

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Alle Manuskripte, Mittheilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wiking-er-Ufer No. 1. Korrekturen, Rezensionen-Exemplare, Sonderabdrücke an die Verlagsbuchhandlung, Inserate und Beilagen an die Annoncen-Expedition von Rudolf Mosse.

Organ für die gesammte Sachverständigenthätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Redaktion:

Dr. L. Becker Geh. Med.-Rath Berlin.	Dr. Braehmer Geh. San.-Rath Berlin.	Dr. Florschütz Gotha.	Dr. Fürbringer Geh. Med.-Rath u. Prof. Berlin.	Dr. Haug Professor München.	Dr. Kionka Professor Jena.	Dr. Kirchner Geh. Ob.-Med.-R. u. Prof. Berlin.	Dr. A. Leppmann Med.-Rath. Berlin.	
Dr. von Liszt Geh. Just.-Rath u. Prof. Berlin.	Dr. Loebker Professor Bochum.	Dr. Ostertag Professor Berlin.	Dr. Puppe Priv.-Doz. u. Gerichtsarzt Berlin.	Radtke Kaiserl. Reg.-Rath Berlin.	Dr. Roth Reg.- u. Geh. Med.-Rath Potsdam.	Dr. Silex Professor Berlin.	Dr. Stolper Breslau.	Dr. Windscheld Professor Leipzig.
Dr. F. Leppmann - Berlin. Verantwortlicher Redakteur.								

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse No. 36.

VIII. Jahrgang 1902.

No. 7.

Ausgegeben am 1. April.

Inhalt:

Originalien: Apelt, Ueber die Beziehungen zwischen Morbus Basedowii und Trauma. S. 129.
Defranceschi, Tod durch Zerreißung der mittleren Hirnhautarterie ohne Schädelverletzung. S. 132.
Marcinowski, Ein Fall von Vergiftung durch sogenannte Essigessenz. S. 134.
Prölss, Massregeln gegen Einschleppung der Volksseuchen auf der Eisenbahn. (Schluss). S. 135.
Hanauer, Gesundheitsstatistik deutscher Städte. S. 137.
Referate: Chirurgie. Borchard, Luetische Gelenkentzündungen. S. 139.
Lange, Weitere Erfahrungen über seidene Sehnen. S. 139.
Bähr, Ein weiterer Fall von äusserem Schenkelbruch. S. 139.
Dietzer, Ueber Spiralfrakturen des Oberschenkels. S. 140.
Maillefert, Die Luxation der Kniescheibe durch Verschiebung nach oben. S. 140.
Mertens, Eine seltene Verletzung des Fussgelenks. S. 140.
Neurologie. Székacs, Ein Fall v. intermeningealer Hämorrhagie. S. 140.
Schanz, Ueber das Westphal-Piltzsche Pupillenphänomen. S. 141.
Marina, Studien über die Pathologie des Ciliarganglions. S. 141.
Kehrer, Ueber Paresen des n. facialis nach Spontanerburten. S. 141.
Grüne, Ein neuer Fall v. Facialisparese n. spontaner Geburt. S. 141.
Müller, Zur Behandlung der traumatischen Myelasthenie. S. 141.
Ohrenheilkunde. Chavanne, Syndrome otique de l'hystérie. S. 141.
Reimar, Ein Fall von Fremdkörperabscess. S. 141.
Hygiene. Junkers, Ueber den Stand der Gasheizung. S. 142.
Hasterlik, Der chemische Nachweis von Pferdefleisch. S. 142.

Uhlenhuth, Die Untersuchung d. Fleisches versch. Thiere. S. 143.
Nötel, Ueber ein Verfahren zum Nachweis v. Pferdefleisch. S. 143.
Sausailow, Ueber d. Veränderungen d. sterilisirten Milch. S. 143.
Shufflebotham, Wirkung des Bleis auf die Arbeiter in den Töpfereien. S. 143.
Aus Vereinen und Versammlungen: Berliner psychiatrischer Verein. S. 144.
Gerichtliche Entscheidungen: Aus dem Reichs-Versicherungsamt: Invalidität und Unfall. — Abmessung der Entschädigung bei schwerer Beschädigung des linken Armes. S. 146.
Bücherbesprechungen: Kassowitz, Alkoholismus im Kindesalter. — Hoppe, Die Thatsachen über den Alkohol. — Rosenfeld, Der Einfluss des Alkohols auf den Organismus. — Röpke, Die Berufskrankheiten des Ohres und der oberen Luftwege. — Lünig u. Schulthess, Atlas und Grundriss der orthopädischen Chirurgie. — Zur Besprechung eingegangen. S. 147.
Tagesgeschichte: Eine bemerkenswerthe Anklage wegen fahrlässiger Tödtung gegen einen Arzt. — Syphilis und Anfechtung der Ehe. — Enthalten unrichtige Angaben eines versicherten Arbeiters im Unfallstreitverfahren über seine thatsächliche derzeitige Arbeitsthatigkeit den Thatbestand des Betrugsversuchs im Sinne des § 263 des Strafgesetzbuchs? — Verein für Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung. — II. Internationaler Kongress für die Prophylaxe der Syphilis und der venerischen Krankheiten. — 31. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. — 20. Kongress für innere Medizin. S. 150.

(Aus dem „Herrmann-Haus“, Unfallnervenklinik der Sächsischen Baugewerksberufsgenossenschaft, Stötteritz-Leipzig. Chefarzt Prof. Dr. Windscheld.)

Ueber die Beziehungen zwischen Morbus Basedowii und Trauma.

Von

Dr. F. Apelt,

Assistenzarzt der Klinik.

Die von Möbius¹⁾ 1886 aufgestellte sogen. chemische Thyreoidtheorie, die uns über die Pathogenese der Basedowschen Krankheit in mancher Hinsicht aufklärt, gewinnt immer mehr Anhänger. Dieser Autor glaubt, dass von der Glandula thyreoidea in Folge eines in ihr auftretenden krankhaften Prozesses Gifte produziert werden, deren Wirkung sich in den bekannten Symptomen jener Krankheit äussert. Die ätiologischen Momente, welche für das Auftreten dieser abnormen Sekretion verantwortlich zu machen seien, sind uns nach

seiner Ansicht noch unbekannt; doch konstatirt er, dass es an Beobachtungen nicht fehle, in denen nach schweren plötzlichen oder langanhaltenden psychischen Erregungen Symptome von Morbus Basedowii aufgetreten seien. Gerade letzteren Punkt greift Vetlesen²⁾ 1899 auf. Fussend auf den von Kölliker³⁾ 1894 mitgetheilten Untersuchungsergebnissen, dass in der Schilddrüse „nicht allein sowohl gefässkonstringirende als auch gefässdilatare Nerven nachgewiesen seien, sondern dass es auch in Betreff einzelner Organe eine berechnete Hypothese sei, dass ein und dasselbe Nervelement sowohl Zusammenziehung als Erschlaffung der Gefässmuskeln bewirken könne“, und auf Grund mehrerer selbst beobachteter Fälle kommt er zu der Auffassung, dass in der Aetiologie jener krankhaften Schilddrüsenprozesse das Nervensystem die primäre Rolle spielen müsse. In 7 seiner 13 Fälle habe er als disponirendes Moment eine erbliche neuropathische Belastung vorgefunden, und diese ist nach seiner Ansicht „absolut disponirend“ zu Morbus Basedowii. In 3 der

¹⁾ Die Basedowsche Krankheit von J. Möbius. Spezielle Pathologie und Therapie von H. Nothnagel. XXII. Bd. II. 7.

²⁾ Vetlesen, Der Morbus Basedowii mit besonderer Rücksicht auf Pathogenese und Behandlung. Zeitschr. f. klin. Medizin, Bd. 27, H. 5-6.

³⁾ Kölliker cit. n. Vetlesen.²⁾

Fälle seien psychische Affekte als Ursache aufzufassen, möge man sie nun als Gelegenheits- oder als determinierende Ursache annehmen: in dem einen anstrengende Examenstudien, in einem zweiten Schreck und deprimierende Gemüthsindrücke, im dritten endlich Ueberanstrengung im Lehrberuf.

Auf ähnlichem Standpunkt wie Vetlesen steht auch Bushan;⁴⁾ das Befallenwerden psychopathischer Individuen, die Aehnlichkeit der Basedowschen Krankheit mit einer sog. Schreckneurose, die überaus häufige Kombination derselben mit anderen Neurosen wie Hysterie, Epilepsie, Chorea, Manie, Melancholie, ferner die Erfolge mit Wasser, Elektrizität, Höhenluft, Diät u. a. bestimmen ihn zu dieser Anschauung. Die günstigen Resultate seiner hydrotherapeutischen Kuren — unter 90 in 30 Jahren beobachteten Based.-Kranken sei nur einer gestorben, sonst sei immer Besserung erzielt worden — sind für Winternitz⁵⁾ mit einer Veranlassung, die Ursachen des Morbus Basedowii auf dem Gebiet der Neurosen zu suchen: die grosse Mehrzahl der „akuten und vollkommen typischen Fälle“ entstanden „plötzlich nach einem heftigen Nervenschok.“

Wenn auch meiner Ansicht nach letztere Behauptung etwas zu weit geht, so findet man doch sicher bei Durchsicht der Literatur hierzu gehörige Fälle. So beschreibt Harland⁶⁾ zwei Individuen, die den zahlreichen Strapazen und psychischen Erregungen des Krieges ausgesetzt waren; der eine hat im Transvaalkriege eine Schädelwunde davongetragen, der zweite, der bereits im spanisch-amerikanischen Kriege mitgefochten hatte, litt in den Transvaalkämpfen an schwerer Dysenterie; beide boten das Bild der Basedow-Krankheit dar und sind in der Kapkolonie beobachtet worden. Grohmann⁷⁾ kann von 14 Basedow-Kranken berichten, 13 Frauen und 1 Mann; bei 4 war neuropathische Anlage, bei 2 Schreck, bei 1 langanhaltende Aufregungen als aetiologisches Moment zu eruiren. Hirschl⁸⁾ beobachtete eine hereditär nicht belastete Frau, die nach einem Typhus abdominalis sich nicht recht erholen konnte; nach einigen Monaten erlitt sie einen Schreck, im Anschluss an welchen ein typischer Basedow sich entwickelte; zwei Monate später traten auch die Symptome des Myxoedems auf.

Man kann wohl annehmen, dass wenn in letzterem Falle der Organismus durch die vorausgegangene Infektionskrankheit nicht geschädigt gewesen wäre, der Schreck an sich eine so rapide Entwicklung des Morbus Basedowii kaum zur Folge gehabt hätte.

Ueberhaupt wird in den meisten Fällen von Basedow, die kurze Zeit nach einer psychischen Emotion irgend welcher Art aufgetreten sind, nach einem Bindeglied zwischen Letzterer und jener Erkrankung gesucht werden müssen, mag dasselbe nun erbliche Belastung, Alkoholismus, Hysterie, Epilepsie, Infektionskrankheit u. s. w. heissen. Es ist das ein Punkt, der meiner Ansicht nach bisher noch nicht genügend hervorgehoben worden ist und bei der Klärung der Frage nach der Aetiologie der Basedowschen Krankheit von Nutzen sein kann. Würde ein Trauma, ein Schreck u. A., an sich einen bisher widerstandsfähigen Organismus im Allgemeinen derart schädigen, dass auf dieser Basis ein Basedow sich entwickeln könnte, wie oft

würde dann diese Krankheit dem Begutachter zu Gesicht kommen! Erweist es sich aber als eine häufige Beobachtung, dass einer der obengenannten Faktoren als Mittelglied in der Kette „psychische Erregung — Basedow“ auftritt, dass also im Allgemeinen erst, nachdem er den Boden für das letztere Leiden vorbereitet hat, dasselbe zur Entwicklung kommt, so wäre damit vielleicht ein Weg gefunden, der zur Lüftung des Dunkels, das immer noch über der so wichtigen Frage nach den Ursachen der Basedowschen Krankheit schwebt, führen könnte.

Die Erfahrung zeigt ferner, dass es auch Fälle giebt, bei denen vor dem Unfall ein auf irgend einer Basis sich entwickelnder Basedow besteht; derselbe bietet aber noch so geringe Symptome, dass er wohl dem Arzt, nicht aber dem Laien, ja nicht einmal dem Kranken selbst auffällt. Trifft nun Letzteren ein Trauma oder eine andere psychische Erregung, so kann nunmehr der Organismus in seiner Widerstandskraft weiter so geschwächt werden, dass nun der Boden für eine rasche Weiterentwicklung des Basedow geschaffen ist. Der Laie führt ihn auf den Unfall zurück, der Arzt wird anderer Ansicht sein müssen. Solche Fälle sind daher für den Begutachter von hohem Interesse, sodass eine Veröffentlichung unserer einschlägigen Fälle wohlbegründet ist.

