. Augen und Ohren o. B. Nase feuerrot, etwas bläulich verfärbt, geschwollen, glänzend. Entzündung schmetterlingsartig, lockeres Ödem auf beide Unterlider und die oberen Teile der Nasolabialfalten übergreifend. Mundhöhle rein, blaß, Rachen rein, Zunge belegt, Zähne gut. Pirquet positiv. Harn o. B. Stuhl geformt. Temperatur über 39°. Diagnose: Erysipelas faciei. Therapie: Freiluft, Besonnen, Mastkur.

14. VII. Sehr matt. Appetit mäßig. Zuspriech. Gemischte Kost etwas über 7 dmsq in 6 Mahlzeiten. Besonnung des Rückens im Freien. Gesicht verdeckt. Keine Lokalbehandlung. Temperatur über 38°.

15. VII. Sonnenerythem der Rückenhaut. Erysipel über die Augen und die Nasenwurzel abgeblaßt. Nase noch hochrot und geschwollen. Appetit besser. Fieberfrei. Besonnung der Brust.

16. VII. Erysipel bis auf leichtgerötete Nasenspitze weg. Schuppung. Erythema solare der Brust. Appetit sehr gut. Glänzende Gewichtszunahme.

17. VII. Nase normal, schuppt. Wohl.

19. VII. Ungestörte Rekonvaleszenz.

21. VII. Entlassung mit 27,5 kg Körpergewicht und 96 Gelidusi.

Epikrise. Recht schweres Gesichtserysipel bei einem 11jährigen Mädchen. Freiluft, Sonnenbestrahlung der Rücken- und Brusthaut. Mastkur. Heilung des Erysipels ohne Lokalbehandlung in 4 Tagen. Gewichtszunahme von 25,2 auf 27,5 = 1,7 kg in 9 Tagen, mithin fast 200 g pro Tag im Durchschnitt.

25. Paul Matthias, geb. am 7. IV. 07. Aufgenommen am 22. VI. 18. 11jähriger Knabe. Zweite Geburt. Angaben über das Säuglingsalter fehlen, da der Pat. allein von einem Waisenhaus geschickt wurde. Mit 6 Jahren Pertussis. Vor einem Jahr Erysipel, von einer Wunde am Gesicht ausgehend. Seit dem 21. VI. hohes Fieber, Schwellung und Rötung des Gesichtes. Schmerzen. Nase verlegt. Kein Appetit.

Status. Großer, sehr magerer Knabe von 25,2 kg Körpergewicht, 71 cm Sitzhöhe und 89 Gelidusi. Haut am Stamm blaß, schlaff, fast kein Fettpolster. Drüsen-schwellungen am Hals und in inguine. Keine Zeichen von Rachitis. Abdomen unter Brusthöhe, o. B. Lunge o. B. Herz o. B. Puls kräftig, 92 in der Minute. Nervensystem o. B. Sensorium frei. Reflexe normal. Gesicht: von der Nase ausgehende, schmetterlingsartig sich mehr nach links als nach rechts ausbreitende glänzende Schwellung und Rötung der Haut, gegen die gesunden Partien deutlich abgegrenzt. Augen und Nase geschwollen. Mundhöhle und Rachen blaß, Zunge rein. Am Gaumen kleinfleckiges Exanthem. Temperatur 38°. Pirquet stark positiv (17 : 13). Harn: Spuren Albumen. Stuhl geformt. Diagnose: Erysipelas faciei. Therapie: Mastkur, Sonnenbäder des Stammes mit Schonung des Gesichtes.

Dekursus. 23. VI. Gestern noch 13 hn (gemischte Kost) gegessen. Von heute an 7 dnsq (30 hn) in kleinen Mengen (alle 3 Stunden). Gelingt mit Mühe. Kein Erbrechen. Temperatur bis 39°. Liegt im Garten. Besonnung des Bauches bis zum deutlichen Erythem. Schonung des Gesichtes (Vorhäng). Keine Lokalbehandlung des Erysipels.

24. VI. Sonnenerythem des Bauches. Schwellung des Gesichtes wesentlich zurückgegangen. Augen bequem und weitgeöffnet. Rötung im Ablassen. Fiebert noch weiter. Nahrungsaufnahme besser (6 Mahlzeiten). Stuhl gut.

25. VI. Besonnung des Rückens. Erythema solare. Erysipelschwellung gänzlich zurückgegangen. Schuppung, weitere Ablassung der Röte. Kein Weiterschreiten. Fiebert noch bis 39°. Appetit. Gewichtszunahme. Mundhöhle frei, rein.

26. VI. Intensiver Sonnenbrand des Rückens, des Bauches, des unteren Teiles der Brust und der Arme. Schuppung des Gesichtes. Fieberfrei. Sehr guter Appetit.

27. VI. Wohlbefinden. Fieberfrei. Gesicht normal. Etwas Schuppung.

3. VII. Bis heute ungestörte Rekonvaleszenz und fortgesetzte Gewichtszunahme. Intensive Pigmentierung des Stammes. Frisch, gekräftigt, mit 26,8 kg Körpergewicht und 91 Gelidusi entlassen.

Epikrise. Recht schweres Gesichtserysipel bei einem 11jährigen, sehr heruntergekommenen Knaben. Mastkur zu 7 dnsq. (gemischte Kost). Freiluft und Besonnung des Stammes. Heilung des Erysipels in 3 Tagen. Hebung des Appetits in 2 Tagen. Gewichtszunahme von 25,2—26,8 kg = 1,6 kg in 10 Tagen, mithin durchschnittlich 160 g pro Tag.

26. Erna Haslauer, geb. am 23. II. 15. Aufgenommen am 18. V. 18. 3 Jahre altes Mädchen, welches von einem Kinderheim gebracht wird. Keine genaueren anamnestischen Daten. Vor kurzem Masern. Seit 3 Tagen hohes Fieber, große Mattigkeit, Schmerzen in Mund und Hals. Fast keine Nahrungsaufnahme. Stühle flüssig.

Status. Kleines, heruntergekommenes Mädchen von 9,4 kg Körpergewicht, 50 cm Sitzhöhe und 91 Gelidusi. Haut sehr blaß, Wangen gerötet, an den oberen und unteren Extremitäten abgeblaßtes, zum Teil pigmentiertes, morbillöses Exanthem, Stamm und Hals frei. Turgor sehr gering, Fettpolster desgleichen. Im Kieferwinkel und am Hals haselnußgroße Drüsen. Schädel hart, Fontanelle geschlossen, Rosenkranz sehr deutlich, spitz, Knöchel aufgetrieben. Abdomen in der Brusthöhe, etwas gespannt, unempfindlich, Milz und Leber o. B. Lunge: Schallverkürzung rechts von der Wirbelsäule, zwischen dem 9. und 12. Dornfortsatz, darüber verschärftes Atmen mit bronchialen Beiklang, vereinzelte Rasselgeräusche über beiden Lungen. Husten. Herz in normalen Grenzen, Töne leise, rein, Aktion frequent, Puls regelmäßig, weich, 140 in der Minute. Nervensystem: sehr apathisch. Reflexe lebhaft, leichter Meningoencephalismus (Babinski und Symphysissphänomen II (rechts positiv). Augen: Conjunctivitis ekzematosa des r. Auges. Nase: Schnupfen, Ohren o. B. Mund: Lippen geschwollen und entzündet, Mundschleimhaut rot, locker, sezerniert stark, Zahnfleisch geschwollen, blutet leicht. Rachen rot, entzündet. Zunge stark belegt. Zähne cariös. Foetor ex ore. Pirquet stark positiv. Harn o. B. Stuhl flüssig. Temperatur um 39°. Diagnose: Stomatitis nach Masern, Skrofulose, tuberkulöser Hilusherd. Unterernährung. Therapie: Mastkur und Freiluftbehandlung. Pinselungen der Mundschleimhaut mit H_2O_2 .

Dekursus. 18. V. Große Mattigkeit, Appetitlosigkeit und Durst. Festere, auch breiige Nahrung wird verweigert (Schmerzen). Es wird eisgekühlte 17proz. Zuckervollmilch verschrieben. Aufnahme von 18 hn in unregelmäßigen Mahlzeiten. Etwas gespuckt.

19. V. Hohes Fieber. Allgemeines Befinden unverändert. Durst. Daher 8,5proz. Zuckervollmilch. Es werden nur 16 hn bewältigt. Liegen im Garten. Starker Tränenfluß.

20. V. Unverändert, sehr matt. Einstellung auf 20 hn (8 dmsq!), noch immer nur 8,5proz. Zuckervollmilch, eisgekühlt. Besonnung im Garten. Leichter Sonnenbrand auf den Wangen. Exanthem pigmentiert.

21. V. Mund reiner. Lippen abgeschwollen. Conjunctivitis besser. Sonst unverändert.

24. V. Temperaturen um 38°. Stomatitis so weit gebessert, daß von heute an 8 dmsq in Form von Grießbrei gegeben werden. Einstellen auf regelmäßige Mahlzeiten. Seit 3 Tagen bewölkter Himmel, keine Besonnung. Meningoencephalismus nachgelassen.

26. V. Gestern gesonnt, starker Sonnenbrand an der Brust und im Gesicht. Heute Temperatursturz. Mund wesentlich gereinigt. Frischer. Das Auge wird offengehalten.

29. V. Subfebrile Temperatur. Lungenbefund unverändert. Mund rein. Wohlbefinden, schöne Gewichtszunahme. Gute Farbe. Conjunctivitis in Heilung.

1. VI. Wohl. Gemischte Kost, 20 hn in 5 Mahlzeiten.

3. VI. Temperatur über 38° (Tuberkulose!). Wohl.

7. VI. Fortschreitende Erholung. Subfebrile Temperatur. Entlassen in gutem Ernährungszustand mit 10,8 kg und 95 Gelidusi.

Epikrise. Schwere, fieberhafte Stomatitis nach Masern bei einem skrofulo-tuberkulösen Kinde. Mastkur. Gewichtszunahme von 9,4 kg auf 10,8 kg = 1,4 kg in 19 Tagen, mithin durchschnittlich ca. 73 g pro Tag. Freiluftkur und Besonnung. Heilung der Conjunctivitis ekzematosa ohne Lokalbehandlung.

27. Marie Kudler, geb. 17. VIII. 11. Aufgenommen 23. VII. 18. 7jähriges Mädchen. Überbracht von einer Tante, welche keine näheren Angaben über das Kind machen konnte. Seit einigen Tagen Schmerzen im Mund, namentlich beim Essen.

Status. Entsprechend großes, mageres Mädchen von 17,5 kg Körpergewicht, 62 cm Sitzhöhe und 90 Gelidusi. Haut blaß, ikterisch verfärbt, Fettpolster mäßig, desgleichen Turgor. Keine Drüsen. Rachitischer Rosenkranz und aufgetriebene Knöchel. Abdomen über der Brusthöhe, weich, unempfindlich. Milz und Leber nicht tastbar. Lunge o. B. Herz o. B. Puls klein, weich, 96. Nervensystem: Sensorium frei. Gesteigerte Patellarreflexe. Andeutung des Symphysissphänomens, sonst keine abnormen Erscheinungen. Augen: ikterische Skleren. Ohren und Nase o. B. Mundhöhle: Schleimhaut aufgelockert, starke Speichelsekretion. Foetor, Zahnfleisch geschwollen, locker, bei jeder Berührung blutend. Gaumenschleimhaut ikterisch, Rachen rein, Zähne cariös, defekt. Pirquet negativ. Harn dunkel. Albumen, Zucker und Blut negativ. Gallenfarbstoff stark positiv. Stuhl normal und normal gefärbt. Temperatur um 38°. Diagnose: Ikterus, Stomatitis (Skorbut?) Therapie: Überwachung der Ernährung, Bettruhe, Mundpflege.