1. Fall. P. B., Maschinenarbeiter, 29½ Jahre. Anamnese: Der Vater lebt noch und ist gesund, die Mutter starb an einem „Nervenfieber“. 2 Geschwister starben klein an Schwäche. B. hat als Kind Masern und Lungenentzündung gehabt, war sonst nie wesentlich krank. Das Turnen in der Schule hat kein Herzklopfen verursacht, machte Freude. Vom Militär kam er frei, weil er zu klein war. Seit 1896 ist er verheirathet und hat 2 gesunde Kinder, Alkoholmissbrauch wird geleugnet, ebenso Geschlechtskrankheiten. Er will bis zum Unfall sich wohl gefühlt haben. Keine Nervenkrankheiten in der Verwandtschaft.

Am 25. Januar 1901 gerieth B. mit dem rechten Zeige- und Mittelfinger in eine Maschine und büsste dabei die Endphalanx des Zeigefingers ein, während am Mittelfinger nur „das Fleisch“ abgerissen wurde. Bei diesem Unfall ging es ihm „durch und durch“. Er hat seitdem nicht wieder arbeiten können, da er sich sehr krank fühlte. Vom 18. Juni bis Mitte Oktober 1901 war er zur Behandlung eines vom Arzte festgestellten Lungenkatarrhs in Görbersdorf; Tuberkelbazillen sind damals laut ärztlichen Gutachtens nicht gefunden worden.

Beim Eintritt in unsere Klinik am 7. Januar 1902 klagte er über beständige Kopfschmerzen, heftige Schwindel- und Ohnmachtsanfälle, verbunden mit allgemeinem Zittern, sehr starkes Herzklopfen, Kurzatmigkeit, grosse Unruhe, leichte Erregbarkeit und sehr schlechten unruhigen Schlaf.

Status praesens: B. ist ein kleiner, sehr blasser Pat. mit schlaffer Muskulatur und sehr geringem Fettpolster. Der Gesichtsausdruck ist leidend, es besteht eine sichtliche bedeutende psychische Depression; Störungen der Intelligenz sind nicht vorhanden.

Am Schädel, der auf Beklopfen überall sehr empfindlich ist, findet sich äusserlich nichts Abnormes. Die Austrittsstellen der Hautnerven aus den Augenhöhlen schmerzen auf Druck.

Am Hals konstatirt man eine erhebliche Schwellung der Schilddrüse, besonders ihrer seitlichen Lappen. Die aufgelegte Hand fühlt ein deutliches Schwirren, mit dem Hörrohr lassen sich sehr starke Gefässgeräusche nachweisen. Der höchste Umfang des Halses beträgt 39,5 cm.

Die Augen treten weit aus den Augenhöhlen heraus; Graefe's und Stellwag's Symptome sind nicht nachzuweisen, Möbius' Symptom ist angedeutet. Pupillenreaktion einwandfrei, ebenso der Augenhintergrund.

⁴⁾ Bushan, Kritik der modernen Theorien über die Pathogenese d. Based. Krankheit. Wiener mediz. Wochenschrift. 44. und 45. Bd.

⁵⁾ Winternitz, Morbus Based. und Hydrotherapie. Ref. Schmidts Jahrb. 1897. Bd. 255.

⁶⁾ Harland, Notes on two cases of exophthalmic goitre appearing. Ref. Schmidts Jahrb. 1900.

⁷⁾ Grohmann, Diss. inaug. Berlin 1874, Beiträge zur Aetiologie und Symptomatologie der Morb. Based.

⁸⁾ Hirschl, über Geistesstörung bei Morbus Basedowii; Ref. Schmidts Jahrbücher Bd. 240.

Geruch, Geschmack und Gehör frei. Die Zunge zeigt beim Herausstrecken starkes Zittern, ist aber nach allen Richtungen in ihren Bewegungen frei. Die Innervation der mimischen Gesichts- und der Kaumuskeln ist frei von Störungen.

Am Thorax, der flach gebaut ist, findet man percussorisch nichts Abnormes. Bei der Auskultation ist vielleicht über der linken Spitze ein etwas abgeschwächtes Athemgeräusch hörbar; kein Auswurf.

Die Herz-Dämpfung ist nach links verbreitert, der Spitzenstoss liegt in der Mamillar-Linie und ist stark hebend. Der erste Ton an der Spitze ist dumpf gespalten, an den übrigen Tönen nichts Abnormes. Der Puls beträgt bei der Aufnahme-Untersuchung 124 Schläge in der Minute, ist regulär, geringe Arteriosklerose.

Organe des Unterleibes o. B. Urin 1025, sauer, klar, ohne Eiweiss und Zucker. Wirbelsäule normal.

Die Spitze des rechten Zeigefingers wird von der 2. Phalanx gebildet, am r. Mittelfinger sieht man einen Substanzverlust; beide Finger sind auf Druck sehr empfindlich. Die Extremitäten sind im Uebrigen aktiv und passiv in jeder Weise frei beweglich, zeigen aber eine erhebliche Verminderung ihrer rohen Kräfte, am Dynamometer drückt r. Hand 15, l. 25 kg.

Die Patellar-Reflexe sind gesteigert, die übrigen Reflexe normal.

Bei Druck auf die untersten Rippen, die Unterbauchgegend und die Schenkelbeugen entsteht ein hochgradiger allgemeiner nervöser Erregungszustand: B. wirft sich mit dem ganzen Körper hin und her, geräth in Zuckungen, bekommt eine sehr beschleunigte Respiration, verzieht das Gesicht und reagiert nicht mehr auf seine Umgebung.

Störungen der Sensibilität bis auf Hyperaesthesia des rechten Fingers sind nicht vorhanden. Gang langsam, mühselig, bei Fuss-Augenschluss geringes Schwanken.

B. bekam mehrere Male schwere Ohnmachtsanfälle: er fiel um, wurde sehr blass, hatte leichte Zuckungen der Extremitäten und war sehr schwer zur Reaktion auf die Umgebung zu bringen. Dauer ca. 5 Min.; nachher Mattigkeit, sehr beschleunigter Puls; es konnte einmal Puls 172 gezählt werden. Subjektiv klagte er ausserdem über starkes Herzklopfen. Strenge Bettruhe hatte Verschwinden der Anfälle zur Folge.

Als ein neues, bei der ersten Untersuchung nicht konstatirbares Symptom trat ein starkes Zittern der Hände ein, das besonders nach den Anfällen sein Maximum erreichte, aber auch in der Bettruhe bemerkbar war.

B. klagte andauernd über starke Kopfschmerzen, die nur sehr schwer durch geeignete Mittel zu bessern waren, sowie über bedeutende Schlaflosigkeit, die mehrere Male durch ärztliche Kontrollirungen festgestellt werden konnte.

Im objektiven Befunde trat eine Veränderung nicht ein. Von Seiten der Lungen liessen sich niemals sichere Zeichen einer Erkrankung finden. Auswurf und Nachtschweisse fehlten immer.

Die enorme nervöse Erregbarkeit bei Druck auf die oben genannten Stellen dauernd nachzuweisen.

Der Exophthalmus und die Struma blieben in ihrer Intensität bestehen.

Begutachtung.

B. bietet das Bild eines schweren Basedowkranken dar. Die Krankheit ist mit ihren charakteristischen Zeichen in vollem Grade ausgeprägt.

Es kann nach den bestimmten Angaben des behandelnden Arztes, Dr. B. in W., keinem Zweifel unterliegen, dass die Krankheit schon vor dem Unfall im Januar 1901 bestanden haben muss. Davon, dass der Unfall allein das Leiden veranlasst hat, kann daher nicht die Rede sein. An und für sich erscheint die Möglichkeit, dass die Basedowsche Krankheit sich an

eine heftige Gemüthsbewegung anschliesse, durchaus nicht unwahrscheinlich, die Literatur berichtet darüber eine Reihe von Fällen. Bei B. ist jedoch, wie erwähnt, einwandsfrei festgestellt, dass er schon vor dem Unfall ein deutliches Hervortreten der Augäpfel, Pulsbeschleunigung, Schilddrüsenvergrösserung und eine reizbare Stimmung gezeigt hat.

Der an und für sich gewiss geringe Unfall hat aber sicherlich dazu beigetragen, die Intensität der milde verlaufenen Krankheit erheblich zu steigern. Wenn man auch nicht von einer so bedeutenden plötzlichen Gemüthsbewegung des B. sprechen kann, wie sie in den einschlägigen Fällen beschrieben werden, so hat doch der Unfall schädlich auf das schon vorher sehr labile Nervensystem gewirkt und durch die Sorgen um die Folgen das Gemüthsleben nicht unerheblich alterirt. Es ist daher gerade die allmähliche Verstärkung der einzelnen Krankheitssymptome, wie sie sich bei B. findet, ein Zeichen dafür, dass die Psyche des Verletzten bedeutend durch den Unfall ergriffen worden sein muss.

Vielleicht trägt auch die meines Erachtens nicht ganz aufgeklärte Lungenerkrankung einen Theil der Schuld, indem auch sie den Verletzten mit Sorgen erfüllt hat und sein Gemüthsleben beeinträchtigte. Das Mittelglied zwischen dem Unfall und der Basedowschen Krankheit resp. erheblichen Verschlimmerung derselben durch ersteren erblicke ich jedoch in einem bei B. bisher noch nicht gewürdigten Momente, nämlich in einer ausgesprochenen Hysterie. Unser Befund und unsere Beobachtungen lassen keinen Zweifel daran aufkommen, dass in der That bei B. eine ganz erhebliche Hysterie sich nachweisen lässt, die sich auch durch objektive Zeichen, wie Reflexstörungen und hysterogene Zonen in unzweideutiger Weise kund giebt. Diese Hysterie ist meines Erachtens ohne Zweifel als direkte Unfallsfolge zu bezeichnen: denn sie kann sich bei dazu disponirten Personen auch oft an ganz geringfügige Verletzungen anschliessen und das Krankheitsbild völlig beherrschen, nachdem die direkten lokalen Folgen des Unfalls längst abgeheilt sind.

Diese Hysterie giebt meines Erachtens auch die Erklärung dafür ab, dass sich im vorliegenden Falle eine so starke Entwicklung der Basedowsymptome angeschlossen hat, indem sie den geeigneten Boden dazu darstellt. Ohne dass B. durch den Unfall hysterisch geworden wäre, würden zum Mindesten noch lange Jahre vergangen sein, bis der Basedow eine derartige Steigerung seiner Symptome erfahren hätte.

Ich stehe nicht an, die von uns beobachteten Ohnmachtsanfälle, die durchaus nicht in das reguläre Bild der Basedowkrankheit hineinpassen, durch die Hysterie zu erklären.

Man kann daher wohl mit Recht folgendermassen sich äussern: Sicher ist B. durch seinen Unfall schwer hysterisch geworden; wahrscheinlich ist auf dem Boden dieser Hysterie eine ganz erhebliche Steigerung der schon vor dem Unfall vorhanden gewesenen Basedowkrankheit aufgetreten und das jetzt vorliegende Krankheitsbild entstanden. Die durchgemachte Lungenerkrankung scheidet aus der Beurtheilung aus.

Nach unseren Beobachtungen ist es zweifellos, dass B., mag man nun den Unfall als Ursache anerkennen oder nicht, zur Zeit als völlig erwerbsunfähig bezeichnet werden muss. Er ist nicht im Stande, auch nur das Geringste zu verdienen.

Eine Simulation oder Uebertreibung liegt ganz gewiss nicht vor.

Diesem Fall möchte ich einen zweiten anreihen, den ich kürzlich zu sehen Gelegenheit hatte; derselbe ähnelt einerseits dem vorigen, da auch hier vor dem Unfall ein Basedow besteht, andererseits unterscheidet er sich, indem auf dieser Basis eine enorme Hysterie sich ausbildet, ohne dass der

auch hier geringe Basedow eine Steigerung seiner Symptome erfährt.

2. Fall: Es handelt sich um den 31jährigen Maschinenarbeiter M., der laut ärztlicher Angabe seit dem 16. Jahre an Basedowkrankheit litt, die im Laufe der Jahre an Intensität mehr und mehr abnahm, so dass Patient seit seinem 26. Jahre von ihr befreit zu sein glaubt.

Am 25. April 1898 wurde M. beim Auflegen eines Treibriemens von der Welle erfasst und mehrere Male herumgeschleudert. Er erlitt damals Quetschungen der Muskulatur der Arme, der Brust und des Rückens, sowie einige Hautabschürfungen. Als er drei Monate später wieder zu arbeiten begann, musste er bald wegen Schwäche im Rücken und Kreuz, die ihm Bücken, Heben und festes Zugreifen unmöglich machte, die Arbeit wieder einstellen. Er erhielt auf Grund ärztlichen Gutachtens Vollrente. Im August 1899 wird von Herrn Medizinalrath Dr. S. ein Gutachten dahin abgegeben, dass unter dem Einfluss der Basedowkrankheit vielleicht das Nervensystem des M. für die Einwirkung anderweitiger Schädlichkeiten erhöht zugänglich gewesen sei. Zugleich wird eine traumatische Ischias konstatiert und in der Ueberzeugung, dass Patient kein Simulant sei, derselbe in seiner Erwerbsfähigkeit um 70 Prozent geschädigt erachtet.

Die Möglichkeit, dass durch Zusammentreffen von zwei so schweren Nervenleiden M. seine Erwerbsfähigkeit noch völlig verlieren könne, wird nicht für ausgeschlossen erachtet.

Eine am 9. März 1902 auf Ersuchen der Genossenschaft vorgenommene Untersuchung ergibt Folgendes:

Anämischer, abgemagerter Mann von mässiger Intelligenz und gedrücktem Gesichtsausdruck; Schädel ohne Besonderheiten, Exophthalmus mittleren Grades, geringe Konvergenzstörung, kein Gräfe und Stellwag; Pupillen zeigen normale Reaktion; die übrigen Hirnnerven sind frei. Wirbelsäule im Dorsal- und Lumbaltheil auf Druck empfindlich, in ihren Bewegungen nicht besonders gehemmt; Hals etwas stark, Struma mässigen Grades ohne Pulsation, aber mit hörbaren, geringen Gefässgeräuschen. Lunge o. B.; Herzdämpfung bis in die 1. Mammillarlinie reichend, Tönerein; Spitzenstoss hehend; Puls 120, äqual, regulär. Arterie rigid. Bauchorgane einwandfrei. Gang etwas matt und hinkend; das rechte Bein wird geschont. Letzteres bietet keine Abmagerung dar, zeigt reichlich entwickelte Varicen, die am linken fehlen. Die Bewegungen im rechten Hüftgelenk sind bis auf starke Flexion nicht schmerzhaft; Stehen auf dem Bein ist nur unter grossem Schwanken möglich. Bei Druck auf die verschiedensten Punkte der rechten Glutäalgegend klagt M. über heftigsten Schmerz. Die rohe Kraft des rechten Beines ist im Verhältniss zum linken sehr vermindert. Die Patellarreflexe sind gesteigert, die Konjunktival-Reflexe stark herabgesetzt. Bei Druck auf untere Rippen, Unterbauchgegend und Schenkelbeuge löst man einen stark exaltirten Zustand aus.

Wir haben also auch hier das typische Bild einer ausgeprägten Hysterie vor uns; dass zwar ein so schwerer Unfall, wie der des M., auch ohne die Anwesenheit der Basedow'schen Krankheit eine so bedeutende Störung des Nervensystems zur Folge haben kann, darf man wohl nicht für ausgeschlossen halten; doch ist andererseits auch nicht zu leugnen, dass die Erfolglosigkeit jeder Therapie mit auf Rechnung des Morbus Bas. zu setzen ist, letzterer also vom Begutachter bei Festsetzung der Rentenhöhe unbedingt berücksichtigt werden muss, obwohl der Pat. selbst seit fünf Jahren von ihm geheilt zu sein glaubt.

Tod durch Zerreissung der mittleren Hirnhautarterie ohne Schädelverletzung.

Nach einem gerichtsarztlichen Gutachten*)

von

Dr. Peter Defranceschi-Rudolfswert.

Der vollkommen gesunde, kräftige Bauer M. J. erhielt laut Aussage seiner Begleiter am 11. Oktober v. J. mehrere Schläge mit einem harten, stumpfen Werkzeuge auf den Kopf. Tags darauf wurde er bewusstlos und starb, ohne das Bewusstsein erhalten zu haben, am 14. Oktober. Die Gerichtsärzte untersuchten ihn am 12. Oktober und nahmen folgenden Befund auf:

„1. Am rechten Stirnbeinhöcker eine 2 cm lange, und 4 cm tiefe, sagittal verlaufende Rissquetschwunde. 2. an der linken Kopfseite, im Bereiche des Hinterhauptbeines, eine 6 cm lange, quer verlaufende, die Haut und den Hinterhauptmuskel durchdringende Wunde mit gequetschten Rändern. Der die Basis der Wunde bildende Knochen unverletzt. Der Beschädigte soporös, aphasisch, erbricht wiederholt und athmet röchelnd. T. 36,8, P. 60. Linke Pupille mydriatisch, reaktionslos, die rechte normal weit, prompt reagierend. Die rechte untere Extremität gelähmt, die obere paretisch. Beide Nasenlippenfurchen gleich tief, beide Mundwinkel in gleicher Höhe: sonst am Körper keine Verletzungen.

Die Gerichtsärzte gaben hiernach ihr Gutachten dahin ab:

„Die Rissquetschwunde am Hinterhaupte ist als leichte Verletzung zu beurtheilen, beigebracht mit einem stumpfen Werkzeuge und eine 14—16tägige Gesundheitsstörung, sowie eine 8tägige Berufsunfähigkeit zur Folge habend. Die Wunde am rechten Stirnhöcker ist auch eine leichte Verletzung, zugefügt mit ebensolchem Werkzeuge wie die eben beurtheilte und wird eine 6—7tägige Gesundheitsstörung ohne Berufsunfähigkeit nach sich ziehen.¹⁾

Der soporöse Zustand, der Brechreiz, Aphasie, Puls- und Athemverlangsamung, die paralytischen und paretischen Erscheinungen, endlich die Ungleichheit der Pupillen sind als Symptome eines Gehirndruckes aufzufassen. Dieser Zustand ist Folge einer Verletzung, die als an sich schwer zu erklären ist. Herbeigeführt wurde dieser Zustand durch eine intrakranielle Blutung aus einem Blutgefässe, welches in Folge des wuchtigen Schlages mit dem oben erwähnten Werkzeuge auf das Schädeldach zerriss. Die Beschädigung ist mit einem solchen Werkzeuge und auf solche Art beigebracht worden, womit gemeinlich Lebensgefahr verbunden ist. Falls die im Befunde hervorgehobenen Lähmungen der oberen und unteren Extremität, sowie der Verlust der Sprache, bleibender Natur sein werden, so müsste diese Verletzung als eine solche beurtheilt werden, welche eine bleibende²⁾ Verstümmelung und bleibende Schwächung der Sprache nach sich ziehen wird. Bei dem Umstande jedoch, dass sich eine sichere Prognose

*) Die österreichische Strafprozessordnung weicht von der Deutschen in wesentlichen Punkten ab. Hieraus erklärt sich Manches in der Prozessdarstellung, was deutschen Aerzten nicht ohne Weiteres verständlich sein dürfte.

¹⁾ Wenn wir die Gesundheitsstörung als gleichbedeutend mit „Krankheit“, mit einer Störung des Allgemeinbefindens, wie sie sich durch Fieber, Unwohlsein, Schmerz und dergl. kund giebt, auffassen (Vide Hoffmann, Lehrbuch der ger. Med.), so kann die Gesundheitsstörung nicht länger andauern als die Berufsunfähigkeit, oder klarer gesagt: der kranke Mensch ist nicht im Stande, seinem Berufe mit vollen Kräften nachzugehen, kann daher nicht früher seinen Beruf ausüben, bis er vollkommen gesund ist! Dass ein Mensch, dessen Gesundheit durch 6—7 Tage gestört war, berufsfähig wäre, kann nach obiger Definition der Gesundheitsstörung nicht angenommen werden.

Der Verf.

²⁾ Das österr. Strafgesetz spricht von einer „auffallenden“ Verstümmelung.

Der Verf.

dieser Funktionsstörungen in der soeben angedeuteten Richtung nicht stellen lässt, erscheint, falls der Beschädigte nicht in einigen Tagen stirbt, eine nochmalige Untersuchung nach Verlauf von 4—5 Wochen nothwendig.“

Der Zustand des Beschädigten verschlechterte sich immer mehr; gegen Mitternacht von Sonnabend auf Sonntag stellte sich beständige Bewusstlosigkeit ein. Der Tod erfolgte Sonntag, 13. Oktober 1/26 Uhr früh. Die am 14. Oktober, Montag 3 Uhr nachmittags, vorgenommene Leicheneröffnung ergab Folgendes:

I. Aeussere Besichtigung.

1. Die Leiche eines 45jährigen Mannes, ist 165 cm lang, von regelmässigem Wuchse, starkem Knochenbau und guter Ernährung.

2. An der ganzen Oberfläche, speziell an den rückwärtigen Partien des Halses, am Rücken und an den unteren Extremitäten ausgedehnte, röthlich-braun bis grünlich schwarz verfärbte, zusammenfliessende Todtenflecke.

3. An der linken Kopfseite, im Bereiche des linken Hinterhauptbeines eine 6 cm lange, quer verlaufende, die weichen Schädeldecken grösstentheils durchdringende Wunde mit gequetschten, infiltrirten Rändern und ebensolchen Winkeln.

4. Am rechten Stirnhöcker eine 2 cm lange, die weichen Schädeldecken nicht vollkommen durchtrennende Wunde von ebensolcher Beschaffenheit wie die soeben beschriebene.

5. Das Gesicht hochgradig aufgedunsen, grünlich-schwarz verfärbt, aus den beiden Nasenlöchern reichliche Mengen blutig-seröser, schaumiger Flüssigkeit. Sonst am Körper nach wiederholter Besichtigung keine Verletzung.

II. Innere Besichtigung.

6. Kopf. Nach der Entfernung der weichen Schädeldecken sieht man, dass der linke Schläfenmuskel in seiner ganzen Ausdehnung mit dunkelrothem, theilweise geronnenem Blute durchtränkt ist. Die harte Schädeldecke ist fest, an einigen Stellen durchscheinend und zeigt keine Spuren eines Sprunges.

Zwischen der harten Stirnhaut und der Schädelwand, entsprechend der eben erwähnten, blutigen Infiltration im Schläfenmuskel, befindet sich ein Klumpen von geronnenem, dunkelblauem(?) Blute (3—4 Esslöffel), wodurch die harte Hirnhaut in einem Kreise, dessen Durchmesser 8 cm beträgt und dessen Mittelpunkt 2 cm hinter die Roland'sche Furche fällt, von der Hirnschale abgelöst erscheint.

Auch im Bereiche des Kleinhirnes findet man eine Ablösung der Hirnhaut, jedoch kein geronnenes Blut. Das Gehirn ist an der Stelle, wo der Bluterguss an der Schläfengegend sich befindet, abgeplattet. Die harte Hirnhaut ist überall unverletzt, deren Gefässe mit flüssigem Blute erfüllt. Die zarten Hirnhäute glatt, glänzend, dünn, unverletzt. Das Gehirn mässig blutarm, im Uebrigen normal; das Kleinhirn ebenfalls blutarm.

7. Aus dem Befunde ist endlich hervorzuheben, dass am Brustfell und am Herzbeutel sowie in der Schleimhaut der Luftröhre mehrere punktförmige Blutungen*) vorgefunden wurden.

Das nunmehr von den Gerichtsärzten erstattete Gutachten lautete wie folgt:

Die Todesursache war Gehirnlähmung, herbeigeführt durch einen Blutaustritt zwischen den Schädelknochen und die harte

Hirnhaut. Der Blutaustritt war die Folge der Zerreiassung eines intracraniellen Blutgefässes, welche Zerreiassung durch den wuchtigen Schlag auf das Schädeldach verursacht wird.

Von den im Befunde beschriebenen zwei Wunden dürfte die am Hinterhaupte befindliche im kausalen Zusammenhange mit der inneren Blutung gestanden haben, da die am rechten Stirnhöcker vorgefundene Verletzung ihrer Geringfügigkeit wegen, sowie ob der bedeutenden Entfernung, von dem intracraniellen Blutextravasate, endlich mit Rücksicht auf die zu Lebzeiten beobachtete Reihenfolge der Lähmungen diesfalls absolut nicht in Betracht kommt.

Die bei innerer Besichtigung hervorgehobene Blutdurchtränkung des linken Schläfemuskels könnte entweder als eine selbständige, durch den Schlag mit einem stumpfen Werkzeuge beigebrachte Verletzung, oder aber als eine Folge der Blutsenkung von der am Hinterhaupte befindlichen Wunde her gedeutet werden. Falls die erstere Auffassung die richtige sein sollte, wäre auch die Möglichkeit, dass die intrakranielle Blutung durch diese letztere Verletzung verursacht wurde, in Erwägung zu ziehen. Bei dem Umstande jedoch, dass sowohl bei der zu Lebzeiten als auch gelegentlich der Leichenöffnung vorgenommenen Untersuchung äusserlich keine Verletzungen der Haut oberhalb des erwähnten Muskels vorgefunden wurden, dürfte diese Eventualität kaum zutreffen.

Sämmtliche Wunden wurden, wie bereits öfters erwähnt, mit einem stumpfen Instrumente beigebracht.“

Aus dem vorstehenden Gutachten konnte die Staatsanwaltschaft nicht entnehmen, welche Verletzung eigentlich den Tod herbeigeführt habe? Im ersten Gutachten beurtheilten die Sachverständigen die sichtbaren Verletzungen am rechten Stirnhöcker und an der linken Hinterhauptshälfte als leicht, während die Bedeutung der bereits eingetretenen halbseitigen Lähmung nicht genug klar auseinandergesetzt wurde. Diese Unbestimmtheit wurde auch im Obduktionsgutachten gefunden, weswegen die Gerichtsärzte am Sitze des Gerichtshofes eingeladen wurden, unter Vorhalt der Befunde und Zeugenaussagen eine gutachtliche Aeussuerung abzugeben:

1. ob sich bestimmt behaupten und nachweisen lasse, dass die tödtliche Verletzung in Folge des ersten Schlasses hinter das linke Ohr oder auch möglicherweise in Folge eines späteren Schlasses entstanden sei;

2. ob mit Rücksicht auf den vorliegenden Befund auch mehrere Schläge auf die linke Hinterhauptshälfte gefallen sein konnten; endlich

3. ob die Zerreiassung des Blutgefässes nicht auch durch einen Schlag erfolgen konnte, der äusserlich überhaupt keine Spuren einer Verletzung hinterliess.