Dekursus. 24. VII. Fiebert über 38°. Nahrungsaufnahme ohne Schwierigkeiten, gestern 5 dnsq noch rein flüssig, heute 6 dnsq mit Grießbrei und kleiner Brotzulage. Befinden unverändert. Foetor ex ore, auf H₂O₂-Spülungen geringer.

25. VII. Einstellung auf 7 dnsq. Butterbrotzulage, ganz guter Appetit, Mund viel reiner. Schleimhaut fester, subfebrile Temperatur.

27. VII. Gute Gewichtszunahme. Noch subikterisch. Sehr gute Diurese. Harn viel heller. Gemüse. Nahrungsaufnahme ohne Schwierigkeiten. Keine Schmerzen.

29. VII. Blüht auf. Gallenfarbstoff im Harn nicht nachweisbar. Mund rein. Guter Appetit.

1. VIII. Ungestörte Rekonvaleszenz.

4. VIII. Entlassung mit 18,9 kg Körpergewicht, 92,5 Gelidusi.

Epikrise. Schwere Stomatitis bei einem 7jährigen Mädchen, daneben Ikterus. Bettruhe. Mastkur. Gewichtszunahme von 17,5 auf 18,9 = 1,4 kg in 13 Tagen, mithin ca. 115 g pro Tag.

29. Marie Kalitzka, geb. am 19. I. 14. Aufgenommen am 14. VII. 18. 4½ Jahre altes Mädchen. Erste, rechtzeitige normale Geburt. 11 Monate Brust. Zähne mit 10 Monaten. Laufen mit 16 Monaten, Sprechen mit 1 Jahr. Außer Keuchhusten im Säuglingsalter noch keine Krankheiten. Seit 3 Tagen starke Halsschmerzen, hohes Fieber.

Status. Entsprechend großes Mädchen. Haut sehr blaß, Turgor mäßig, Fettpolster genügend. Erbsengroße Drüsen am Hals und im Kieferwinkel. Keine Zeichen von Rachitis. Abdomen und Abdominalorgane o. B. Lunge o. B. Herz:

Töne rein. Pendelrhythmus. Aktion frequent. Puls weich, 156. Nervensystem o. B. Mundhöhle rein. Rachen rot, geschwollen. Tonsillen zerklüftet, geschwollen, grauschmutzige, dicke Beläge. Ausstrich: Di-Bac. negativ. Kultur: negativ. Augen, Ohren, Nase o. B. Harn und Stuhl o. B. Pirquet negativ. Temperatur 39°. Diagnose: Angina ulcerosa necroticans. Therapie: Ohne das Ergebnis der Kultur abzuwarten, 3000 AE. intramuskulär. Wickel. Überwachung der Ernährung. Freiluft.

Dekursus. 15. VII. Fiebert hoch, Rachenbefund unverändert. Anorexie und Schluckschmerzen. 20 hn (ca. 7 dnsq) als gekühlte 17proz. Zuckervollmilch und Grießbrei. Kleine unregelmäßige Mahlzeiten, erfolgreich. Liegt im Garten.

16. VII. Fieber hält an, der Belag an der l. Tonsille etwas gelockert. Substanzverlust. Nahrungsaufnahme noch erschwert. Leichter Sonnenbrand.

19. VII. In den Krypten noch immer fibrinös-eitrige Beläge. Eitrige Pharyngitis. Schluckbeschwerden geringer. Butterbrot. Gewichtszunahme. Fieber hält an.

21. VII. Seit gestern fieberfrei. Tonsillen endlich rein, zerklüftet. Frisch. Appetit gut. Gemüse.

24. VII. Ungestörte Rekonvaleszenz. Wohlbefinden. Sehr gute Farbe, leichte Pigmentation. Entlassung mit 16,6 kg und 98 Gelidusi.

Epikrise. Ulceröse, nekrotisierende, sehr hartnäckige Angina bei einem 4 Jahre alten Mädchen. Schluckbeschwerden und Anorexie. Ungestörte Mästung von 15,5 auf 16,6 = 1,1 kg Zunahme in 9 Tagen, mithin durchschnittlich ca. 120 g pro Tag.

29. Heinrich Wernheimer, geb. am 21. VI. 08. Aufgenommen 11. VIII. 18. 10jähriger Knabe. Aus einem Kinderheim, daher keine näheren anamnestischen Angaben. Erkrankt vor 2 Tagen mit hohem Fieber und heftigen Halsschmerzen. Appetit gut, Stuhl regelmäßig.

Status. Ausgehungelter Knabe von 24,4 kg Körpergewicht, 69 cm Sitzhöhe und 85 Gelidusi. Haut blaß. Fettpolster sehr gering. Turgor normal. Im rechten Kieferwinkel überbohnen große Drüsen. Im linken Kieferwinkel und am Hals gut erbsengroß. Starker rachitischer Rosenkranz und aufgetriebene Knöchel. Abdomen über der Brusthöhe, schwappend, Milz und Leber nicht erreichbar. Lunge: vereinzeltes Rasseln r. h.-u. Herz o. B. Puls gut, 112. Nervensystem: Sensorium frei. kein Meningoencephalismus. Reflexerregbarkeit normal. Facialis 0. Augen, Ohren, Nase o. B. Mundhöhle rein, Zunge belegt, Zähne cariös, defekt. Rachen rot. Rechte Tonsille geschwollen, mit einem speckigen, grünlich-grauen Belag bedeckt. Di-Bac. negativ. Pirquet stark positiv. Harn und Stuhl o. B. Temperatur um 38°. Diagnose: Nekrotisierende Angina, Tuberkulose (Lymphadenitis, Peritonitis). Therapie: Bettruhe, Überwachung der Ernährung. Freiluft.

Dekursus. 12. VIII. Starke Schluckschmerzen. Gestern daher nur 17proz. Zuckervollmilch, eisgekühlt, 5 dnsq (21 hn). Heute über 6 dnsq (30 hn). Leichte gemischte Kost, viel kaltes Getränk. Temperatur über 39°. Sehr matt. Appetit gering. Liegt im Freien.

13. VIII. Eingestellt auf 35 hn (über 7 dnsq) gewöhnliche gemischte Kost. Schluckschmerzen geringer, Tonsille abgeschwollen, Belag locker, fieberfrei.

14. VIII. Rapide Gewichtszunahme. Heißhunger, Belag unverändert. Fieberfrei. Rapide Gewichtszunahme.

15. VIII. Wohl, Belag abgestoßen. Defekt. Aussehen blühend.

18. VIII. Entlassung mit 27,7 kg Körpergewicht und 94 Gelidusi. Harn o. B. Gute Diurese. Keine Ödeme.

Epikrise. Nekrotisierende Angina bei einem 9jährigen ausgehungerten Knaben mit starken Schluckschmerzen. Überwachung der Ernährung (5—6 bis über 7 dnsq) und Freiluftkur. Gewichtszunahme von 24,4 auf 27,7 = 3,3 kg in 8 Tagen, mithin über 400 g pro Tag im Durchschnitt!!

30. Hermine Mrkwicka, geb. am 26. IX. 13. Aufgenommen am 17. XI. 18. 5jähriges Mädchen. Erste, rechtzeitige normale Geburt. Flaschenkind, bis zu 12 Monaten in Kost. Entwicklung im Säuglingsalter normal. Vor 10 Monaten Diphtherie. Im August 1918 Ruhr. Damals lag das Kind in einem Kinderspital, wo es anschließend Scharlach akquirierte. Nach Scharlach Otitis und Nephritis. Nach Entlassung aus dem Spital machte Pat. eine Pneumonie durch (Anfang November), danach (am 14. XI.) Masern. Seit dem 16. XI. nach Ablauf der Masern, wieder Fieber, Heiserkeit, bellender Husten, seit heute mittag starke Atembeschwerden, Seruminjektion und Intubation in einem anderen Kinderspital und von dort Überweisung an die Kinderklinik.

Status am 18. XI. 18. Kleines schwächliches Mädchen von 13,5 kg Körpergewicht, 56 cm Sitzhöhe und 92 Gelidusi. Haut blaß, pigmentierte Reste des Masernexanthems. Fettpolster dürrig, Turgor gering. Bohnengroße Drüsen im Kieferwinkel. Skelett rachitisch. Abdomen o. B., weich, Milz und Leber o. B. Lunge: Intubation, Schall hell, fortgeleitetes Tubusatmen. Herz: Spitzenstoß im 5. Interkostalraum einen Querfinger außerhalb der Mamillarlinie. Neben dem 1. Ton ein lautes, rauhes Geräusch, auch über den anderen Klappen hörbar. Puls regelmäßig, frequent, sehr weich, 160. Nervensystem: große Mattigkeit, sonst o. B. Augen haloniert, Ohren o. B. Nase fließt. Mund rot, an der Unterlippe erbsengroßer Belag (Di?), Rachen rein. Zunge belegt. Ängstlicher Gesichtsausdruck. Im Harn Spuren Albumen. Stuhl geformt. Pirquet negativ. Temperatur um 39°. Diagnose: Kroup nach Masern, Mitralinsuffizienz. Therapie: Intubation, Überwachung der Ernährung.

Dekursus. 18. XI. Kam mit Tubus um 11 Uhr nachts. Um 9 Uhr früh Extubation. Ohne Tubus Aphonie und heiserer Husten. Nach der Extubation steigende Atemnot und Aufregung, daher um 11 Uhr Intubation. Bei der Intubation deutlicher Widerstand im Niveau des Ringknorpels, wie durch eine weiche Schwellung oder eine Membran. Große Anorexie. Mühevoller Nahrungsdarreichung. 5 dnsq 17 proz. Zuckervollmilch, Grießbrei. Häufige kleine Mahlzeiten in Momenten besseren Befindens.

19. XI. Etwas frischer. 5 dnsq beigebracht. Mit Tubus keine Dyspnoe. Unruhig. Anorexie unverändert. Mühevolltes Füttern. Sehr frequenter Puls.

20. XI. Um 9 Uhr Extubation, hält nicht aus, daher um 1/2 10 Intubation und anschließend daran Tracheotomie. Danach Expektorat von zwei bis 2 cm langen, trockenen Membranen. Nach der Operation Luftemphysem beider Kieferwinkel. Puls sehr frequent, 162. Große Schwierigkeiten mit der Nahrungs-

darreichung. Nur 10 hn beigebracht. 10 Mahlzeiten à 50 g 17proz. Zuckervollmilch. Temperatur um 39°.

23. XI. Starke Sekretion. Puls beschleunigt. Nahrungsaufnahme unverändert schlecht, jedoch 5 dnsq (15 hn) täglich. Emphysem verschwunden. Hohe Temperaturen halten an.

25. XI. Husten, Sekret sehr trocken. Unverändert.

26. XI. Die Wunde sezerniert stark. Hohe Temperaturen. Anorexie anhaltend. Spuren Albumen. Sediment o. B.

28. XI. Nahrungsaufnahme besser. Leichte gemischte Kost. 6 dnsq. Gewicht stationär. Hohe Temperaturen.

30. XI. Sekretion der Wunde noch sehr stark. Versuche mit Stopfkanüle. Stimme besser. Albumen im Harn in Spuren. Nahrungsaufnahme mit Zwang. Nur 6 Mahlzeiten.

1. XII. Dekanülement. Atmung ruhig. Stimme wiederkehrend. Nahrungsaufnahme leidlich.

5. XII. Spitzenton im 5. Intercostalraum in der Mamillarlinie, Dämpfung nach links die Mamillarlinie etwas überschreitend, systolisches Geräusch rau. Keine Ödeme. Diurese befriedigend.

8. XII. Viel frischer. Subfebril. Stimme vorhanden.

10. XII. Wunde verheilt. Wohl. Fieberfrei.

18. XII. Wohl. Narbe rein. Stimme vorhanden. Seit der Entfieberung Gewichtszunahme. Entlassung mit 14,1 kg Körpergewicht und 93 Gelidusi.

Epikrise. Schwerer Kroup nach Masern bei einem heruntergekommenen, nach mehreren Infektionen geschwächten, 5jährigen Mädchen mit kompensierter Mitralinsuffizienz. Tracheotomie. 3 Wochen lange Fieberperiode (um 39°). Anfänglich 5, dann 6 dnsq. Mühevoller Fütterung. Während der Fieberperiode Erhaltung des Körpergewichts, dann Zunahme von 13,5 auf 14,1 = 0,6 kg in 9 Tagen, mithin fast 70 g pro Tag.

31. Ida Karelli, 8 Jahre altes Mädchen. Aufgenommen am 11. IX. 18 Nähere anamnestische Angaben fehlen, da das Kind aus einem Kinderheim gebracht wurde. Erkrankt am 9. IX. mit Drüenschwellung am Hals und Belag im Rachen. Es wurde mit Umschlägen und Jodpinselungen behandelt.

Status. Blasses, mäßig ernährtes Mädchen von 15 kg Körpergewicht, 55 cm Sitzhöhe und 97 Gelidusi. Haut blaß, Fettpolster sehr mäßig entwickelt, Turgor befriedigend. Bohnengroße Drüsen im Kieferwinkel, erbsengroße am Halse. Rachitischer Rosenkranz. Abdomen o. B., weich, unempfindlich, Milz und Leber o. B. Lunge: diffuse Rhonchi über beide Lungen. Herztöne rein, etwas dumpf, Puls weich, 92. Nervensystem: Sensorium frei. Leichte Nackensteifigkeit, Kernig deutlich, Symphysiphänomen I und II (rechts) positiv. Babinski, Oppenheim, Nacken- und Wangenphänomen negativ. Mundhöhle rein, Zunge belegt, Rachen stark gerötet, auf den beiden Tonsillen, auf der Uvula und an der hinteren Rachenschleimhaut ausgedehnte graue Beläge. Di-Bac. ++. Stimme heiser. Mäßige Atemnot mit „Einziehen“. Harn: 12 pro Mille Eiweiß nach Esbach. Zucker 0. Stuhl o. B. Pirquet negativ. Diagnose: Schwere Rachen- und Kehlkopfdiphtherie. Leichter Meningoencephalismus. Albuminurie. Therapie: 7500 AE. intramuskulär, Digi-purat, Inhalieren, Mastkur, Freiluft.

Dekursus. 13. IX. Elendes Allgemeinbefinden. Puls sehr weich. Beläge etwas gelockert, desgl. Albuminurie. Stimme andauernd heiser. Atemnot geringer. Zuerst 7, dann 8 dnsq in breiger, gemischter salzarmer und fleischfreier Kost. Appetit gering, heute nur 17 proz. Zuckervollmilch und Grießbrei. Abgiebert, Lungen frei. Keine Ödeme.

15. IX. Rachen seit gestern in Reinigung. Stimme freier. Albuminurie geringer. Keine Ödeme, sehr matt. Gewichtszunahme. Appetit besser. Spuren von Meningoencephalismus. Liegt im Freien.

16. IX. Rachen rein. Subfebrile Temperatur. Albumen nur 3‰.

19. IX. Täglich wohler. Albumen nur in Spuren. Bessere Diurese. Keine nervösen Erscheinungen. Liegt im Freien.

22. IX. Leichte Gaumensegellähmung. Vorsichtige Nahrungsdarreichung (Verschlucken). Sonst wohl. Puls 108, gut gespannt. Albumen in Spuren.

24. IX. Wohl. Minimale Spuren von Albumen. Sediment o. B. Leicht näselnde Sprache, verschluckt sich nicht. Reflexerregbarkeit normal. Liegt im Freien.

27. IX. Kein Albumen. Sehr gute Diurese und Herzaktion. Sprache besser. Verschluckt sich nicht.

28. IX. Entlassung auf Wunsch der Eltern. Sprache fast ohne jeden Beiklang. Körpergewicht 17,4 kg, 101 Gelidusi.

Epikrise. Schwere, etwas verschleppte, ausgedehnte Rachendiphtherie mit leichten Krouperscheinungen und Nephritis. 500 AE. pro Kilogramm Körpergewicht. Mast- und Freiluftkur. Gewichtszunahme von 15 auf 17,4 kg = 2,4 kg in 18 Tagen, mithin etwas über 130 g pro Tag im Durchschnitt (8 dnsq). Leichte Gaumensegellähmung. Entlassen in ausgezeichnetem Ernährungszustande, gebräunt von der Sonne, frisch und kräftig.

32. Margarethe Zepeniak, geb. am 24. II. 09. Aufgenommen am 1. VII. 18. 9 jähr. Mädchen. Erste, rechtzeitige normale Geburt. Brust über 1 Jahr, Zähne mit 6 Monaten, Laufen mit 12 Monaten, Sprechen mit 12 Monaten. Mit 3 Jahren Masern, danach Keuchhusten. Am 27. VI. Schüttelfrost, danach Fieber und Kopfschmerzen durch 2 Tage, dann Besserung des Allgemeinbefindens. Am 30. VI. bemerkte die Mutter eine starke Rötung des Halses. Heute Belag und Schluckbeschwerden.

Status. Sehr stark abgemagertes, sehr großes Mädchen von nur 25,6 kg Körpergewicht, 74 cm Sitzhöhe und 86 Gelidusi (!). Haut blaß, Turgor gering, sehr geringes Fettpolster. Haselnußgroße Drüsen im Kieferwinkel. Skelett grazil, keine Zeichen von Rachitis. Abdomen etwas unter der Brusthöhe, weich, unempfindlich. Milz und Leber o. B. Lunge o. B. Herz o. B. Puls 112, gut. Nervensystem: sehr weinerlich, sonst o. B. Augen, Ohren, Nase o. B. Mund rein, Zähne gut, Rachen rot, zwischen der Uvula und der rechten Tonsille dicker, typischer weißer Belag. Di-Bac. ++. Harn und Stuhl o. B. Pirquet schwach positiv. Temperatur subfebril. Diagnose: Rachendiphtherie. Therapie: 2500 AE. intramuskulär, Mastkur (gemischte, breiige Kost).

2. VII. Belag lockerer. Fieberfrei. Appetit gut, besser gelaunt. 33 hn = 6 dnsq ohne Schwierigkeiten.

4. VII. Rachen frei, rot. Gewichtszunahme. Seit gestern 7 dnsq (35 hn).

5. VII. Wohl, Gewichtszunahme, bessere Farbe.

7. VII. Entlassung mit 27 kg und 87,5 Gelidusi.

Epikrise. Leichte Rachendiphtherie bei einem sehr heruntergekommenen 9jährigen Mädchen. Serum und Mastkur. Rapide Gewichtszunahme von 25,6 auf 27 kg = 1,4 kg in 6 Tagen, mithin durchschnittlich ca. 230 g pro Tag!

33. Emil Hölbling, geb. am 4. I. 05. Aufgenommen am 5. V. 18. 13jähr. Knabe. Sechste, rechtzeitige normale Geburt. Brust bis zu 1 Jahr. Zähne mit 9 Monaten. Laufen mit 1 Jahr. Sprechen mit 18 Monaten. Mit 5 Jahren Keuchhusten und Varicellen. Mit 6 Jahren Masern, danach Typhus. Mit 7 Jahren Erysipel. Seit 3 Jahren chronischer Kehlkopfkatarrh mit Heiserkeit. Seit 4. V. Fieber, Mattigkeit, Erstickungsanfälle. Auf Anraten des Arztes wurde das Kind auf die Laryngologische Klinik gebracht. Dort am 4. V. nachmittags Tracheotomie. Am 5. V. wurden dortselbst typische Membranen im Larynx festgestellt, daher Transfrierung auf die Kinderklinik.

Status. Kräftiger, magerer Knabe von 30,7 kg Körpergewicht, 70 cm Sitzhöhe und 96,5 Gelidusi. Haut blaß, Fettpolster gering, Turgor entsprechend. Keine Drüsen. Skelett kräftig, keine Zeichen von Rachitis. Abdomen o. B. Milz und Leber nicht erreichbar. Lunge o. B. Herz o. B. Töne rein, Puls regelmäßig, frequent, weich, 128. Nervensystem o. B. Augen, Ohren, Nase o. B. Mundhöhle und Rachen rein. Zunge belegt. Zähne vollzählig, gut. Harn: Spuren Albumen. Stuhl o. B. Pirquet negativ. Temperatur um 38°. Am Hals frische Tracheotomiewunde. Kanüle. Diagnose: Kroup, Tracheotomie. Therapie: 6000 AE. Inhalieren, Überwachung der Ernährung.

Dekursus. 6. V. Matt. Häufig Hustenreiz. Anorexie und Unlust zum Essen (Hustenreiz!). Gestern noch 10 hn als 17proz. Zuckervollmilch genommen. Heute Grießbreizulage, im ganzen 27 hn. Unregelmäßige Mahlzeiten. Zuspruch.

7. V. Etwas früher. Subfebrile Temperatur. Die Nahrung leichter beizubringen. Gesetzt auf 6 dnsq = 30 hn. Eizulage. Gewichtszunahme.

10. V. Täglich frischer. Subfebrile Temperatur. Heute Versuch, die Kanüle zu verschließen. Wird vertragen. Appetit geringer. Zuspruch. Spuren Albumen.

12. V. Solide Kanüle wird gut vertragen. Subfebrile Temperaturen dauern an. Appetit besser. Gemischte Kost. Harn frei.

14. V. Kanüle entfernt. Verband. Wohlbefinden.

17. V. Fieberfrei. Wohl. Großer Appetit. Bis heute schöne, etwas flache Gewichtszunahme. Entsprechend dem Appetit von heute an 7 dnsq = 35 hn.

19. V. Rapide Gewichtszunahme. Wunde granuliert, rein.

21. V. Sehr guter Appetit trotz 7 dnsq. Von heute an 40 hn (8 dnsq)!

23. V. Wohl. 40 hn werden glatt vertragen, rapide Gewichtszunahme.

25. V. Wunde überhautet. Wohl, frisch, sehr gut gefärbt, rund und fest. Entlassung mit 34 kg Körpergewicht und 100 Gelidusi!

Epikrise. Kroup bei einem 13jährigen Knaben. Tracheotomie, Serum. Überwachung der Ernährung. Zuerst 6 dnsq — langsame Zunahme (Fieberperiode, Appetitlosigkeit), dann 7 und 8 dnsq entsprechend dem Auftreten des Appetits: scharf einsetzende Mästung. Gewichtszunahme von 30,7 auf 34 kg = 3,3 kg in 21 Tagen, mithin durchschnittlich über 150 g pro Tag.

(6 dnsq-Periode: 13 Tage mit Zunahme von 30,7 auf 31,5 = 0,8 kg, durch-

schnittlich ca. 60 g, und Mastperiode zu 7—8 dwsq: 8 Tage mit Zunahme von 31,5 auf 34 = 2,5 kg, durchschnittlich ca. 300 g pro Tag.)