Die Zeugenaussagen lauten sehr verschieden, doch lassen sie sich ungezwungen in den Hauptpunkten in zwei Gruppen scheiden. Die Gruppe der Beschuldigten, sowie deren Umgebung behauptet, der Verstorbene sei in grösserer Gesellschaft zur Dreschtenne des P. V.¹⁾ — woselbst eine Buschenschänke anlässlich einer Firmung improvisirt war — gekommen. Er ergriff eine dort stehende Bank und warf sie zwischen die Weinflaschen, wodurch mehrere derselben zerbrochen wurden. Als die Frau des P. V. gegen dieses Vorgehen protestirte, wurde sie vom Angreifer (J. M.) an der Brust gepackt. In diesem Momente jedoch trat der Sohn der Frau (J. V.) dazu und schob den Mann beiseite. Die Begleiter des beiseite Geschobenen wollten nun über den Sohn (J. V.) herfallen, welcher Anschlag jedoch durch den Vater, P. V., vereitelt wurde, indem er seinen Sohn wegführte. Vor der Tenne sollen nun

*) Der Beschädigte ist, nach mehreren Schlägen auf den Kopf, niedergesunken und war momentan bewusstlos. Die Angreifer stürzten sich dann auf ihn, knieten auf den Brustkorb und wälzten ihn hin und her.

Bei diesen rohen Manipulationen dürften die beschriebenen Blutaustritte entstanden sein. Der Beschädigte ist nicht gewürgt worden! (D. Verf.)

¹⁾ Vater des Beschuldigten.

mehrere Menschen, unter welchen sich auch der Getödtete befunden haben soll, lebhaft fortgestritten haben. Der des Todtschlages Beschuldigte (J. V.) soll vom Vater (P. V.) in ein nahe gelegenes Haus geführt worden sein, wohin kurz darauf J. C. nachgekommen sei, welcher erklärte, dass Jemand genug erhalten habe und dass er (J. C.) selbst 3—4 mal zugeschlagen habe.

Die andere Gruppe behauptet, die Gesellschaft, bestehend aus dem Verstorbenen M. J., zwei Männern und mehreren Weibern sei singend zur Tenne gekommen, um ein Glas Wein zu trinken. Als sie dortselbst von Seite des Vaters (P. V.) und seines Sohnes (J. V.) unfreundlich aufgenommen wurden, soll sich M. J. in scherzhaftem Tone geäußert haben: „Wir sind nicht gekommen, um zu streiten, sondern um ein Glas Wein zu trinken.“ Der Sohn des Wirthes (J. V.) riss nun aus einem Fleischblocke ein Bein heraus, wobei er unversehens auch einige Flaschen umstürzte. Darauf schlug er, während sein Vater und noch ein anderer Mann den M. J. festhielten, einige Male auf dem Kopf des M. J. hinter das linke Ohr. Der Geschlagene stürzte nun zu Boden, worauf er noch von seinen Gegnern mit den Füßen herumgestossen wurde. Gleich darauf kam J. C. und schlug auf den am Boden Liegenden. Der nun Beschädigte hat sich langsam erhoben und ging mit seinen Begleitern nach Hause.

Bevor wir der Beantwortung der an uns gestellten Fragen nähertreten, müssen wir Folgendes vorausschicken:

Die weichen Schädeldecken sind bekanntlich sehr blutreich, zahlreiche Gefässe durchziehen sowohl die Haut, Unterhautzellgewebe, Muskulatur und Beinhaut. Daraus ist leicht erklärlich, warum die kleinste Verletzung am Kopfe so gerne blutet. Wenn nach einem Schlage mit einem stumpfen Werkzeuge die Haut nicht berstet, entsteht gewöhnlich eine Beule als Folge des Blutaustritts aus den zerrissenen Gefässen in den tiefer gelegenen Schichten. In den Letzteren findet man also nach einem kräftigeren Schlage immer Blutunterlaufungen. Manchmal entstehen auch nach minder heftigen Schlägen Knochensprünge, welche meistens Zerreißen der mittleren Hirnhautarterie oder deren Aeste zur Folge haben. Das Letztere kann aber auch geschehen, wenn kein Knochensprung vorhanden ist. Die Gewalteinwirkung, welche diese Arterie zum Zerreißen bringt, ist gewöhnlich eine beträchtliche, sie kann aber auch so gering sein, dass nicht einmal eine äussere Hautwunde zu Stande kommt, in welchem Falle jedoch immer Blutunterlaufungen in den unteren Schichten der weichen Schädeldecke zu finden sind. Der Hauptstamm der genannten Arterie reisst selten, weit häufiger die beiden Aeste. Das Symptombild einer solchen Blutung ist folgendes;

Durch den Schlag wird der Kranke zunächst betäubt, so dass man ihn für bewusstlos hält, bald jedoch erholt er sich und kann darauf weiter gehen, ja sogar tagelang geistige und körperliche Arbeiten verrichten. Das hängt ab von der Grösse des zerrissenen Gefässes und demnach von der Intensität der Blutung, denn je schneller sich die Blutmenge zwischen der harten Hirnhaut und dem Knochen vergrössert, desto schneller tritt, herbeigeführt durch den Gehirndruck, Bewusstlosigkeit ein. Je nachdem der vordere oder hintere Ast der Arterie verletzt ist, treten nun verschiedene Lähmungen ein, jedoch stets an der entgegengesetzten Körperhälfte. Falls sich der Bluterguss auch gegen die Gehirnbasis ausdehnt, wird die Pupille derselben Seite weit und unbeweglich und es tritt, wenn die Blutung links ist, Aphasie (Verlust der Sprache) ein. Endlich ist der Hirndruck so gross, dass auch die Lebenszentren gelähmt werden.

Vergleichen wir nun die eben angeführten, durch die Wissenschaft erwiesenen Thatsachen mit den im Befunde be-

schriebenen Verletzungen und deren Folgen, so müssen wir erklären:

1. Der Getödtete erhielt am Kopfe 3 Verletzungen: am rechten Stirnhöcker, an der linken Hälfte des Hinterhauptes und an der linken Schläfe. Ein weiterer Schlag von Bedeutung konnte auf den Kopf nicht geführt worden sein, man hätte sonst in den weichen Schädeldecken eine Blutunterlaufung finden müssen.

2. Die Verletzungen an der Schläfe und am Hinterhaupte konnten mit einem Schlage nicht zugefügt worden sein! Obzwar der Ort der Verletzung am Hinterhaupte nicht genau in dem Befunde fixirt erscheint, so müssen wir dennoch die vorstehende Erklärung abgeben, indem wir den Umstand berücksichtigen, dass der Schädel oval ist, weswegen ein Schlag mit einem geraden Werkzeuge nicht die zwei Punkte am Schläfen- und am Hinterhauptbein auf einmal treffen kann.

3. Die Verletzung an der Schläfe, obzwar an der äusseren Haut nicht sichtbar, war tödtlich, indem in Folge des wuchtigen Schlages auf diese Stelle der hintere Ast der mittleren Hirnhautarterie zerriss. Das Blut sickerte langsam, jedoch beständig, aus dem zerrissenen Gefässe und es traten auf die im Befunde beschriebenen Lähmungen. Der Schlag auf die linke Schläfenseite hatte demnach zur Folge eine an sich schwere, im Momente lebensgefährlich gewordene Verletzung, die, mangels einer sofortigen, kunstgerechten Hilfe, den Tod verursachte.

Nach diesen Ausführungen beantworten wir die an uns gestellten Fragen wie folgt:

ad. 1. Nachdem aus den Zeugenaussagen nicht bestimmt und einheitlich zu entnehmen ist, ob J. gleich nach dem ersten Schlage zu Boden stürzte, so lässt sich weder bestimmt behaupten, noch nachweisen, dass die tödtliche Verletzung in Folge des ersten Schlages zugefügt wurde. Mit Bestimmtheit können wir jedoch behaupten, dass die drei Schläge, die nach übereinstimmender Zeugenaussage J. V. nacheinander geführt hatte, die tödtliche Verletzung herbeiführten.

ad. 2. Auf die linke Hinterhaupte Hälfte fiel nur ein Schlag, ein anderer auf die linke Schläfe.

ad. 3. Die Zerreißen des Blutgefässes ist durch einen Schlag auf die linke Schläfe erfolgt, obgleich äusserlich keine Spur einer Verletzung gefunden wurde.

Der Angeklagte wurde trotz hartnäckigen Leugnens des Todtschlages schuldig erkannt und zu vier Jahren schweren Kerkers verurtheilt.

Ein Fall von Vergiftung durch sogenannte Essigessenz.

Von

Dr. Marcinowski-Woltersdorf.

Der Reichstag hat vor Kurzem durch eine Resolution die Regierung ersucht, dass der gewerbmässige Handel mit Essigsäure, sogenannter Essigessenz, in einer bestimmten Konzentration als Genussmittel unter die Vorschriften über den Handel mit Giften gestellt werden möge.

Das Interesse, welches sich in diesem Augenblick den in vielen Häuslichkeiten zur Herstellung zum Genuss geeigneter Verdünnungen gebräuchlicher Essigessenzen zuwendet, veranlasst mich, einen Fall von Vergiftung zu erzählen, der in seinen Einzelheiten das Charakteristische der Gefahr klarlegt, welche aus der Verwendung so hochkonzentrierter Stoffe in der Küche erwächst.

Es handelte sich um einen blühenden dreijährigen Knaben, welcher am Nachmittage einen Augenblick in der Küche allein gelassen worden war. Diese Gelegenheit hatte er benutzt, war mit Hilfe eines Stuhles auf den Anrichtetisch geklettert und hatte dort einen kräftigen Zug aus einer daselbst stehen-

den Flasche mit Essigessenz gethan, in der er irgend einen leckeren Inhalt vermuthet haben wird. Auf sein Geschrei eilte man herzu und übersah sofort die Lage, welche den Angehörigen keinen kleinen Schreck einflösste. Das Dienstmädchen gab an, dass nach dem Inhalt der Flasche zu urtheilen, höchstens ein Löffel voll fehlen könne. Als ich nach einer halben Stunde bei dem Kinde eintraf, war mehrmals Erbrechen erfolgt und nach anfänglicher grosser Unruhe und Schmerzen in der Magen-egend hatte sich ein tiefer Kollaps entwickelt, welcher indess rasch wechselnd, bald zu vollem Bewusstsein, bald zu einem höchst beängstigenden Schlafzustand führte, der erst gegen Abend in feuchtwarmer Einwickelung des ganzen Körpers allmählich in ruhigen normalen Schlaf überging. Sowie es anging, hatte ich dem Kinde lauwarme Milch einflössen lassen, was auch in reichlichem Masse gelang. Von einer Spülung des Magens musste selbsredend Abstand genommen werden, da der ganze Mund vollkommen schneeweiss verätzt war und auf einen analogen Zustand der Speisereste und des Magens schliessen liess.

Während der Nacht erholte sich das Kind sichtlich und ausser geringen Magenschmerzen in den nächsten Tagen ist nichts Besorgniserregendes vorgefallen oder nachgeblieben. Das Interessanteste an dem Fall war das Verhalten des Urins, welches wohl noch nicht beobachtet worden ist, wenigstens habe ich eine ähnliche Angabe noch nirgends gefunden. Etwa eine Stunde nach der Vergiftung entleerte der Knabe unter heftigem Urindrang 25 ccm einer klaren hellroten Flüssigkeit, welche nach genauerer, sofort vorgenommener chemischer und mikroskopischer Prüfung eine grosse Quantität gelöstes Hämoglobin enthielt. Alle späteren Urinproben waren dann frei von diesen oder anderen abnormen Bestandtheilen, auch Eiweiss hat sich nicht gezeigt. Die Essigsäure muss demnach im Körper nach ihrer Resorption eine Dissolution im Blut hervorgebracht haben, welche genau den Vorgängen im Reagenzglas entsprechen würde, wo auch das sogenannte lackfarbene Blut resultirt. Dies so veränderte, zerstörte Blut ist in den Nieren sofort ausgestossen worden, und es ist nur als ein grosses Glück zu betrachten, dass dieser Effekt der Vergiftung keine grösseren Dimensionen angenommen hat, welcher leicht die Blutfunktionen in Frage stellen konnte. Bemerkenswerth ist weiterhin die Thatsache, dass der ganze Vorgang auf den Ablauf einer leichten, fieberhaften Bronchitis keinerlei Eindruck zu machen schien.