34. Viktor Drakosch, geb. am 10. VIII. 18. Aufgenommen am 12. VIII. 18. 13 Monate alter Knabe. Dritte, rechtzeitige normale Geburt. Bis jetzt Brustnahrung. Zähne mit 9 Monaten. Läuft und spricht noch nicht. Vor 3 Monaten sollte das Kind eine Lungenentzündung durchgemacht haben. Seit dieser Zeit kränkt es. Seit 4 Wochen stärkerer Husten, in der letzten Zeit hohes Fieber und erschwertes Atmen.

Status am 12. VIII. 18. Schwerkrankes, sehr hinfalliges kleines Kind von 8,7 kg Körpergewicht, 47 cm Sitzhöhe und 94 Gelidusi. Haut blaß. Fettpolster leidlich. Turgor gering. Gesicht gedunsen. Bohnengroße Drüsen am Hals und in der Leiste. Skelett: Rachitis. Fontanelle offen, 2 cm, Rosenkranz spitz, Knöchel aufgetrieben. Froschbauch, leicht gespannt, empfindlich. Milz und Leber nicht erreichbar. Lunge: zwischen dem 4. und 5. Brustwirbel, rechts von der Wirbelsäule bis fingerbreit über die Vertebrae Schallverkürzung. Darüber, sowie über den beiden Unterlappen klingendes Rasseln und verschärftes Atmen, stellenweise von bronchialem Charakter. Exspiratorische Dyspnoe, zeitweise Nasenflügelatmen. Außerordentlich heftige, mit Cyanose einhergehende Keuchhustenanfälle. Herz in normalen Grenzen. Töne rein. Puls frequent, mäßig gespannt, 164. Nervensystem: Sensorium frei. Nacken steif. Nackenphänomen und Kernig positiv. Symphysiaphänomen I und II sowie Babinski und Oppenheim negativ. Sonstige Reflexe normal. Augen, Ohren und Nase o. B. Mundhöhle und Rachen rein, Zunge rein. Kein Ulcus sublinguale. 3 Zähne. Pirquet negativ. Mantoux positiv. Harn o. B. Stuhl o. B. Temperatur bis 40°. Diagnose: Pertussis. Lobulärpneumonien. Therapie: Digipurat, heiße Bäder mit Übergießungen. Umhertragen. Freie Luft. Überwachung der Ernährung.

Dekursus. 13. VIII. Eingestellt auf 6 dwsq mit 13 hn als 8,5proz. Zuckervollmilch. Nahrungsaufnahme durch Dyspnoe und sehr häufige Keuchhustenanfälle mit Erbrechen technisch sehr erschwert. Sehr hinfällig. Zeitweise Cyanose. Temperatur bis 40°. Herzaktion muß durch Campher unterstützt werden. Röntgenbefund der Lunge ergibt fleckige, mäßig scharfe Schatten im Bereiche des rechten Hilus.

14. VIII. Temperatur im Abklingen. Lungenbefund unverändert. Hustenanfälle immer noch sehr intensiv. Fütterung stets unmittelbar danach. Dennoch ab und zu Erbrechen. Noch sehr hinfällig.

17. VIII. Etwas frischer. Fiebert ab. Lungenbefund bis auf reinere Atmungsgeräusche unverändert. Stühle vermehrt. Keine Gewichtsabnahme. Liegt im Freien.

23. VIII. Heißer Tag. Viel Schwitzen. Pigmentation. Anfälle milder, seltener. Regelmäßige Mahlzeiten (6). Vor der Mahlzeit wird durch Berührung des Rachens mit dem Spatel ein Anfall ausgelöst, falls nicht kurz vorher ein spontaner Anfall erfolgt war. Kein Erbrechen. Viel frischer. Atmungsgeräusche viel reiner. Perkussionsbefund unverändert. Subfebril.

27. VIII. Wohl, sehr frisch. Anfälle dauern an, aber sehr milde. Keine Schwierigkeiten mit der Ernährung. (Noch immer nur flüssig.) Gute Farbe. Gewichtszunahme. Fieberfrei.

2. IX. Wohl. Milde Anfälle. Gewichtszunahme. Gießbrei. Stühle besser.

11. IX. Anfallsfrei. Wohl. Lunge bis auf den Hilus frei.

13. IX. Entlassung mit 9,5 kg Körpergewicht und 97 Gelidusi.

Epikrise. Schwerer Keuchhusten mit Lobulärpneumonien bei einem heruntergekommenen 13 Monate alten tuberkulösen Kinde (Hilusherd). Von Anfang an keine Gewichtsabnahme. Zunahme von 8,7 auf 9,5 = 0,8 kg in 32 Tagen, mithin 25 g pro Tag im Durchschnitt bei 6—7 dntsq. Anfänglich vermehrte Stühle, dann spontane Besserung.

35. Wilhelm Homola, geb. am 20. III. 17. Aufgenommen am 29. VI. 18. 15 Monate alter Knabe. Fünfte, rechtzeitige normale Geburt. Brust bis zum 11. Monat, dann gemischte Kost. Zähne mit 7 Monaten, Laufen mit 14 Monaten, spricht noch nicht. Mit 10 Monaten Varicellen, mit 1 Jahr Masern. Öfters Bronchitiden. Seit Anfang Juni Keuchhusten. Am 27. VI. wurde das Kind nach einem Hustenanfall cyanotisch und bewußtlos. Der Zustand verschlimmerte sich im Laufe des nächsten Tages: erschwertes Atmen, große Mattigkeit, in der Nacht Krämpfe.

Status. Kleines abgemagertes Kind von 9,2 kg Körpergewicht, 48 cm Sitzhöhe und 94 Gelidusi. Haut blaß, schlaff, Fettpolster sehr mäßig. Erbsengroße Drüsen in den Kieferwinkeln und am Hals. Schädel hart, Fontanelle noch offen, Rosenkranz deutlich, spitz, Knöchel aufgetrieben. Abdomen in der Brusthöhe weich, unempfindlich, Milz und Leber nicht erreichbar. Lunge: Über dem l. Oberlappen und dem r. Unterlappen Schallverkürzung, darüber klingendes Rasseln. Diffus über beide Lungen bronchitische Geräusche und grobes Rasseln. Atmung angestrengt. Häufige, heftige Hustenanfälle. Herz: Pendelrhythmus, Puls frequent, regelmäßig, klein, 152. Nervensystem: Meningocephalismus leichteren Grades. Sensorium frei. Liquor unter Druck klar, o. B. Facialis 0. Augen: Injektion der Conj. bulbi, links kleine Blutungen. Ohren und Nase o. B. Mund: leichte Stomatitis. Rachen rein. Tetaniezähne. Pirquet negativ. Harn und Stuhl schleimig-breigli. Temperatur über 38°. Diagnose: Pertussispneumonie. Therapie: Bäder, Digitalis, Überwachung der Ernährung. Freiluft.

Dekursus. 30. VI. Elendes Allgemeinbefinden. Zeitweise Cyanose und Nasenflügelatmen. Heftige und sehr häufige Hustenanfälle mit Erbrechen. Nahrungsdarreichung äußerst erschwert, zumal völlige Anorexie besteht. Gestern noch 4 hn beigebracht. Heute 16 Anfälle. Mahlzeiten in kleinen Mengen, unregelmäßig, unmittelbar nach dem Anfall. 13 hn in 17 proz. Zuckermilch und Gießbrei, entsprechend 6 dntsq.

1. VII. Unverändert. Fiebert bis 39°. Wird im Freien herumgetragen. Häufung der Hustenanfälle, welche das Kind sehr erschöpfen. Dabei 3 mal reichliches Erbrechen. Puls 112 (Digitalis). Gewicht stationär.

3. VII. Etwas frischer, Fieber läßt nach. Lungenbefund unverändert. Gestern 29 Anfälle! Nach jedem Anfall Cyanose. Gewicht stationär, obgleich das Erbrechen nachläßt, daher 7 dntsq (15 hn).

5. VII. Anfälle lassen nach. Subfebrile Temperatur. Kein Erbrechen. Gewichtszunahme. Bronchitische Geräusche namentlich über beide Unterlappen. Perkutorisch kein deutlicher Befund. Etwas frischer.

7. VII. Wesentlich wohler. Appetit leidlich.

10. VII. Seit 2 Tagen gänzlich fieberfrei, erholt, gut gefärbt. Entlassung auf Wunsch der Eltern mit 9,4 kg Körpergewicht.

Epikrise. Schwere Pertussispneumonie bei einem heruntergekommenen, 15 Monate alten Kinde. Heilung. Durch Überwachung der Ernährung ist Gewichtsverlust vermieden, es sind sogar 200 g angesetzt worden.

36. Klara Kovač, geb. am 4. III. 15. Aufgenommen am 10. III. 18 auf die interne Station mit Bronchitis. 3jähriges Mädchen. Dreizehnte, rechtzeitige normale Geburt. 4 Wochen Brust, dann Tee mit Kuhmilch zu Hause. Zähne mit 10 Monaten, Laufen erst mit 2½ Jahren, Sprechen mit 2 Jahren. Bis vor kurzem stets gesund gewesen. Seit 2 Monaten Husten, Appetitlosigkeit, Nachtschweiß, ab und zu Fieber, üble Laune und Unlust zum Spiel. 9 Geschwister an Säuglingskrankheiten gestorben. Eine Schwester der Pat. leidet an Tuberkulose.

Status. Kleines mageres Mädchen von 7,7 kg Körpergewicht, 44,5 cm Sitzhöhe und 95,5 Gelidusi. Haut blaß, Fettpolster und Turgor gering. Keine Drüsen. Schädel hart, Fontanelle geschlossen. Rachitischer Rosenkranz. Aufgetriebene Knöchel. Verbogene Unterschenkel. Abdomen über Brusthöhe. „Froschbauch“ etwas gespannt, Milz und Leber o. B. Lunge: bronchitische Geräusche über beide Lungen. Husten. Herz o. B. Töne rein, Aktion frequent. Puls 100. Nervensystem o. B. Augen: sehr lange Wimpern. Ohren o. B. Nase o. B. Am Philtrum Impetigo. Mund rein und blaß. Rachen rein. Zähne gut. Harn und Stuhl o. B. Pirquet positiv. Temperatur um 38°. Diagnose: Bronchitis. Therapie: Bettruhe. Überwachung der Ernährung.

Dekursus. 12. III. Unverändert. Appetit gering (grob gemischte Kost, 5 dnsq). Subfebrile Temperatur. Hustet viel.

16. III. Anfängliche Gewichtszunahme, jetzt Stillstand. Unverändert. 15 hn (= 8 dnsq).

19. III. Husten keuchhustenartig, anfallsweise, danach Erbrechen. Transferierung auf die Heubnerabteilung (Infektion).

20. III. Hustet typisch, erbricht, sehr appetitlos. 15 hn als 17 proz. Zuckervollmilch und Grießbrei. Kleine Mahlzeiten nach den Anfällen. Bäder.

22. III. Gewichtszunahme. Frischer. Keuchhusten. Anfälle noch heftig. Fast kein Erbrechen. Appetit. Brot und Gemüse.

24. III. Appetit täglich besser. Kein Erbrechen trotz anhaltender Anfälle.

26. III. Anfälle im Abflauen. Lungenbefund unverändert. Gewichtszunahme.

28. III. Seit gestern Fleischzulage (17 hn). Sehr guter Appetit. Andauernd subfebrile Temperatur.

29. III. Anfallsfrei. Wohl.

1. IV. Wohl, rund, guter Turgor und Farbe. Keine Anfälle. Entlassung mit 8,6 kg Körpergewicht und 95,5 Gelidusi.

Epikrise. Mittelschwerer Keuchhusten bei einem heruntergekommenen rachitischen, Pirquetpositiven 3jährigen Mädchen. Zuerst 5, dann 8 dnsq. Schöne Mästung von 7,7 auf 8,6 kg = 0,9 kg Zunahme in 26 Tagen, mithin 45 g pro Tag.