Jedenfalls mahnt der ganze Vorfall zu energischer Prophylaxe durch die Mittel der Gesetzgebung.

Massregeln gegen Einschleppung der Volksseuchen auf der Eisenbahn.

Vortrag gehalten in dem Eisenbahnarztverein Münster im Juni 1901.

Von
Dr. Prölss-Schessel.

(Schluss.)

Auf eine gute Verfassung unserer sanitären und verwaltungspolizeilichen Einrichtungen bauend, verlegen wir also die Bekämpfung der Seucheneinschleppung ins Inland. Wir nehmen dabei an, dass wir es immer mit den Anfängen der Seuchen, mit Einzelfällen zu thun haben; dass dies der Fall ist, dafür gewähren die gegenseitig bindenden Konventionen mit anderen Ländern Garantie, welche die Vertragsländer gegenseitig zur Anzeige jedes Seuchefalles, jeder Seuchebewegung verpflichtet. Voraussetzung zu der guten Befolgung dieser Konventionsbedingungen, also zu der Basis unseres Abwehrsystems ist wiederum, dass das betreffende Ausland durch unser konventionsgemässes, loyales Verfahren gegenüber seinen

Reisenden und seinen Waaren nicht zu einem Misstrauen, zu einem Umgehen der Konventionsbestimmungen getrieben werde. Demgemäss schreibt denn das deutsche Reichsseuchengesetz vom 30. Juni 1900 und seine Ausführungsbestimmungen vom 6. Oktober 1900 ausdrücklich vor, dass eine Beschränkung in der Wahl des Aufenthaltsortes oder Arbeitsstätte zum Zwecke der Seuchenbekämpfung nur bei Personen zulässig ist, welche obdachlos oder ohne festen Wohnsitz sind oder berufs- oder gewohnheitsmässig umherziehen (§ 12 des Reichsseuchengesetzes), und dass weitergehende Beschränkungen des Gepäck- und Güterverkehrs sowie des Verkehrs mit Postsendungen unzulässig sind. (No. 3 zu § 15 in den Ausführungsbestimmungen).

Jede Polizeibehörde, jeder Verwaltungsbeamte, jeder beamtete Arzt muss sich also in diesen Rahmen stellen, muss seine einzelnen Anordnungen diesem System logisch einzuordnen wissen. Das gilt selbstverständlich auch von dem Eisenbahnbetriebsbeamten, von dem Eisenbahnarzt. Der Entscheidung des Letzteren ist nämlich in mehreren Fällen anheim gegeben, den Verbleib von Verdächtigen oder Erkrankten zu bestimmen. Die dies bestimmenden offiziellen Anweisungen vom 8. August 1893 (Grundsätze für die Einrichtung des Eisenbahnverkehrs in Cholerazeiten), welche sich den oben ausgeführten modernen Ideen der Seuchenbekämpfung anpassen und welche jedem Bahnarzt bekannt sein müssten, sehen Folgendes vor:

Man sieht ganz ab von der Untersuchung aller Reisenden, selbst an den Zollrevisionsstationen der Grenze, wohl aber sind an diesen Punkten des Haupteinwanderungsverkehrs stets Aerzte anwesend, um 1. Erkrankte und Krankheitsverdächtige sofort sachgemäss zu verpflegen und 2., um über Nothwendigkeit der Desinfektion einzuführender getragener Kleidungsstücke oder Wäsche zu befinden.

Im Innern des Landes sind zur Aufnahme erkrankter Reisender „Krankenübergabestationen“ errichtet, dort ist für Folgendes gesorgt: Auf isolirtem Gleis wird der Wagen mit dem Erkrankten vom Verkehr abgesondert, der Kranke mittelst dieses Gleises und Wagens in einen isolirten Absteigerraum gebracht. Dieser Raum ist mit Kloset, Bett, Vorrichtungen zur Untersuchung versehen. Von dort kann der Kranke leicht ohne Verkehrstörungen in ein geeignetes nahes Krankenhaus überführt werden. Für sofortige ärztliche Hilfe, für bakteriologische Untersuchungskräfte auf der Uebergabestation ist Sorge getragen, desgleichen für sofortige sachverständige Desinfektion von Gleis, Wagen und Uebergaberaum.

Erkrankt also auf der Reise ein Passagier, so wird er allein in dem benutzten Wagen gelassen, verwandte Mitreisende dürfen bei ihm bleiben, die anderen Mitreisenden werden abgesondert von den übrigen Passagieren in getrennten Wagen weiterbefördert. Diese erhalten geeignete Weisungen zur Kontrolle und Desinfektion durch einen Arzt auf der nächsten Station, wo einer erreichbar ist. Dem Erkrankten sind folgende Möglichkeiten freistehend: Entweder, und das ist das Beste, er kann auf der Uebergabestation abgesetzt und in Verpflegung genommen werden, wenn er das wünscht oder sein Zustand die Weiterbeförderung unthunlich macht, die Uebergabestation wird telegraphisch vorher benachrichtigt. Oder der Kranke wird noch weiter nach seinem Reiseziel befördert; verlangt er das, so ist auf der nächsten Station, wo ein Bahnarzt zu erlangen ist (telegraphische Bestellung) dessen Entscheidung einzuholen. Oder der Kranke kann noch vor der Uebergabestation den Zug verlassen. Verlangt er das, so ist er nicht daran zu hindern, es ist aber für sofortige ärztliche Hilfe zu sorgen, und wenn der Kranke den Bahnhof

verlässt, ehe diese eintrifft, so ist sein Wohnort und Absteigequartier zu ermitteln und sofort der nächsten Ortspolizeibehörde mitzuthemen.

Die bei dem Erkrankten bleibenden Angehörigen werden ebenso kontrollirt hinsichtlich ihres Verbleibens.

Hinsichtlich der Güter- und Gepäckstücke gilt Folgendes: Eine Beschränkung des Eisenbahngepäck- und Güterverkehrs findet nicht statt, ausgenommen durch bezügliches Einfuhrverbot bezeichnete Waaren: z. B. Hadern, Lumpen, alte getragene Kleidungsstücke, gebrauchte Leibwäsche etc. (Ausführungsbestimmungen des Reichsseuchengesetzes von 6. Oktober 1900. 3. zu § 15.)

Eine Desinfektion des Passagiergepäckes findet nur auf den Zollrevisionsstationen nach Anhören des dort stationirten Arztes statt.

Eine Desinfektion von Express-, Eil- oder Frachtgut nur, wenn die Ortsgesundheitsbehörde dasselbe als „mit Choleraausleerungen beschmutzt“ erachtet.

Briefe, Drucksachen, Zeitungen, Geschäftspapiere unterliegen keiner Desinfektion.

Daraus geht für den Eisenbahnarzt etwa Folgendes hervor. Um den Güterverkehr hat er sich überhaupt nicht zu kümmern, um den Gepäckverkehr nur, sofern er an einer Zollrevisionsstation dazu stationirt ist. Dort wird er entscheiden müssen, ob im Einzelfalle eine Desinfektion nöthig sei. Dabei wird ihn der Grundsatz leiten müssen, nur wenig wirklich Verdächtiges auszuwählen und das gründlich zu desinfizieren, nicht aber durch ein Zuviel den Verkehr zu behindern und die Gründlichkeit der Desinfektion zu gefährden.

Vom Personenverkehr gilt, dass nur bei Erkrankten oder der Krankheit Verdächtigen Anordnungen durch den Eisenbahnarzt zu treffen sind.

Das zum Beispiel 1891 in der Umgebung des choleraerseuchten Hamburg geübte Verfahren, alle Reisende aus Hamburg ärztliche Revisionen passiren zu lassen oder deren Aussteigen an Eisenbahnstationen zu verhindern, ist durchaus unzulässig.

Es ist sogar Kranken gestattet, vor Erreichung der eingerichteten Uebergabestationen den Zug auf beliebiger Haltestelle zu verlassen; falls der Bahnarzt ihm dort ärztlich helfen muss, wird er zu bedenken haben, dass die Ueberführung in ein grösseres Hospital die beste Gewähr ist gegen Verschleppung und dass ferner die bestmögliche eingeleitete Krankenfürsorge die Weiterverbreitung am besten verhindert.

Besser ist es ja in jedem Falle, wenn der Kranke den Zug auf der Uebergabestation verlässt, und davon den Kranken zu überzeugen, dass für seine Wiederherstellung dort ebenso wie gegen Weiterverbreitung am besten gesorgt sei, müsste sich der Bahnarzt zum Ziele machen. Andererseits muss derselbe wissen, dass rigoroses Verfahren und Eingreifen in das Selbstbestimmungsrecht des Kranken nicht am Platze ist, weil es zum Geheimhalten der Krankheit und damit zu weit grösserer Einschleppungsgefahr führt. Die gleichen Erwägungen gelten bei verlangter Weiterbeförderung über die Uebergabestation hinaus. Wenn das Reiseziel eine grössere Stadt ist, mit gutem Krankenhaus etc., so ist weniger dagegen einzuwenden als wenn es ein Gemeindewesen ist, in dem die nöthige Krankenpflege oder Isolirung erst improvisirt werden muss.

Da es hierbei aber allein von der ärztlichen Entscheidung abhängt, ob der Reisende über die Uebergabestation hinaus reisen darf, so ist der Bahnarzt in diesem Fall nur an seine Erwägungen gebunden, ob die Weiterbeförderung thunlich sei, während er den Willen des Kranken hierbei nicht nothwendig respektiren muss.

Um die Schutzmassregeln der Eisenbahn gegen Ein-

schleppung von Volksseuchen vollständig zu besprechen, ist noch der besonderen, für moderne Anschauung höchst charakteristischen Vorkehrungen zu gedenken, welcher wir uns zur Ueberwachung des Auswanderungsverkehrs vom Ausland via Deutschland nach Amerika bedienen.

Diesen Verkehr nicht über andere Länder, sondern durch Deutschland zu leiten, haben die riesigen Weltrhedereien Norddeutscher Lloyd-Bremen und Hamburg - Amerikanische Paketfahrt-Aktien-Gesellschaft (Hapag) und mit ihnen der deutsche Seehandel, ein lebenswichtiges Interesse.

Die Auswandererkarawanen, aus Nationen kommend, deren Körperpflege viel zu wünschen übrig lässt und fast durchgängig der unteren Gesellschaftsklasse angehörig, stellen in ihrer Unreinlichkeit und im Krankheitsfall eintretenden Hilflosigkeit eine sehr grosse Seuche-Einschleppungsgefahr dar. Das nahe und gedrängte Zusammenleben der einzelnen Züge unter sich wird auch der Verbreitung auftretender Seuchen in einem Zuge wesentlichsten Vorschub leisten. Andererseits liegt in dem geschlossenen, sich nicht über Land verstreuten Auftreten dieser Form des Reiseverkehrs ein Moment, welches die Isolirung und Ueberwachung der Auswandererkarawanen sehr erleichtert.

Demzufolge sind folgende Einrichtungen getroffen: An vier Punkten der deutschen Ostgrenze, Bajohren, Eydtkuhnen, Prostken, Otlotschen und ferner im Zentrum des Reiches, in Ruhleben bei Spandau, sind Beobachtungsstationen zum Theil auf Kosten der obengenannten Rhedereien eingerichtet. Schon aus den Namen geht hervor, dass man kleine Oertchen wählte, um Verkehrszentren nicht zu gefährden. Es ist vorgesehen, dass eine Beobachtung zunächst an der Grenze stattfindet, eine zweite kann sich, wenn nöthig, in Ruhleben anschliessen; in Ruhleben werden auch die von Oesterreich kommenden und dort schon beobachteten Auswanderer abgefertigt.

Drei Gebäude sind in jeder Anstalt vorhanden. Zuerst eines ähnlich den modernen Desinfektionsanstalten gebautes, mit einer unreinen Seite nach dem Ausland zu und einer reinen Seite nach dem Reiche zu. Der ankommende Zug hält vor der unreinen Seite und ein anderer Zug, welcher weiterbefördert, hält später auf der reinen Seite. Geeignete Mauern und Personal machen es unmöglich, aus dem ankommenden Zug in den abfahrenden zu gelangen, ohne das Desinfektionsgebäude zu passiren. In diesem wird jeder Reisende (die Geschlechter getrennt) ärztlich untersucht, gebadet und das vollständige Gepäck nebst Kleidung desinfizirt. Jede Seite hat ihre getrennten Aborte und es bleibt dem oft widerstrebenden Wanderer nichts übrig, als entweder sich von seinem Schmutze oder von seiner Reisegesellschaft zu trennen und zurückzubleiben.

Ein zweites Gebäude ist vorhanden, um Kranke zu verpflegen, es muss natürlich vollständig von dem Betrieb der anderen isolirbar sein und geräumig genug auch für grössere Zahlen.

Ein drittes Gebäude dient zur Beobachtung der Ansteckungsverdächtigen, z. B. der Begleitung Erkrankter; dieses muss genügend gross und mit Garten etc. versehen sein, um einen der Inkubationszeit entsprechend langen und dabei gesunden Aufenthalt für viele Personen gewährleisten zu können.

Nöthig ist in der Beobachtungsanstalt ferner ein Laboratorium, in dem bakteriologische, feststehende Diagnosen auf das Vorhandensein spezifischer Erkrankungen gemacht werden können. Dazu wird es des Weiteren geeigneten Personals bedürfen: 1 Arzt, der diese Untersuchungen versteht, ein zweiter, der, im Falle Infektionskrankheiten vorkommen, die Kranken

behandelt, Wachtpersonal, Pflegepersonal, geschulte Desinfektoren und Wirthschaftsführende müssen vorhanden sein.

Ausser dem Bestehen dieser Angestellten bedarf es dann natürlich im Inlande einer gewissen Kontrolle des Zuges, in welchem man die Auswanderer zusammen halten wird, sie um grössere Verkehrszentren herumzuleiten. — Durch geeignete Abortvorrichtungen auf den Bahnhöfen ist den Verseuchungen von Flussläufen vorzubeugen.

Nicht unerwähnt bleibe, dass die Hafenorte Hamburg und Bremen sich wieder gesichert haben, dass nicht bei der Ueberführung von Eisenbahn zum Hafen und bei der Einschiffung Krankheitsverschleppungen vorkommen. So hat Hamburg auf der Elbinsel Veddel ein „Auswandererobdach“, in dem 1000 Menschen auf einmal beherbergt werden können.

Die Auswanderer werden, ohne die Stadt zu berühren, in dasselbe geleitet, machen eine Desinfektion des Gepäcks und der Kleidung sowie ein Bad durch und werden dabei ärztlich untersucht; Erkrankte kommen in das allgemeine Krankenhaus, die Anderen logiren nun in verschiedenen Pavillons, welche eine Trennung der krankheitsverdächtigen Gruppen, der Konfessionen und Nationalitäten ermöglichen, bis ihr Schiff abgeht; 2 Kirchen, eine Synagoge, 2 Speisesäle für Juden und Christen stehen zur Verfügung, die Abwässer der Anstalt werden durch ein Rührwerk mit Chlorkalk desinfiziert; auf das Schiff werden die Auswanderer wieder mit Umgehung der Stadt geleitet. Dabei werden sie vor der Ausbeutung gewissenloser Agenten geschützt, auch im Auslande ihnen widerfahrene Schädigungen bringt man von hier aus in Ordnung. Wer zahlen kann, bezahlt 1 Mk. pro Tag, die Unkosten trägt die Hapag-Linie und der Hamburger Staat.

Die ganze Anstalt, wenn auch schon zwischen dem Rahmen des Eisenbahn-Reiseverkehrs und dem Bereich der Schifffahrt stehend, ist jedenfalls eine Musteranstalt ihrer Art, geeignet, zu zeigen, auf was es ankommt beim Bekämpfen der Seucheneinschleppung auf unseren Verkehrswegen. —

Gesundheitsstatistik deutscher Städte.

Von

Dr. med. W. Hanauer-Frankfurt a. M.

Das Lehrgebiet der öffentlichen Gesundheitspflege findet seine Begrenzung darin, dass es bestimmt präzisirte Forderungen hinsichtlich der hygienischen Beschaffenheit der staatlichen und kommunalen Einrichtungen aufstellt. Wie weit die Forderungen in der Praxis realisiert sind, darüber berichten diese hygienischen Lehrbücher naturgemäss sehr wenig. Um darüber unterrichtet zu werden, muss man andere Quellen in Anspruch zu nehmen. Da kommen zunächst die Verwaltungsberichte der grösseren Städte in Betracht, des Weiteren die hygienisch-topographischen Städtebeschreibungen, die alljährlich gelegentlich der Naturforscherversammlungen und der Versammlungen des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege erscheinen. Ein so reiches Material sie enthalten, sind jedoch alle diese Quellen schwer zugänglich und verwendbar; die städtischen Verwaltungsberichte sind über die betreffende Stadt hinaus kaum erreichbar, die Topographien fixiren zwar den Stand des Gesundheitswesens einer Stadt zu einer bestimmten Zeit, lassen aber keine Vergleiche zwischen den einzelnen Städten zu, weil die Zeit ihres Erscheinens jedesmal eine verschiedene ist. Es giebt nur ein Werk, welches diese Lücke einigermaßen ausfüllt, über viele hier in Betracht kommende Fragen eine Antwort ertheilt und namentlich Vergleiche zwischen den einzelnen Städten zu ziehen gestattet. Es ist dies das Statistische Jahrbuch deutscher

Städte,¹⁾ welches kürzlich zum neunten Mal wieder erschienen ist. Es berücksichtigt nicht ausschliesslich die sanitären Verhältnisse, sondern sucht die gesammten kommunalen Zustände der Städte statistisch zu erfassen, wobei naturgemäss die Finanzverwaltung einen sehr breiten Raum einnimmt. Die einzelnen Abschnitte sind von den Leitern der statistischen Aemter der einzelnen Städte bearbeitet.

Dass auch die hygienische Seite der Städteverwaltung nicht zu kurz gekommen ist, wird sich ergeben, wenn wir einen kleinen Streifzug in dieses Gebiet unternehmen.

Die Statistik umfasst alle deutschen Städte über 50 000 Einwohner, das sind im Ganzen 55. Die Bevölkerung dieser Städte ist seit Gründung des deutschen Reiches von 4,5 Millionen auf 10,7 Millionen gewachsen, hat sich also inzwischen mehr als verdoppelt.

Was die Bevölkerungsbewegung in diesen Städten anlangt, so schwankt die Verehelichungsziffer unter den einzelnen Städten in erheblichem Umfange. Sie war im Jahre 1899 auf das Tausend der Bevölkerung berechnet am höchsten in Mannheim, nämlich 12,45; dann in München 12,13, Nürnberg 12,12, in Essen 12,65, in Frankfurt a. M. 11,31, am niedrigsten in Potsdam mit 6,42 pro Mille, Münster 7,62 und Frankfurt a. Oder 8,08. Bei diesen Differenzen ist der ungleichmässige Altersaufbau der Bevölkerung in den einzelnen Städten zu berücksichtigen, bei den die niedrigste Frequenz aufweisenden Städten kommt der Einfluss der Garnison in Betracht. — Auch die Geburtsziffer schwankt in weiten Grenzen — zwischen 21,34 pro Mille in Potsdam und 45,95 in Duisburg. Die rheinisch-westfälischen Industriestädte stehen an der Spitze. Nach Duisburg kommt Essen mit 45,59, Dortmund mit 45,53, Bochum mit 45,04, über 40 pro Mille betrug die Geburtenziffer ausserdem noch in Nürnberg, Mannheim, Chemnitz, Düsseldorf, Köln, M.-Gladbach. Durch niedrige Geburtsziffern zeichnen sich aus ausser Potsdam Metz mit 25,94, Wiesbaden 25,78, welchen sich Darmstadt mit 27,21, Erfurt mit 27,88 und Berlin mit 27,93 pro Mille anschliessen.

Uebersaus gross sind die starken Gegensätze zwischen einzelnen Teilen Deutschlands hinsichtlich der Unehlichkeitsquote! Während in den meisten Städten Rheinlands und Westfalens sich der Antheil der Unehlichen zwischen 3—5 Prozent der Geborenen hielt, machten sie in den bayrischen Städten, ferner in Dresden, Leipzig, Metz, Strassburg, Freiburg i. B. ungefähr ein Fünftel aller Geborenen aus. Am höchsten stand München mit 27 Prozent. Vergleicht man die Zahl der Todtgeborenen mit den Geborenen überhaupt, so ergeben sich die niedrigsten Sätze 19,44 pro Mille für M.-Gladbach, 19,87 für Würzburg, die höchsten 50,8 für Mühlhausen i. Els. und 48,81 für Mainz. Der Knabenüberschuss unter den Geborenen stieg bis zu 6,36 Prozent der Geborenen in Kassel, dagegen überwog das weibliche Geschlecht in Erfurt und Elberfeld.

Die Sterblichkeitsziffer war 1899 am höchsten in Bochum mit 27,93 pro Mille der Bevölkerung, es folgen Breslau mit 26,57, Stettin mit 26,47, Chemnitz mit 25,89, Halle, Nürnberg, Königsberg, Posen, Duisburg, sämmtlich mit über 25 pro Mille; die niedrigste Ziffer hatten Charlottenburg 16,01, Wiesbaden 16,68, Kassel 17,17, Frankfurt a. M. 17,28, Barmen 17,51, Bremen 17,82, Erfurt 17,99. Die relative Höhe der allgemeinen Sterblichkeit war wesentlich durch das Mass der Kindersterblichkeit beeinflusst; in allen Städten mit hoher Sterblichkeitsziffer war auch die Zahl der gestorbenen Kinder gross, in Bochum betrug sie mehr als die Hälfte aller Fälle,

¹⁾ Statistisches Jahrbuch deutscher Städte. Herausgegeben von Dr. M. Neefe, Direktor des statistischen Amtes der Stadt Breslau. Breslau 1901. Verlag von Wilh. Gottl. Korn.

in Chemnitz fast die Hälfte; umgekehrt entsprechen einer kleinen allgemeinen Sterblichkeitsziffer in der Regel auch niedrige Sätze der Kindersterblichkeit; jedoch erscheint, wie Böckh hervorhebt, in einzelnen Städten, namentlich wo der Antheil der im kräftigsten Mannesalter stehenden Personen ein sehr bedeutender ist, trotz hoher Säuglingssterblichkeit eine niedrige oder nur mässige allgemeine Sterblichkeitsziffer.

Werden die vor Vollendung des ersten Lebensjahres Gestorbenen mit den Geborenen verglichen, so starben in Bochum, Chemnitz und Stettin mehr als ein Drittel der Geborenen, in Frankfurt a. O., Zwickau, Liegnitz, Plauen, Augsburg ungefähr drei Zehntel, während die Kindersterblichkeit in Darmstadt, Wiesbaden, Barmen und Charlottenburg am niedrigsten ist und ungefähr ein Sechstel der Geborenen beträgt.

Von grossem Interesse wäre es nun, die Sterblichkeitsziffer in den verschiedenen Städten in Parallele zu setzen mit der gesundheitlichen Beschaffenheit derselben. Am naheliegendsten ist es, die Art der Städtereinigung hier ins Auge zu fassen. Das Jahrbuch berichtet, wie Abfuhr und Kanalisation in 50 Städten beschaffen ist. Kanalisirt sind von diesen gerade die Hälfte. Bei den anderen findet die Abfuhr theils aus Senkgruben, theils mittelst Tonnen statt. Abfuhr aus Senkgruben, deren Inhalt meist auf pneumatischem Wege herausgepumpt wird, finden wir noch bei 20 Städten, das Tonnensystem bei 5 Städten. Durch Kanäle findet die Beseitigung der Fäkalien mit Einleitung direkt in die Flussläufe statt bei 16 Städten (bei 6 derselben besteht daneben noch Abfuhr), mit Einleitung auf Rieselfelder bei 9 Städten. Vergleicht man die Sterblichkeitsziffer der verschiedenen Städte mit der Beschaffenheit ihrer Reinigung, so ergibt sich die beachtenswerte Thatsache, dass von den 14 Städten, welche die höchste Sterblichkeitsziffer aufweisen, nämlich eine solche über 24 pro Mille, 10 einer Kanalisation entbehren, bei einer, Stettin, findet die Beseitigung der Fäkalien neben der Kanalisation noch durch Abfuhr statt und nur bei drei derselben besteht eine vollständige Kanalisation. Es mag davon abgesehen werden, hieraus weitergehende Schlüsse zu ziehen; das dürfte um so schwieriger sein, weil eine Anzahl Städte, nämlich Karlsruhe, Kiel, Krefeld, Barmen, Erfurt, eine sehr niedrige Sterblichkeitsziffer aufweisen, obwohl sie nicht kanalisirt sind. Die Kosten des Betriebes und der Unterhaltung der Kanalisation schwanken in den verschiedenen Städten zwischen weiten Grenzen. So wird dafür in Liegnitz 4 M. pro Kopf der Bevölkerung jährlich ausgegeben, in Potsdam 2,07 M., in Frankfurt a. M. 1,21 M., dagegen in Görlitz nur 7 Pfennige, in Aachen gar 3 Pfennige. Auch die Kosten der Strassenreinigung und Besprengung differiren sehr erheblich. Am meisten für Strassenreinigung wendet die Stadt Köln auf, nämlich 2,24 M. pro Kopf der Bevölkerung, es folgen Hamburg mit 2,07 M. und Mainz mit 2,06 M., die geringsten Kosten für Strassenreinigung erwachsen der Stadt München, nämlich 0,37 M. pro Kopf, in Breslau 0,58 M. Mehr wie einmal täglich werden die Hauptstrassen gereinigt in Hamburg (2mal täglich), in Duisburg (1—2mal) und Dresden (1—3mal), in den übrigen Städten findet die Reinigung einmal täglich oder noch seltener statt. — Hinsichtlich der Intensität der Strassenbesprengung steht Frankfurt a. M. an der Spitze aller Städte. Es wird dort in den Sommermonaten täglich 2—5 mal gesprengt, während sich die meisten Städte mit einer durchschnittlich zweimaligen Besprengung begnügen (Berlin, München und Hamburg 2 mal). Die Menge des verbrauchten Wassers pro Kopf der Bevölkerung beträgt demnach auch in Frankfurt a. M. am meisten, nämlich 2246 l, in Berlin 687 l, München 250 l, am wenigsten in Danzig, 132 l. Die Kosten

der Besprengung schwanken pro Kopf der Bevölkerung von 33 Pf. (Dresden) bis 3 Pf. (Frankfurt a. O. und Krefeld).