37. Rolande Hanke, geb. am 15. VI. 14. Aufgenommen am 7. VII. 18. 4jähriges Mädchen. Zweite, normale rechtzeitige Geburt. 5 Monate Brust, dann Nestlé. Zähne mit 4 Monaten, Laufen mit 15 Monaten, Sprechen mit 18 Monaten.

Mit 3 Jahren Diphtherie. Erkrankt vor 2 $\frac{1}{2}$ Wochen an Keuchhusten. Unzählige, starke Anfälle und heftiges Erbrechen, dabei guter Appetit. Am 5. VII. wurden kleine Blutaustritte in die Haut des rechten Ohres bemerkt. Seit gestern zunehmende Mattigkeit. Husten geringer. An den Ohren und an den Handgelenken deutliche blutige Flecke seit heute früh.

Status. Kräftiges Mädchen von 16,4 kg Körpergewicht, 58 cm Sitzhöhe und 94,5 Gelidusi. Haut blaß. Fettpolster mäßig, desgleichen Turgor. Keine Drüsen. Keine Zeichen von Rachitis. Lunge: typische Keuchhustenanfälle. Herz o. B. Puls 124, gut. Nervensystem ohne Besonderheiten. Sensorium frei, apathisch. Augen, Ohren, Nase o. B. Nase blutet nicht. Mundhöhle rein, blaß. An der l. Wangenschleimhaut zwei kleine Ulcerationen. Rachen blaß, kleine Blutungen. Zähne gut. Pirquet stark positiv. Harn ohne pathologische Bestandteile, kein Blut. Stuhl blutig. Anmerkung zur Haut: An den Schrägseiten der unteren Partien des Oberarms und am Unterarm, an dem Ober- und Unterschenkel, an den Fußrücken und -sohlen hirse- bis zweikronenstückgroße, zum Teil erhabene und infiltrierte, zum Teil petechiale Blutungen. An den Händen tiefergelegene Hämatome. Stamm und Gesicht frei. Temperatur über 38°. Diagnose: Purpura haemorrhagica, Keuchhusten. Therapie: Pferdeserum. Mast- und Freiluftkur.

Dekursus. 8. VII. 20 ccm Pferdeserum intramuskulär, sehr matt. Stühle noch blutig. Fieber kontinuierlich um 38°. Appetit gering. Zuspruch. Einstellung auf 7 dmsq leichte gemischte Kost. Recht häufige und heftige Keuchhustenanfälle. Fütterung möglichst unmittelbar nach den Anfällen. Häufige kleine Mahlzeiten.

9. VII. Zunahme der Blutungen am Gesäß und an den Extremitäten. Leichte Ödeme um die Fußknöchel. Starke Gewichtszunahme (sofortige Reaktion auf Serum?). Allgemeinbefinden unverändert sehr matt. Hustenanfälle unvermindert. Abermals 20 ccm Pferdeserum.

10. VII. Neuer Schub der Blutungen an den Extremitäten. Große Schmerzhaftigkeit der Beine und der Gelenke. Ödeme unverändert. Puls beschleunigt. Temperatur über 38°. Hustenanfälle seltener. Nahrungsaufnahme besser. 3 mal, aber weniger reichlich erbrochen. Weitere Gewichtszunahme. Zum drittenmal 20 ccm Pferdeserum. Fortgesetztes Liegen im Freien.

13. VII. Ödeme zurückgegangen, daher Gewichtsabnahme. In letzten 24 Stunden keine neuen Blutungen. Frischer. Hustenanfälle häufiger, Erbrechen geringer. Subfebrile Temperatur. Harn dauernd blutfrei, Stühle noch immer etwas blutig. Liegt den ganzen Tag im Freien.

15. VII. Seit gestern fiebert wieder über 38°. Heute hämorrhagisches Serumexanthem am ganzen Körper. Sehr matt. Keuchhustenanfälle viel seltener, desgleichen Erbrechen.

17. VII. Subfebrile Temperaturen. Serumexanthem abgeklungen. Heute wieder neuer Schub von Hautblutungen, dabei beschleunigter Puls. Nahrungsaufnahme glatt. Regelmäßig 5 Mahlzeiten, kein Erbrechen.

20. VII. Täglich wohler, heute wieder neue Hautblutungen und beschleunigter Puls.

25. VII. Frisch und munter. Seit 2 Tagen keine neuen Blutungen. Glänzende Gewichtszunahme.

28. VII. Keine Keuchhustenanfälle mehr. Andauernd subfebrile Temperatur. Gestern wieder ein kleiner Schub von Blutungen bei vollkommenem Wohlbefinden.

4. VIII. Ungestörte Rekonvaleszenz. Völlige Resorption der Blutungen bis auf die letzten 2 Schübe vom 1. und 3. VIII., denen wiederum eine Erhöhung der Pulsfrequenz voranging.

10. VIII. Seit einer Woche keine Blutungen. Glänzendes Allgemeinbefinden. Frische gebräunte Farbe. Entlassung mit 19,6 kg Körpergewicht und 100 Gelidusi.

Epikrise. Schwere Purpura haemorrhagica und Keuchhusten bei einem 4jährigen Mädchen. Mast- und Freiluftkur. Heilung. Gewichtszunahme von 16,4 auf 19,6 = 3,2 kg in 34 Tagen, mithin fast 100 g pro Tag.

38. Franz Zieherer, geb. am 4. I. 12. Aufgenommen auf die interne Abteilung am 14. IV. 18. 5jähriger Knabe. Zweite, normale rechtzeitige Geburt. Brust bis zum 2. Lebensmonat. Seither Kostpflege. Angeblich bis zum 4. Monat Flaschenmilch, dann gemischte Kost, Zähne mit 12 Monaten, Sprechen und Laufen erst mit 2 Jahren. Masern im frühen Säuglingsalter, seit dem 3. Monat „Lungenspitzenkatarrh“ (!). Die Kostfrau gibt an, das Kind sei seit 4 Monaten krank, es fiebert abends, klagt über Schmerzen im ganzen Körper, hustet, habe flüssige Stühle. Appetit soll dabei gut gewesen sein.

Status. Äußerst abgemagerter, verwahrloster Knabe von 11 kg Körpergewicht, 55,5 cm Sitzhöhe und 86,5 Gelidusi (!). (Siehe Photographie bei der Aufnahme.) Haut graublaß, welk, schlaff, faltbar, kein Fettpolster. Erbsengroße Drüsen am Hals, in der Achsel und in inguine. Skelett leicht rachitisch. Abdomen aufgetrieben, Milz nicht erreichbar, Leber 2 Finger breit unter dem Rippenbogen scharfrandig. Lunge: rechts vom Ang. scap. nach abwärts Schallverkürzung, darüber etwas abgeschwächtes Atmen (alte Schwarte), sonst überall reines Atmungsgeräusch. Herz o. B. Töne rein, leise. Aktion regelmäßig. Puls weich, 100 in 55 Sekunden. Augen, Ohren, Nase o. B. Mund und Rachen rein, blaß. Zähne gut. Zunge belegt. Nervensystem: Intelligenz gering, Reflexe herabgesetzt. Facialis 0. Harn o. B. Stühle flüssig, dyspeptisch. Temperatur um 38°. Pirquet negativ. Mantoux negativ. Diagnose: Hochgradige Unterernährung und Verwahrlosung. Therapie: Mastkur (gemischte Kost).

Dekursus. 15. IV. Fiebert ab. Vollständige Anorexie. Sehr schwer zum Essen zu bewegen. 15 hn beigebracht, doch ein Teil davon wurde erbrochen. 3 flüssige Stühle.

16. IV. Unverändert. Fieber weiter (38°), 16 hn. Kein Erbrechen. Gewichtsabnahme. Völlige Apathie. Kein Appetit. Stühle etwas besser.

17. IV. Mit 18 hn 5 dnsq erreicht. Eßlust etwas besser. Noch immer Gewichtsabnahme.

19. IV. Appetit täglich besser, desgleichen Stühle. Fieberfrei. 5 dnsq weiter. Gewichtszunahme.

22. IV. Temperatursteigerung ohne nachweisbare Ursache, sonst unverändert. Appetit gut. Zunahme.

24. IV. Nahrungsmenge auf 6 dnsq gesteigert (20 hn). Appetit gut. Fieberfrei.

28. IV. Gute Gewichtszunahme. Subfebrile Temperatur. Großer Appetit. Stühle etwas vermehrt. Besserung der Farbe.

29. IV. 7 dnsq (22,5 hn).

2. V. Bis heute gut vertragen. Steile Gewichtszunahme. Heute Übelkeit und Erbrechen. Schleimige, flüssige Stühle. Gewichtsstillstand.

3. V. 2 mal erbrochen. Gewichtszunahme. Flüssige Stühle. Fieberfrei. Überfütterung, daher Rückgang auf 6 dnsq.

4. V. Gewichtssturz. Kein Erbrechen mehr. Stühle noch flüssig.

5. V. Weiterer Gewichtssturz, sonst Wohlbefinden.

12. V. Bei 6 dnsq rasche Erholung, gute Gewichtszunahme, Stühle besser, ab und zu subfebrile Temperaturen. Wohlbefinden, Aufblühen, gute Farbe, guter Appetit.

17. V. Versuchsweise wieder 7 dnsq. Wohl.

26. V. Dauerndes Wohlbefinden. Appetit hält an. Stühle besser, breiig. Steigerung der Nahrungsmenge diesmal anstandslos vertragen.

2. VI. Fortschreitende Mästung bei gutem Allgemeinbefinden.

9. VI. Seit 3 Tagen subfebrile Temperaturen, etwas Husten. Stühle gut. Regelmäßige Gewichtszunahme.

11. VI. Auf Pertussis verdächtiger Husten. Temperaturen um 38°. Gestern etwas Erbrechen. Stühle gut.

12. VI. Typischer Keuchhusten. Transferierung auf die Infektionsabteilung (Heubner). 22 Hustenanfälle. Nach den Anfällen mehrmals erbrochen. Temperatur kontinuierlich um 38°. Bronchitische Geräusche.

14. VI. Unverändert. Hustenanfälle und Erbrechen komplizieren die Nahrungsaufnahme. Gewichtssturz. Temperatur über 38°.

16. VI. Unverändert. Die Nahrungsaufnahme wird auf 7 Mahlzeiten verteilt und erfolgt entweder gleich nach einem spontanen Anfall, oder der Anfall wird vorher durch Berührung des Gaumens mit einem Spatel ausgelöst. Dadurch wird das Erbrechen des Genossen vermieden. Nahrungsmenge gleicher Quantität und Qualität. Fieber hält an. Stühle gut. Bronchitische Geräusche unverändert. Freiluftkur.

20. VI. Fieberfrei. Seit 4 Tagen wieder regelmäßige Gewichtszunahme trotz Anfällen und Erbrechens. Methodik der Nahrungsdarreichung die gleiche. Bis auf Husten Wohlbefinden. Sonnenbäder im Freien. Katarrhalische Lungenerscheinungen im Abklingen.