Was die Wasserversorgung anlangt, so entfällt pro Kopf der Bevölkerung des Versorgungsgebietes und Tag das höchste Quantum in Freiburg i. Br., nämlich 288,2 l, es folgen Lübeck mit 253 l, Dortmund 251 l, Augsburg 235 l und Würzburg 218 l, dagegen entfallen in Berlin nur 76 l auf den Kopf, in Plauen 31 l und am wenigsten in Spandau, nämlich 29 l.

Von grossem Interesse ist es auch zu betrachten, wie weit die Wasserversorgungsanlage durch die Abgabe in Anspruch genommen ist. Das ist in Karlsruhe mit 27 % der Fall, in Wiesbaden mit 27,33 %, in Berlin dagegen mit 96,95 %, in Frankfurt a. M. mit 98,55 %. In letzterer Stadt ist, um der drohenden Wassernoth vorzubeugen und die Wasservergeudung, die angeblich 25 % der Abgabe betragen soll, hinanzuhalten, zur Zeit die Einführung von Wassermessern vorgesehen.

Betrachten wir nunmehr noch die Thätigkeit der Städte auf dem Gebiete der sozialen Hygiene. Was die Bauthätigkeit in den Jahren 1898 und 1899 resp. 1898/99 und 1899/1900 anlangt, so bemerkt man, dass fast überall der grösste Theil der neugebauten Wohnungen auf die kleinen Wohnungen, d. h. die 1—3zimmerigen entfällt. Nur in Dortmund, Duisburg, Magdeburg und Stettin wurden mehr Wohnungen von 4 Zimmern und mehr errichtet, als kleine Wohnungen. Wie weit mit Herstellung der letzteren dem Wohnungsbedürfniss der Arbeiter in den einzelnen Städten genügt ist, lässt sich aus den Tabellen nicht entnehmen, da nur absolute Ziffern angegeben sind. Letztere lassen ersehen, dass die Bauthätigkeit an kleinen Wohnungen am grössten war in Dresden — 2844 kleine Wohnungen in 1898, 3137 in 1899 — ferner in Leipzig: 2879 in 1898 und 2532 in 1899, und München: 2746 kleine Wohnungen in 1898.

Ueber tausend kleine Wohnungen wurden noch errichtet in Bremen, Charlottenburg, Danzig, Hamburg, Köln und Königsberg. Am geringsten war die Produktion an kleinen Wohnungen dagegen in Frankfurt a. O. (67 Wohnungen) in Duisburg 68 und in Dortmund 159. Die Zweizimmerwohnung, die Normalwohnung des Arbeiters, ist unter den neuerbauten Kleinwohnungen numerisch fast überall am stärksten vertreten. Nur in Königsberg und Danzig überwiegen die Einzimmerwohnungen numerisch ganz bedeutend über die übrigen, während in München und Stuttgart mehr Dreizimmerwohnungen gebaut wurden als Zweizimmerwohnungen. Ein Theil dieser kleinen Wohnungen wird überall von gemeinnützigen Gesellschaften errichtet. Eine besondere Zusammenstellung über dieselben ergibt, dass dieselbe nirgends einen bedeutenden und besonders ins Gewicht fallenden Umfang hatte. Die grösste Intensität entwickelte die gemeinnützige Bauthätigkeit in Altona, sie errichtete 143 Wohnungen, es folgte Dortmund mit 106 Wohnungen, in den anderen Städten betrug die Zahl weniger wie 100. An diese Wohnungen wird gemeinlich die Anforderung gestellt, sie sollen hygienische Musterwohnungen sein. Das scheint jedoch nicht überall der Fall zu sein, so bezüglich der Zahl der heizbaren Zimmer. In Danzig waren z. B. bei 74 errichteten Wohnungen 74 heizbare Zimmer und 59 nicht heizbare, in Halle bei 22 Wohnungen 32 heizbare Zimmer und 22 nicht heizbare. Auch küchenlose Wohnungen wurden vielfach gebaut, so wurde in Aachen bei 30 Wohnungen nur eine mit Küche gebaut, in Köln unter 43 Wohnungen nur 9 mit Küchen.

Von besonderem Interesse ist im Jahrbuch der Abschnitt über die chemischen Untersuchungsämter, der im Jahrbuch zum ersten Mal erscheint. Oeffentliche amtliche Untersuchungsanstalten im Sinne des § 17 des Nahrungsmittelgesetzes bestehen in 27 Städten. Sie zeigen ein recht bunt-

scheckiges Aeussere und lassen bestimmte Grundsätze für die Verleihung dieses Charakters nicht erkennen. Staatliche Anstalten mit vom Staate angestellten Beamten befinden sich in Bremen, Hamburg, München, Würzburg und Karlsruhe. Die städtischen Anstalten zerfallen in zwei Kategorien. Bei der einen sind die Angestellten städtische Beamte, bei der anderen Kategorie haben die Städte Verträge mit Privatchemikern abgeschlossen, wonach dieselben verpflichtet sind, die erforderlichen Untersuchungen in ihren eigenen Privatlaboratorien auszuführen. Sie sind an den städtischerseits festgesetzten Tarif gebunden und ihre Anstalt steht unter Kontrolle der Stadt. In Mainz wird das Untersuchungsamt von der Provinzialverwaltung, in Kiel von der Landwirtschaftskammer, in Strassburg vom Staate, der Stadt und einem Privatchemiker zusammen unterhalten. Die Zahl der Beanstandungen beträgt für die Gesamtheit der Städte mit Ausnahme von Mainz 15,1 % der Proben. Verhältnissmässig am häufigsten Beanstandungen erfolgten in Dresden (38,8 %) und Stuttgart (33,4 %) und zwar in beiden Städten in der Hauptsache bei Milchuntersuchungen, den niedrigsten Prozentsatz fanden wir in Breslau (5,1 %) und Krefeld (6,4 %).

Zu dem Kapitel über Armenpflege und Wohlthätigkeit findet sich die Organisation des armenärztlichen Dienstes in den vorhandenen Städten beschrieben, ebenso Angaben über die Zahl der Armenärzte und ihre Honorarverhältnisse. Interessenten werden wegen der Details auf das Jahrbuch selbst verwiesen.

Referate.

Chirurgie.

Ueber luetische Gelenkentzündungen.

Von Dr. Borchard.

Dirig. Arzt der chir. Abth. des Diakonissenhauses in Posen.
(Deutsche Zeitschr. für Chirurgie, B. 61, Heft 1 und 2).

Die luetischen Gelenkerkrankungen sind in zwei grosse Gruppen einzutheilen. Primär werden die Gelenke sowohl im akuten Stadium der Erkrankung beim Ausbruch des Exanthems, als auch in der tertiären Periode sowie bei angeborener Lues ergriffen. Sekundär erfolgt die Erkrankung nur bei den beiden letzten Formen durch Uebergreifen vom Periost oder dem Knochen aus.

Die erste Form, welche in einem akuten Erguss in das Gelenk mit Schwellung der Gelenkkapsel besteht, ist auf eine Generalisirung der Syphilis im Körper zurückzuführen; sie entspricht dem auch bei anderen Infektionskrankheiten auftretenden Gelenkhydrops. — Für die zweite Art der primären Erkrankung ist die in der Gelenkkapsel, im parasynovialen Gewebe oder im Gelenkknorpel gelegene Gummabildung charakteristisch. Im weiteren Verlauf kommt es zur Bildung von Zotten und Polypen, welche wahrscheinlich zur Bildung freier Gelenkkörper führen können. Ein mehr oder minder starker Erguss pflegt selten zu fehlen und kann besonders im Anfange der Erkrankung die übrigen Erscheinungen verdecken. Niemals entwickelt sich ein solcher chronischer Hydrops aus einem akuten Erguss; tritt vielmehr erst dann ein, wenn es zur Bildung miliarer Gummata und zur Proliferation von Zotten gekommen ist; er gehört also der tertiären Periode oder der angeborenen Lues an. Verfasser führt ein Beispiel dieser Form mit Obduktionsbefund an.

Die sekundäre Form entsteht entweder dadurch, dass eine syphilitische Osteomyelitis oder ein Gumma in das Gelenk durchbricht, oder dass eine luetische Knochenhautentzündung zur Erkrankung der Gelenkkapsel führt, oder dass von einem

syphilitischen Prozess in der Gegend der Epiphysenlinie aus das Gelenk in Mitleidenschaft gezogen wird. Diese Prozesse beginnen gewöhnlich mit den bekannten nachts exacerbirenden Schmerzen und befallen in der Regel die Fingerglieder.

Die Therapie, welche bei allen Formen in antiluetischer Behandlung unter Zuhilfenahme der übrigen Behandlungsweisen von Gelenkleiden zu bestehen hat, führt nicht immer zum erwünschten Ziele, besonders in den Fällen, wo schon grössere organische Veränderungen eingetreten sind.

Niehues-Berlin.

Weitere Erfahrungen über seidene Sehnen.

Von Dr. Fritz Lange,

Privatdozent an der Universität München.

(Münchener Med. Woch. 1902, No. 1.)

Verfasser hat seine Sehnentransplantations-Verfahren dahin weiter ausgebaut, dass er die so oft nothwendige Verlängerung der Sehne des kraftspendenden Muskels durch Seidenfädenbündel bewerkstelligte, die mit einem Ende in der Sehne verflochten wurden, mit dem anderen an einer der erwünschten Zugrichtung entsprechenden Perioststelle befestigt wurden.

In den 56 Fällen seiner Beobachtung erzielte er nicht nur primäre Einheilung der Seidensehnen, sondern auch durchweg befriedigende funktionelle Resultate. Letzterer Umstand ist vor Allem der Möglichkeit zu danken, dass ohne Gefahr der Nekrose der Sehne eine so erhebliche Spannung des kraftspendenden Muskels ausgeführt werden konnte, wie niemals, wenn die Sehne selbst zur Verlängerung benutzt und dazu gespalten oder erheblich gedehnt wurde.

Die anatomische Erklärung des guten funktionellen Resultates erhielt Verfasser an einem bei einer Nachoperation mit seiner Hülle entfernten Seidensehnenstück. Die Seidensehne war umwachsen von sehnenartigem Gewebe in Dicke von 2 bis 3 mm. In Folge Unvorsichtigkeit beim Tragen von Schnürschuhen, ungenügender Polsterung, schnitt in zwei Fällen die von abgespaltenen Theilen des Gastrocnemius aus nach vorn zum Fussrücken verlaufende Seidensehne, welche, die Dorsalflexion besorgend, die Haut stark spannte, durch. Der Arbeit sind 6 erläuternde Zeichnungen beigelegt. Seelhorst.

Ein weiterer Fall von äusserem Schenkelbruch.

Von Dr. F. Bähr-Hannover.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 62, Heft 1 u. 2.)

Der Austritt von Baueingeweide durch die Lacuna muscularum war in einem vom Verf. beobachteten Falle dadurch zu Stande gekommen, dass ein Arbeiter, welcher auf einem rollenden, plötzlich zum Stehen kommenden Wagen stand, um sich vor dem Umfallen zu schützen, eine heftige Bewegung machte, wobei das rechte Bein die Wucht des Stosses aufzuhalten hatte. Trotz starker Schmerzen konnte der Mann zu Haus gehen. Am folgenden Tage wurde eine Schwellung in der Leistengegend festgestellt, welche jedoch bald zurückging. Nach 2 1/2 Monaten trat die Schwellung bei Ausführung schwerer Arbeit erneut auf.

Der Kranke stellt den Fuss auswärts rotirt auf; Innenrotation ist schmerzhaft. Zwischen Crista ilei anterior superior und Austrittsstelle der Schenkelgefässe fühlt man eine harte, elastische, wenig druckempfindliche Anschwellung, welche unter der Leistenbeuge 3 Finger breit hervorragt; sie verschwindet beim Beugen des Oberschenkels unter feinem Gurren, um bei Streckung wieder hervorzutreten. Beim Gehen entsteht ein nach unten ausstrahlender Schmerz, so dass der Kranke im Knie leicht einknickt.

Gelegentlich einer gutachtlichen Beurtheilung des Falles äusserte B. sich dahin, dass durch den Unfall im Befinden des Kranken eine Verschlimmerung, wahrscheinlich durch Eintritt

einer grösseren Masse von Baueingeweide in den Bruchsack hervorgerufen, eingetreten sei, weshalb eine Rente von 15 Prozent in Vorschlag gebracht wurde. Niehues-Berlin.

Ueber Spiralfrakturen des Oberschenkels.