30. VI. Unverändert bis vor 2 Tagen. Seither wesentlicher Rückgang der Anfälle und damit wieder 5 Mahlzeiten. Ungestörte Mästung. Wohlbefinden. Starke Pigmentierung der Haut durch Sonnenkuren.

7. VII. Fortschreitende Rekonvaleszenz.

14. VII. Seit 4 Tagen anfallsfrei. Wohl, munter, kräftig, viel intelligenter.

20. VII. Entlassung (siehe Photographie) mit 17 kg Körpergewicht und 98 Gelidusi.

Epikrise. 5jähriger Knabe mit ausgesprochenem Habitus phthisicus, äußerst unterernährt und geschwächt (Kostpflüge), frei von Tuberkulose. Mastkur: 5—6—7 dnsq als gemischte Kost. Der erste (zu rasche) Übergang von 6 auf 7 dnsq von Mißerfolg begleitet (herabgesetzte Toleranz): Durchfall, Erbrechen und Gewichtssturz. Nach Rückgang auf 6 dnsq prompte Erholung. 2 Wochen später entsprechende Erhöhung der Nahrungszufuhr anstandslos vertragen. Der ursprünglich vollkommen appetitlose Knabe erlangte normalen Appetit nach der 1. Behandlungswoche lediglich unter dem Einfluß der Nahrungszufuhr. In der 9. Behandlungswoche Hausinfektion mit Pertussis. Trotz heftiger Anfälle mit Erbrechen gelang es nach anfänglichem Gewichtssturz sofort wieder die Mastkur

fortzusetzen. Dauer des Keuchhustens 4 Wochen. Verlauf sehr günstig und ohne Einfluß auf das Allgemeinbefinden. Entlassung des nicht zu erkennenden Kindes in voller, blühender Gesundheit und Gewichtszunahme von 11 kg auf 17 kg = 6 kg in 98 Tagen, mithin etwa 61 g durchschnittlich pro Tag.

39. Fritz Smolař, geb. am 17. II. 14. Aufgenommen am 25. XI. 18. 5jähr. Knabe. Erste, frühzeitige (8 Monate) Geburt. 9 Monate Brust. Zähne mit 6 Monaten, Laufen mit 14 Monaten, Sprechen mit 12 Monaten. Bisher stets gesund gewesen. Seit 8 Tagen Husten, abends Fieber. Seit 5 Tagen besonders heftig, anfallsweise auftretender Husten mit Erbrechen von Schleim und krähenndem Inspirium.

Status am 26. XI. 18. Sehr kleiner, blasser, relativ gut genährter Knabe von 13,4 kg Körpergewicht, 56 cm Sitzhöhe und 91,5 Gelidusi. Erbsengroße Drüsen am Hals und im Kieferwinkel. Skelett o. B. Abdomen unter der Brusthöhe, unempfindlich. Milz und Leber o. B. Lunge: heller Schall, beiderseits diffus zähe Rasselgeräusche. Durch Druck auf die Trachea ein kurzer Hustenanfall auslösbar, ohne Cyanose, ohne Erbrechen, ohne insp. Einziehungen, spontanen Anfällen ähnlich. Herz o. B. 100 Pulse. Nervensystem o. B. Augen: Strabismus concomitans, Augenlider gedunsen, sonst o. B. Ohren und Nase o. B. Mund rein. Rachen gerötet. Zunge belegt. Harn und Stuhl o. B. Pirquet negativ. Temperatur über 38°. Diagnose: Pertussis. Therapie: Atropin. Überwachung der Ernährung.

Dekursus. 27. XI. 20 Hustenanfälle. Einstellung auf 22 hn (7 dmsq) leichte gemischte Kost. Fütterung nach den Anfällen, dennoch Erbrechen. Temperatur im Abklingen. Sonst frisch.

2. XII. Hustenanfälle wechselnd. Kein deutlicher Einfluß des Atropins. Nahrungsaufnahme gut, jedoch Erbrechen. Gewicht stationär. Lungenbefund unverändert.

9. XII. Abnahme der Anfälle. Erbrechen geringer. Nahrungsaufnahme ohne Schwierigkeiten. Gewichtszunahme.

11. XII. Hustenanfälle nach Aussetzen des Atropins häufiger, doch leicht. Steile Gewichtszunahme. Wenig Spucken. Sonst wohl. Lungenbefund unverändert.

17. XII. Verflachung der Gewichtskurve. Pat. sehr lebhaft und guter Laune. Einige Anfälle ohne Erbrechen. Lungenbefund minimal.

29. XII. Seit gestern anfallsfrei. Entlassung mit 15,3 kg Körpergewicht und 95 Gelidusi.

Epikrise. Leichter Keuchhusten bei einem 5jährigen sehr kleinen Knaben (Frühgeburt). Trotz Erbrechens gute Zunahme bei gemischter Kost von 13,4 auf 15,3 = 1,9 kg in 34 Tagen, mithin etwa 55 g pro Tag. Nach Erreichung der Geliduszahl um 95 Verflachung der Gewichtskurve. Sehr lebhaftes Kind.

40. Marie Burge, geb. am 25. VI. 10. Aufgenommen am 3. VII. 18. 8jähriges Mädchen. Dritte, rechtzeitige, normale Geburt. Brust bis ins zweite Jahr. Zähne mit 7 Monaten. Laufen mit 1 Jahr, Sprechen mit 18 Monaten. Vor kurzem Pleuritis exsudativa tbc. Hustet schon lange. Auf einer Ferienkolonie wurde Keuchhusten festgestellt.

Status. Schlankes, entsprechend entwickeltes Mädchen. Hautfarbe gut, pigmentiert, Turgor und Fettpolster befriedigend. Keine Drüsen. Keine Zeichen von Rachitis. Abdomen und Abdominalorgane o. B. Lunge: über beiden Lungen

vereinzelte grobe Ronchi. Typische Keuchhustenanfälle. Herz o. B. Puls regelmäßig, gut, 92. Nervensystem o. B. Augen, Ohren, Nase o. B. Mundhöhle rein. Rachen etwas rot. Zähne cariös. Harn und Stuhl o. B. Pirquet stark positiv. Temperatur normal. Diagnose: Pertussis. Therapie: Freiluft. Bettruhe. Überwachung der Ernährung. 6 dmsq gemischte Kost.

Dekursus. 4. VII. Heftige und häufige Hustenanfälle bei sonst gutem Allgemeinbefinden. Nahrungsdarreichung nach dem üblichen Prinzip: nach dem spontanen bzw. durch Spatel ausgelösten Anfall. Etwas wird doch erbrochen.

6. VII. Anfälle lassen etwas nach. Nahrungsaufnahme glatt. Subfebrile Temperaturen, mittelblasiges Rasseln über beide Unterlappen.

9. VII. Wohl. Keine Gewichtsabnahme, geringe Zunahme. Anfälle seltener. Bronchitis gebessert.

12. VII. Kleiner Rückfall. Sonst unverändert.

18. VII. Gewichtsstillstand, daher 7 dmsq. Anfälle selten und leicht.

20. VII. Anfallsfrei. Entlassung am 21. VII. mit 20,5 kg Körpergewicht und 93,5 Gelidusi.

Epikrise. Mittelschwerer, normal verlaufender Keuchhusten bei einem 8jährigen Mädchen. Gewichtszunahme von 19,5 auf 20,5 = 1 kg in 17 Tagen, mithin durchschnittlich fast 60 g pro Tag.

41. Franz Fekete, geb. am 3. II. 17. Aufgenommen am 13. II. 17: 10 Tage altes Neugeborenes. Dritte, rechtzeitige normale Geburt. Brustnahrung. Seit dem 12. II. nachts steif, verweigert die Brust. Heute in der Mutterberatungsstelle als Tetanus erkannt und aufgenommen.

Status. Kleines, aber kräftiges Neugeborenes von 2850 g Körpergewicht, 31 cm Sitzhöhe und 98,5 Gelidusi. Haut rosig, Fettpolster und Turgor gut, kein Ikterus. Keine Drüsen. Fontanelle 4 cm. Abdomen in der Brusthöhe, Bauchdecken gespannt, Nabel vorgewölbt, gerötet, auf der Kuppe mit eitrigen Borken besetzt. Lunge o. B. Herz o. B. Aktion regelmäßig, 160 Schläge. Nervensystem: allgemeine Steifheit, leichter Opisthotonus, Facies tetanica, Lippen krampfhaft zugespitzt. Augenlider krampfhaft geschlossen. Augenlider gerötet. Nase, Ohren o. B. Mund- und Rachenhöhle wegen Trismus nicht inspizierbar. Harn und Stuhl o. B. Temperatur um 38°. Diagnose: Tetanus neonatorum. Therapie: 100 AE. (20 intralumbal, 80 intramuskulär). Warme Bäder, Chloralhydrat. Überwachung der Ernährung.

Dekursus. 14. II. Starke Krämpfe. Temperatur um 39°, ab und zu Cyanose. Nahrungsdarreichung infolge von Trismus nur mit dem Löffel möglich. Abgespritzte Muttermilch. Gestern 150, heute 370 g in kleinen Mahlzeiten, sobald der Trismus nachläßt (meist nach einem längeren warmen Bad). Nabel wird mit H₂O₂ touchiert. Hier und da etwas Spucken.

15. II. Unverändert. Löffelfütterung. Nach Einübung der Darreichungstechnik wird die Tagesmenge täglich höher. Heute 420 g. Temperatur um 38°.

16. II. Unverändert. Eingestellt auf 450 g Muttermilch (etwas unter 5 dmsq, 490). Etwas Spucken.

17. II. Fieberfrei. Serumexanthem am ganzen Körper. Krämpfe unverändert, besonders stark abends. Chloral. Gewichtsabnahme.

19. II. Serumexanthem abgeblaßt. Allgemeinbefinden unverändert. Augen immer noch fest zugekniffen. Gewichtsabnahme. Nabel rein, granuliert.

20. II. Temperatursteigerung über 38°. Krämpfe etwas weniger intensiv

22. II. Fieberfrei. Unverändert.

24. II. Mund wird etwas geöffnet, Krämpfe lassen nach. Subfebrile Temperaturen.

27. II. Fieberfrei. Krämpfe wesentlich nachgelassen. Seit heute trinkt mit dem Sauger, regelmäßige Mahlzeiten. Augen noch meistens fest zugekniffen. Gewichtsstillstand. Nabel sezerniert etwas.

1. III. Nabelwunde geschlossen. Subfebrile Temperaturen, etwas Steifigkeit. keine Krämpfe. Die Messung ergibt 32 cm Sitzhöhe. Entsprechende Erhöhung der Tagesmilchmenge (volle 5 dnsq).

3. III. Subfebrile Temperatur ohne Befund. Fortschreitende Besserung. Täglich bessere Agilität. Trinkt gut, Stühle etwas vermehrt. Gewichtszunahme.

5. III. Fieberfrei. Wohl. Gewichtszunahme. Augen offen. Mund beweglich. Etwas hypertonisch.

10. III. Ungestörte Rekonvaleszenz.

16. III. Entlassung mit 3200 g Körpergewicht, 33 cm Sitzhöhe und 96,5 Gelidusi.

Epikrise. Mittelschwerer Tetanus neonatorum (erkrankt am 9. Lebenstage). Serumbehandlung und Überwachung der Ernährung. Beschleunigte Serumkrankheit (am 4. Tage nach der Injektion). Ernährung mit abgespritzter Muttermilch. Knapp 5 dnsq (zuerst etwas darunter, dann etwas darüber). Auf der Höhe der Krankheit leichte Gewichtsabnahme und Gewichtsstillstand, in der Rekonvaleszenz stetige, aber mäßige Zunahme. Gesamtzunahme von 2850 auf 3200 = 450 g in 30 Tagen, mithin 15 g pro Tag im Durchschnitt.

42. Walter Pollak, geb. am 3. VII. 18. Aufgenommen am 12. VII. 18. 9 Tage altes Neugeborenes. Zweite, rechtzeitige normale Geburt zu Hause. Bis gestern 11 Uhr früh Brust, seit der Zeit nur einige Löffel Kamillentee. Seit dem 6. VII. wurde das Kind unruhig, schrie Tag und Nacht, wollte keine Brust nehmen, anscheinend kann es den Mund nicht aufmachen. Immer häufiger Krämpfe und Zittern. Die Mutter bemerkte, daß die Nabelwunde eitert.

Status. Kräftiges, reifes Neugeborenes von 3400 g Körpergewicht, 33 cm Sitzhöhe und 98 Gelidusi. Haut noch hyperämisch, Spuren Ikterus, Fettpolster befriedigend. Turgor gering. Keine Drüsen. Fontanelle 2 cm. Schädel hart. Abdomen gespannt, Bauchdecken hart, unempfindlich. Eitrige Sekretion der Nabelwunde. Nervensystem: allgemeine starke Hypertonie der Muskulatur, welche dem Kinde das Aussehen eines kleinen Herkules verleiht. Fast unausgesetzt starke tonische Krämpfe, ab und zu mit Cyanose. Tetanusgesicht, Risus sardonicus. Opisthotonus. Mundhöhle kann nur in den krampffreien Pausen etwas geöffnet werden, rein. Rachen nicht inspizierbar. Augen fest zugekniffen, Ohren, Nase o. B. Lunge o. B. Herz o. B. 172 Schläge, regelmäßig. Harn o. B. Stuhl: Brustmilchstuhl. Temperatur über 38°. Diagnose: Tetanus neonatorum. Therapie: Überwachung der Ernährung. 120 AE. (20 intralumbal, 100 intramuskulär). Warme Bäder. Chloralhydrat.

Dekursus. 13. VII. Allgemeinbefinden unverändert. Fast fortwährend Krämpfe. Nahrungsdarreichung daher sehr erschwert. Gestern nach der Aufnahme

noch 4 mal 80 g abgespritzte Muttermilch mit Löffel beigebracht (Kind in leichter Seitenlage, vorsichtiges Einflößen ganz kleiner Mengen in anfallsfreien Pausen tief in den Mund hinein). Etwas Spucken. Von heute an auf 5 dmsq mit 540 n eingestellt. Da Muttermilch nicht ausreicht, Zufütterung von 17 proz. Zuckervollmilch. Äußerst mühsames Füttern infolge fast kontinuierlicher Anfälle mit heftigem Trismus, welcher sich nachmittags derartig steigert, daß Löffelfütterung zur Unmöglichkeit wird. Es wird daher dem Kinde während eines warmen Bades mit leichter Gewalt ein auf einen Pirquet-Levinsohnschen Säuglingsspatel aufgestülpter Gummisauger in den Mund eingeführt. Die Manipulation ruft einen heftigen Anfall hervor und der Spatel wird samt dem Sauger von der Kieferklemme festgehalten. Nach dem einige Zeit darauffolgenden Nachlassen des Krampfes wird der Spatel vorsichtig herausgezogen, so daß nur der Sauger in der Mundhöhle steckenbleibt. Das Kind wird nun in leichte Seitenlage gebracht und an den Sauger die Flasche angeschlossen. Eine Schwester bleibt bei dem Kinde sitzen und benutzt jedes Nachlassen des Trismus, um vorsichtig etwas Milch einfließen zu lassen. Auf diese Weise gelingt es nicht nur das vorgeschriebene Tagesquantum, sondern auch das vormittags Erbrochene und Gespuckte hineinzubringen. Temperatur um 38°. Herzaktion gut. Zwei Bäder von 38°.

14. VII. Außerordentlich schwere, unzählbare Krämpfe mit Cyanose. Chloralhydrat und Bäder. Subfebrile Temperaturen. Nahrungsdarreichung nach der beschriebenen Methodik mit Erfolg. Spucken geringer, nachgefüttert. Gewichtszunahme (Wasserretention infolge Seruminjektion?). Nabel in Reinigung (Touchierung mit H_2O_2).

15. VII. Unverändert schwerer Zustand. Krämpfe vielleicht etwas weniger intensiv (keine oder nur angedeutete Cyanose). Temperatur über 38°. Herzaktion sehr beschleunigt (bis 190 Schläge). Nahrungsaufnahme wie gestern. Chloralhydrat. Bäder.

16. VII. Hohes Fieber. Anfälle gleichhäufig, ohne Cyanose, nur mit Erblasung. Häufigeres Erbrechen. Nachgefüttert. Chloralhydrat. Bäder.

17. VII. Temperatur um 39°. Zustand ernst. Anfälle unverändert. Serumexanthem. (5. Tag nach der Injektion, beschleunigte Reaktion.) Sehr häufiges Erbrechen.

18. VII. Temperatur über 40°. Exanthem besteht noch. Allgemeinbefinden unverändert.

19. VII. Temperatur andauernd über 40°. Anfälle leichter. Erbrechen geringer. Exanthem blaßt ab. Übergang auf rein künstliche Ernährung (17 proz. Zuckervollmilch und etwas Wasser).

21. VII. Subfebrile Temperaturen. Sonst unverändert. Leichtere, aber noch immer häufige Anfälle. Fütterung leichter. Allmählich Regulierung der Nahrungsaufnahme auf 7 Mahlzeiten. Gewichtsstillstand.

23. VII. Die Messung ergibt 34 cm Sitzhöhe, daher Erhöhung der Tagesbrennstoffmenge mit Aufstieg gegen 6 dmsq mit 630 n als 17 proz. Zuckervollmilch in 7 Mahlzeiten. Sprunghafte Gewichtszunahme (Wasserretention?). Etwas Fieber, Trismus geringer.

24. VII. Ödem des r. Armes (Serumkrankheit), daher gestriger Gewichtsanstieg. Temperaturzacke über 40°. Erbrechen seit einigen Tagen gänzlich aufgehört.

27. VII. Fieberfrei. Seit 2 Tagen Ödem viel geringer. Trotzdem gute Gewichtszunahme. Anfälle viel leichter und seltener, freies Trinken aus der Flasche. Nabelwunde geheilt.

30. VII. Wohl. Fast keine Krämpfe. Ödem des Armes wesentlich zurückgegangen, gestern und vorgestern Temperaturzacken. Augen offen.

1. VIII. Fieberfrei. Wohl, keine Krämpfe, noch deutliche Hypertonie. Ödem des Armes gänzlich verschwunden.

2. VIII. 6 dnsq mit 700 n überschritten. Wohl.

4. VIII. Die Messung ergibt 35 cm Sitzhöhe. Daher Erhöhung des Brennstoffquantums mit gleichzeitigem Übergang zum größeren Nahrungsvolumen, da die Nahrungsaufnahme keine Schwierigkeiten bereitet. 850 n als $\frac{3}{2}$ Milch (8,5 proz. Zuckervollmilch), d. h. nahe an 7 dnsq. Wohl, agil, nur etwas hypertonisch.

6. VIII. Als Antwort auf Vergrößerung des Nahrungsvolumens etwas Spucken. Sehr wohl.

8. VIII. Tadelloses Gedeihen und gute Gewichtszunahme. 4 Stühle täglich.

11. VIII. Entlassung mit 4400 g Körpergewicht, 35 $\frac{1}{2}$ cm Sitzhöhe und 99 Gelidusi.

Epikrise. Äußerst schwerer Tetanus neon. mit 3 tägiger Inkubationszeit. Eingeliefert am 9. Lebens- und 6. Krankheitstage. Serum und Überwachung der Ernährung. Bei 5 dnsq Gewichtsstillstand, von 6 dnsq auch während der noch bestehenden Anfälle Zunahme. Schwere, beschleunigte Serumkrankheit, Heilung. Gewichtszunahme von 3400 auf 4400 = 1 kg in 31 Tagen, mithin über 30 g pro Tag. Wachstum des Rumpfes: 2 cm.

NB. Das Kind wurde im Laufe des Herbstes 1918 mehrmals vorgestellt. Sehr gutes Gedeihen.

43. Johann Kager, geb. am 30. XII. 12. Aufgenommen am 3. VI. 18. 6jähriger Knabe. Zweite, rechtzeitige, normale Geburt. 4 Monate Brust, dann Kostpflege. Zähne ? Laufen mit 1 $\frac{1}{2}$ Jahr. Sprechen mit 2 $\frac{1}{2}$ Jahren. Masern im Säuglingsalter. Am 26. V. hat sich Pat. eine kleine Verletzung am Fuß zugezogen. In der Nacht vom 2. VI. auf den 3. VI. bekam Pat. plötzlich Krämpfe und schrie vor Schmerzen. Schon abends konnte Pat. schlecht essen. Im Laufe des heutigen Tages wiederholten sich die Krämpfe sehr oft und waren sehr heftig. Das Kind kann den Mund nicht aufmachen.

Status. Entsprechend großer und befriedigend genährter Knabe von 17,8 kg Körpergewicht, 58 cm Sitzhöhe und 97 Gelidusi. Haut blaß. Turgor befriedigend. Fettpolster mäßig. Keine Drüsen. Keine Zeichen von Rachitis. Abdomen gespannt und bretthart. Milz und Leber nicht palpabel. Lunge: über den beiden Unterlappen hinten grobes Rasseln. Herz o. B. Puls beschleunigt, kräftig, regelmäßig, 100. Nervensystem: Sensorium frei. Reflexerregbarkeit stark erhöht. Die leiseste Berührung, sowie stärkere Licht- und Schallreize lösen tonische Krämpfe aus. Opisthotonus. Augen, Ohren und Nase o. B. Mund: Kieferklemme, Rachen nicht zu besichtigen. Zähne defekt. Pirquet negativ. Harn und Stuhl o. B. Temperaturen über 38°. Diagnose: Tetanus. Therapie: Heilserum, Dauertäder, Brom und Chloral, Überwachung der Ernährung.

Dekursus. 3. VI. Risus sardonicus. Kolossale Hypertonie, in kurzen Intervallen mehr oder minder starke Krämpfe, welche ab und zu mit Cyanose einher-

gehen. 40 IE. intralumbal (wir hatten damals nur noch minderwertiges Tetanusserum vorrätig, und hochwertiges Serum war zur Zeit der Injektion nicht erhältlich). Nach der Aufnahme noch am selben Tage 300 g 17proz. Zuckervollmilch. Die Kieferklemme ließ auch im Bad nicht nach. Die Milch wurde körperwarm vom kleinen Löffel in die Backentaschen gegossen.

4. VI. 25 Krampfanfälle. Nahrungsdarreichungstechnik die gleiche, meistens im Bad. Temperatur über 38°. Häufig Cyanose. Mundpflege: häufig Wasser zu trinken, Auswaschen der zugänglichen Stellen mit in verd. H_2O_2 getränktem Wattebausch.

5. VI. Krämpfe seltener, doch sehr intensiv, oft von Cyanose begleitet. Da Steigerung der Nahrungsmenge erwünscht erschien (Energieverlust durch Krämpfe) und der Pat. die Zuckermilch, welche in den letzten 2 Tagen als ausschließliches Nahrungsmittel angewandt wurde, sehr ungern nahm und in größeren Mengen nicht hätte bewältigen können (Ekelgefühl), ist Grießbrei, ferner Eierspeise mit Butter zugelegt worden. Im ganzen 27 hn, entsprechend 8 dmsq. Die breiige Nahrung mußte mit unendlicher Geduld verabreicht werden, wiederum meistens im Bade. Zahllose kleine Mahlzeiten, vornehmlich in etwas freieren Perioden, immer mit Anwendung der Methode des Hineinschiebens in die Backentaschen mit einem kleinen Löffel. Mundpflege!

6. VI. Subfebrile Temperaturen. Krämpfe unvermindert stark. Opisthotonus unverändert. Herzaktion befriedigend. Stuhl nur auf Einlauf. Diffuse bronchitische Geräusche über beide Lungen, keine Verdichtungsherde nachweisbar. Therapie die gleiche. Nur 24 hn beigebracht.

7. VI. Krämpfe lassen nach, sowohl was die Häufigkeit als die Intensität anbelangt. Kieferklemme endlich etwas geringer, dafür komplette Anorexie infolge hoher Temperatur (39°). Nahrungsdarreichung immer noch schwierig, doch erfolgreich.

8. VI. Nach gestriger Besserung wieder Rückfall. Sehr matt, Krampfanfälle kehren wieder häufiger zurück. Kieferklemme stärker. Puls andauernd gut.

9. VI. Bedeutend besser. Fieber läßt nach, ebenso die Krämpfe. Opisthotonus nur während der Anfälle. Nahrungsaufnahme wesentlich erleichtert.

10. VI. Fortschreitende rapide Besserung bei subfebrilen Temperaturen.

11. VI. Versucht sich aufzusetzen! Anfälle leicht und selten, noch sehr hypertönisch. Freiluft und Sonne.

13. VI. Fortschreitende Besserung, kann schon selber trinken. Kauen noch praktisch unmöglich. Subfebrile Temperaturen. Aussetzen der Bäder und Narkotika.

16. VI. Anfallsfrei. Gewichtszunahme. Kein Fieber. Sehr hypertönisch. Kauen noch erschwert.

23. VI. Fortschreitende ungestörte Rekonvaleszenz. Gehversuche. Spastischer Gang. Kaut gut. Von heute an gemischte Kost.

30. VI. Ungestörte Rekonvaleszenz.

6. VII. Wohl. Kräftig, dick und fest, sehr gut gefärbt und von der Sonne gebräunt. Entlassung mit 19,4 kg und 100 Gelidusi!

Epikrise. Sehr schwerer Tetanus mit ungünstiger Prognose (kurze Inkubation: 1 Woche). Schwerer Verlauf. Langsame Erholung und Heilung. Ungestörte Mästung von 17,8 auf 19,4 kg = 1,6 kg Zunahme in 34 Tagen, mithin durchschnittlich ca. 47 g pro Tag.

44. Michael Diukowa, geb. am ? 07. Aufgenommen am 1. VI. 18. 11-jähriger Knabe. Zweite, rechtzeitige normale Geburt. Brust bis zu 12 Monaten. Zähne mit 6 Monaten. Laufen mit 11 Monaten. Sprechen erst mit 3 Jahren. Mit 1 Jahr Keuchhusten, mit 2 Jahren Diphtherie, mit 3 Jahren Masern, mit 9 Jahren Varicellen. Sonst stets gesund gewesen. Vor einigen Wochen hat sich der Pat. eine Verletzung am Fuß beim Fußballspiel zugezogen. Seit 14 Tagen Gliederschmerzen, besonders in den Beinen. Am 21. V. konnte sich der Pat. nicht mehr auf die Füße stellen. Am 26. V. stürzte der Pat. beim Versuch zu gehen zusammen und schlug sich eine Wunde am Hinterhaupt. Gleichzeitig traten Krämpfe ein. Die Krämpfe sind sehr schmerzhaft. Der Mund kann nur mit Mühe geöffnet werden. Appetit wäre gut, doch ist seit einigen Tagen die Nahrungsaufnahme infolge der Kieferklemme fast unmöglich.

Status. Kräftiger Knabe in mäßig gutem Ernährungszustand von 24,4 kg Körpergewicht, 68 cm Sitzhöhe und 92 G_{olidusi}. Haut normal gefärbt. Fettpolster und Turgor befriedigend. Keine Drüsen. Skelett kräftig und frei von Rachitis. Lunge o. B. Herz o. B. Töne rein, Aktion beschleunigt, 130 Pulse, Puls gut. Nervensystem: Sensorium frei. Allgemeine Steifheit, Opisthotonus. Stark gesteigerte Reflexerregbarkeit. Druck auf die Symphyse sehr schmerzhaft. Augen, Ohren und Nase o. B. Mund: starke Kieferklemme, Schleimhaut rein, blaß, Rachen desgleichen. Zähne gut. Risus sardonius. Am Hinterhaupt, an der Stirn und an der linken Ferse frische, gänzlich überhäutete, rote Narben. Temperatur über 38°. Harn und Stuhl o. B. Pirquet positiv. Diagnose: Tetanus. Therapie: Heilserum, Überwachung der Ernährung. Dauerbäder, Brom, Chloralhydrat.

Dekursus. 1. VI. 200 IE. intralumbal nach vorausgegangener Punktion. 4 heftige Krampfanfälle mit Cyanose. Ernährung: 17proz. Zuckervollmilch. Mühsames, unregelmäßiges Einflößen mit dem Löffel in krampffreieren Perioden nach oder während des Dauerbades (38°). Es gelingt 17 hn gleich am ersten Tage beizubringen. 4 mal, reichliches Erbrechen oder vielmehr Hinauswürgen im Anfall. Mangelhafte, zu hastige Nahrungsdarreichung.

2. VI. 16 heftige Krampfanfälle. Temperatur immer noch über 38°. Die Ernährungsschwester hat bereits das langsame Einflößen eingeübt. Kein Erbrechen mehr, trotz gesteigerter Krampfanfälle. Nahrungsaufnahme meist im Bad. 22 hn in gleicher Form wie gestern (5 dnsq). 2 g Brom und 1 g Chloralhydrat per Klysma. Nachts ruhiger.

3. VI. Frischer. Kieferklemme geringer. Nur 5 Krampfanfälle. Brom und Chloral fortgesetzt. Eier mit Zucker zugelegt bis auf 27 hn. (Grießbrei noch zu schwer beizubringen.)

4. VI. Kein Anfall. Viel frischer. Allgemeine Rigidität besteht noch, Kieferklemme viel geringer. Großer Appetit. 6 hn über Vorschrift zu sich genommen.

5. VI. Eingestellt auf 6 dmsq mit 30 hn. Regelmäßige Mahlzeiten. Nahrungs-darreichung glatt. Allgemeine Rigidität besteht noch. Keine Krämpfe. Dauerbäder und Brom und Chloral fortgesetzt. Temperatur unter 38°. Beginnendes Serum-exanthem im Gesicht. (Beschleunigte Reaktion.)

6. VI. Gewichtsanstieg von 24,9 auf 26,2 kg! seit gestern = Wasserretention infolge von Serumkrankheit. Keine nachweisbaren Ödeme. Fieber mäßig. Exan-them (morbilliform) am ganzen Körper. Juckreiz, Unruhe, Appetitlosigkeit. Mühe-volles Füttern.

7. VI. Weiterer Gewichtsanstieg auf 27,7 kg. Exanthem hält an. Bäder und Narkotica ausgesetzt, keine Krämpfe. Juckreiz, hohe Temperatur, Unruhe und Anorexie halten an. Trotzdem glatte Nahrungsaufnahme.

8. VI. Exanthem flüchtig, fiebert ab, frischer.

11. VI. Bis heute fortschreitende Besserung der Serumkrankheit. Heute fieberfrei. Noch etwas starr. Freiluftkur im Garten. Seit gestern gemischte Kost. 7 dmsq (35 hn). Appetit kehrt wieder zurück. Heute Gewichtssturz.

16. VI. Ungestörte Rekonvaleszenz. Täglich im Garten. Gehversuche. Spasti-scher Gang. Gewichtszunahme.

23. VI. Wohlbefinden. In den letzten Tagen subfebrile Temperaturen. Gehen gelingt trotz immer noch vorhandener Rigidität der Muskulatur fort-schreitend besser. Seit 2 Tagen auffallende Gewichtszunahmen. Heute Kopf-schmerzen.

25. VI. In den letzten Tagen nicht wohl: Kopf- und ziehende Gliederschmerzen. Etwas stärkere Rigidität, Erbrechen, Anorexie. Gewichtssturz. Heute Temperatur über 38°, Kieferklemme und Tetanuskrämpfe. Tetanusrezidiv. 1 ccm Pferde-serum subcutan, um Antianaphylaxie herbeizuführen. Dauerbäder, Brom und Chloral.

26. VI. 300 IE. Davon 200 intralumbal und 100 intramuskulär. Ansteigen der Zahl der Anfälle. Wieder mühsames Füttern und flüssige konzentrierte Kost in unregelmäßigen Mahlzeiten. 35 hn werden doch bewältigt. Etwas Spucken.

29. VI. Unverändert. Viel Anfälle. Subfebrile Temperaturen.

30. VI. Anfälle geringer. Nahrungsaufnahme besser. Temperatur um 38°. Grießbrei neben Zuckermilch.

2. VII. Frischer. Seit 2 Tagen anfallsfrei. Freiluft. Abermals auffallende Ge-wichtszunahme. Schmerzen an der Injektionsstelle (r. Oberschenkel).

4. VII. Matt, appetitlos, seit 2 Tagen gemischte Kost. Heute Fieber. Weitere sprunghafte Gewichtszunahme. Schwellung des r. Oberschenkels.

5. VII. Serumkrankheit. Exanthem von der Injektionsstelle am r. Oberschenkel ausgehend. Starke ödematöse Schwellung des r. Oberschenkels. Klagt über große Schmerzen. Erbrechen stellt sich wieder ein.

6. VII. Kontinuierliches Fieber. Ödem des Oberschenkels sehr schmerzhaft. Viel Spucken und Erbrechen. Puls 144, elendes Allgemeinbefinden.

9. VII. Bis heute unverändert sehr elend. Fiebert weiter. Exanthem flüch-tig. Schwellung des Oberschenkels geringer. Heute Gewichtssturz und starke Diurese.

10. VII. Heute ein Tetusanfall (simuliert?). Sonst Wohlbefinden trotz Fiebers. Oberschenkel abgeschwollen, schmerzhaft. Bäder und Chloral aus-gesetzt.

14. VII. Fortschreitende Rekonvaleszenz. Subfebrile Temperaturen. Freiluftkur. Riesiger Appetit. Anhaltende Gewichtszunahme. Gang noch sehr spastisch.

21. VII. Subfebrile Temperaturen halten an. Oberschenkel auf Druck noch schmerzhaft. Sonst wohl.

25. VII. Auf Wunsch der Eltern in blühendem Ernährungs- und Kräftezustand mit 28,7 kg und 96 Gelidusi entlassen.

Epikrise. Mittelschwerer Tetanus (lange Inkubation) bei einem 11jährigen Knaben mit Rezidiv. Heilserum. Überwachung der Ernährung und Mastkur. 2 mal Serumkrankheit, jedesmal in der Gewichtskurve außerordentlich auffallend ausgeprägte Wasserretention, das erstemal ohne eine Spur klinisch nachweisbarer Ödeme, vorausgehend. Heilung. Gewichtszunahme von 24,4 auf 28,7 = 4,3 kg in 54 Tagen, mithin durchschnittlich fast 80 g pro Tag.