Von Assistenzarzt Dr. W. Dietzer.

(Aus dem Bürgerhospital zu Köln Dir. Geheimrath Bardenheuer.)

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie; Band 61, Heft 1 und 2.

D. hat 150 Brüche der Oberschenkeldiaphyse, welche in den letzten 3 1/2 Jahren im Bürgerhospital zu Köln zur Behandlung kamen, zusammengestellt und erörtert an der Hand der von ihm angefertigten Röntgenbilder die Frage, in wie weit unsere Kenntnisse von den Spiralfrakturen mit den thatsächlichen Befunden übereinstimmen und in welchen Punkten sie der Abänderung bedürfen.

Die Spiralbrüche des Oberschenkelschaftes sind nicht so selten, als man anzunehmen geneigt ist. Unter 150 Brüchen fanden sich 68 Prozent Querbrüche, 16 Prozent Schrägbrüche, 6 Prozent Schrägbrüche mit steil verlaufender spiraliger Bruchlinie und 10 Prozent Spiralbrüche. Lässt man das erste Lebensjahrzehnt ausser Betracht, welches ausserordentlich zahlreiche Querbrüche liefert, so steigt die Zahl der Spiralbrüche auf 20 Prozent.

Die Spirallinie des Bruches, welche stets der einwirkenden Gewalt entgegengesetzt verläuft, ist beim rechten Oberschenkel links, beim linken rechts gewunden; Ausnahmen kommen vor. In allen Fällen verband eine der Längsachse des Knochens parallel verlaufende Linie die Spirallinien unter einander; zuweilen fanden sich zwei derartige Linien, welche ein rautenförmiges ausgesprengtes Knochenstück zwischen sich liessen.

Die Bruchlinie lag in 54 Prozent der Fälle in der Mitte des Oberschenkels, während sie in je 23 Prozent an der Grenze des mittleren und oberen, bzw. unteren Drittels verlief. Ersterer Sitz fand sich meist im höheren Alter.

Bezüglich der Entstehungsursache ist zu berichten, dass fast alle in den ersten 10 Lebensjahren beobachteten Querfrakturen, die in der grössten Mehrzahl in der Mitte des Oberschenkels ihren Sitz hatten, durch indirekte Gewalt entstanden. Dagegen mehrte sich die Zahl der durch direkte Gewalteinwirkung verursachten Querbrüche in den übrigen Lebensjahren und zwar so, dass die zwischen dem 30. und 40. Lebensjahre beobachteten Querbrüche sämtlich direkte Frakturen waren.

Die Schräg- und Spiralbrüche waren mit je einer Ausnahme indirekte Frakturen und durch Fall auf die Beine, welche bei den Spiralbrüchen zugleich eine Drehung erhielten, entstanden.

Wie kommt es nun, dass die torquierende Kraft erst am Oberschenkel ihre Wirkung äussert, obschon sie sich doch am ganzen Oberschenkel gleichmässig geltend macht? Beim Fall auf die Füße sind diese als Punktum fixum anzusehen; die Torsionskraft wirkt also zunächst auf das Fussgelenk, welches ihr jedoch in Folge seines Baues und der kräftigen Entwicklung seiner Bänder wirksamen Widerstand entgegensetzt. Die Kraft greift jetzt am Unterschenkel, an der Tibia an und führt an der Stelle ihrer geringsten Torsionsfähigkeit, in der Mitte der unteren Hälfte des Knochens häufig zum Bruch; die Torsionsbrüche des Unterschenkels sind viel zahlreicher als die des Femur. Demnächst theilt sich die drehende Gewalt dem Kniegelenk, dem Oberschenkel und dem Hüftgelenk mit. Da nun der Oberschenkel schon bei Einwirkung einer Torsionskraft von 40 bis 140 kg bricht, während die Bänder der Gelenke erst bei 275 bis 600 kg einreissen, so ist die Häufigkeit der Brüche des Femurschaftes verständlich.

Die Behandlung der Brüche geschah durch longitudinale Extension, welcher im Bedarfsfalle Quer- und Rotationsextension hinzugefügt wurde. Sie nahm bis zur Konsolidation durch-

schnittlich 45 Tage in Anspruch. Das Resultat ist bei einer Durchschnittsverkürzung von 2 cm ein geradezu ideales zu nennen. Niehues-Berlin.

Die Luxation der Kniescheibe durch Verschiebung nach oben.

Von G. Maillefert, Arzt in Culm a. W.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. B. 60, Heft 1 u. 2.)

Der von M. beobachtete Kranke fiel vor 15 Jahren auf der Strasse mit stark gebeugtem linken Knie gegen eine steinerne Bordschwelle. Das Knie war stark geschwollen, und Beugungsversuche ausserordentlich schmerzhaft; ein Arzt wurde nicht zugezogen. Patient verliess nach 4 Wochen das Bett und hat seit dieser Zeit Beschwerden nicht mehr gehabt.

Der jetzige Befund ist folgender. An Stelle der Kniescheibe befindet sich eine Rinne, welche von den beiden Kondylen des Oberschenkelknochens gebildet wird. Sie ist oben von einer rundlichen Vorwölbung, der Kniescheibe, überragt, welche nach allen Seiten, nach unten fast bis in ihre normale Lage, verschieblich ist. Wird dieselbe durch Streckung des Knies stark nach oben gezogen, so spannt sich ein 2,5 cm breiter, derber zur Tuberositas tibiae verlaufender Strang an. Das Knie kann mit grosser Kraft gestreckt werden; Atrophie der Oberschenkelmuskulatur besteht nur in geringem Grade.

Bei der Entstehung der Verletzung hat es sich um einen Einriss im Ligamentum patellae gehandelt, ohne den das Zustandekommen der Luxation nach oben nicht denkbar ist. Der Riss kann aber kein vollständiger gewesen sein, sonst hätte der Kranke nicht unmittelbar nach der Verletzung gehen können; auch wäre eine so gute Heilung ohne eigentliche Behandlung nicht erfolgt. Niehues-Berlin.

Eine seltene Verletzung des Fussgelenks.

Von Dr. Mertens.

(Aus der chirurg. Univ.-Klinik zu Leipzig,

Dir. Geheimrath Trendelenburg.)

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 61, Heft 5 bis 6.)

Es handelte sich um eine isolierte Subluxation des unteren Gelenkes der Tibia nach der medialen Seite, verbunden mit einer Schrägfraktur der Fibula in der Mitte des Schaftes. Ihre Entstehungsursache konnte nicht genau festgestellt werden. Die Verletzung machte zunächst den Eindruck einer doppelten Malleolenfraktur; erst das Röntgenbild brachte Aufklärung. Die Behandlung, Gipsverbände u. s. w., führte zu einem befriedigenden Resultate. Niehues-Berlin.

Neurologie.

Ein Fall von intermeningealer Hämorrhagie.

Von Dr. Béla Székacs.

(Ungarische medicinische Presse 1901, No. 10.)

Der kräftig gebaute Patient wurde in vollständig bewusstlosem Zustande von der freiwilligen Rettungsgesellschaft in das Krankenhaus eingeliefert, ohne dass die Transporteure irgend welche Auskunft zu geben imstande waren. Der Zustand des Patienten sprach am ehesten für eine durch Trauma verursachte Gehirnerschütterung oder intrakranielle Blutung. Am folgenden Tage erst erfuhr Verf., dass Patient, der von Beruf Pferdehändler war und sich bisher vollständiger Gesundheit erfreute, gestern plötzlich zusammenbrach. Die weitere Beobachtung schien die Diagnose einer intermeningealen Blutung vollkommen zu sichern. Ohne das Bewusstsein vollständig wieder erlangt zu haben, starb der Patient am 4. Tage nach der Einlieferung. Der Sektionsbefund bestätigte vollkommen die klinische Diagnose. Die Gehirnschubstanz war intakt, bloss die Gyri waren infolge des erhöhten intrakraniellen Druckes abgeflacht. Als Ursache des erhöhten Druckes war eine Blu-

tung anzusehen, welche durch Ruptur eines Aneurysmas der A. corporis callosi entstanden war. Lb.

Ueber das Westphal-Piltzsche Pupillenphänomen.

Von Dr. Fritz Schanz-Dresden.
(Berl. Klinische Wochenschrift 1901, No. 42.)

Das von A. Westphal beschriebene Phänomen (Verengerung der Pupille beim Versuch, den Musculus orbicularis oculi energisch zuzukneifen) wurde von ihm zumeist in Fällen von reflektorischer Starre bei weiten oder mittelweiten Pupillen, nur einmal bei einer Hysterica mit gut reagirenden Pupillen gefunden und als Mitbewegung aufgefasst, bei welcher der Musc. sphincter iridis und der Pupillarast des Oculomotorius in Betracht käme. Fast zu gleicher Zeit beschrieb Piltz das gleiche Phänomen bei etwas anderer Versuchsanordnung als besonders häufig bei Paralytikern vorkommend und fasste es als Mitbewegung bei willkürlichem Lidschluss auf. Galassi, der das Symptom schon 1887 kannte, hatte ein extradurales Oculomotoriusstück verdickt, viele seiner Nervenfasern atrophisch gefunden und daraus geschlossen, dass das Symptom bei peripherer Oculomotoriusparalyse vorkommen und zur Unterscheidung dieser von einer zentralen dienen könne.

Schanz kommt nach seinen Beobachtungen zu der Ansicht, das Phänomen komme mechanisch durch Stauung in der Iris in Folge heftigen Zukneifens des Auges bei nicht ganz normalen, am Besten mittelweiten Pupillen zu Stande und lasse weiter keinen Schluss zu, als dass die Pupille nicht ganz normal innerviert sei. Samuel.

Studien über die Pathologie des Ciliarganglions bei Menschen, mit besonderer Berücksichtigung desselben bei der progressiven Paralyse und Tabes. Vergleichende Studien mit dem Ganglion Gasseri und cervicale supremum. Bedeutung des Ciliarganglions als Zentrum für den Sphincter iridis bei Menschen.

Von Alessandro Marina.
(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 20. Bd., 5. u. 6. Heft.)

V. untersuchte, um nur dies zu erwähnen, 36 Fälle von Paralyse. In allen Fällen mit guter Pupillenreaktion waren die Ciliarganglien und -Nerven normal; bei den Paralytikern aber, deren Pupillen fehlerhaft reagierten, und bei Tabes wiesen die Ciliarganglien und meistens auch die Ciliarnerven eine mehr oder weniger ausgesprochene Erkrankung auf; dieser Befund weist auf die hohe Wichtigkeit des Ganglion ciliare als peripheres Zentrum des sphincter iridis hin.

Ernst Schultze.

Ueber Paresen des n. facialis nach Spontangeburt.

Von E. Kehrer.
(Centralbl. f. Gyn. No. 39, 1901.)

Ein neuer Fall von Facialisparesie nach spontaner Geburt.

Von Gröne.
(Ebenda No. 45)

Kehrer beschäftigt sich gründlich mit obiger Frage. Er unterscheidet 1. die doppelseitigen zentralen Lähmungen, beruhend auf Defekt im Facialiskernzentrum. 2. Zentrale und periphere Lähmungen, deren Grund in Fällen von engem Becken oder im räumlichen Missverhältniss zwischen Kopf und Becken liegen. Von den engen Becken kommen speziell die platten und die dabei häufige Vorderscheitelbeinstellung in Betracht. Dabei kann die Lähmung eine zentrale sein, wohl bedingt durch Blutextravasate in der Gegend des Facialiszentrum oder an der Gehirnbasis, da, wo der Nerv dieselbe verlässt.

Die peripheren Lähmungen entstehen entweder durch Quetschung innerhalb der Felsenbeinpyramide, indem die Schädelbasisknochen sich mit den Knochen des Schädeldaches in sagittaler Richtung verschieben, wenn der Kopf am Promontorium vorbeitrifft. Oder der Nerv wird durch ein Oedem bzw. Blutextravasat am foramen stylomastoideum komprimiert.

Grönes Fall hat eine besondere Ursache in einer Exostose, die rechts an der inneren Seite der Symphyse sass. Ausserdem ist die Geburt in Gesichtslage verlaufen.

Schwarze.

Zur Behandlung der traumatischen Myelasthenie.

Von Dr. Georg Müller, Spezialarzt f. Orthopaedie.
(Allg. Med. Centr. Ztg. 1902.)

Der Versuch, Unfallnervenschwäche mit vorwiegenden spinalen Beschwerden durch Anlegen von Gypskorsets zu bessern, ergab dem Verfasser in 3 Fällen, 2 reinen und einem mit Leberkrebs komplizierten, gute Resultate. Die Behandelten erholten sich sichtlich und gaben selbst Linderung der Beschwerden zu. Müller sieht sich dadurch ermuthigt, in allen einschlägigen Fällen Hessing'sche Korsets anzuwenden.

Vor der Verallgemeinerung dieses Verfahrens wird man gut thun, weitere Versuche abzuwarten. Es fehlt in der Veröffentlichung jede Andeutung darüber, ob die Erwerbsfähigkeit der Behandelten sich nachweislich und dauernd gesteigert hat. Erst dies kann der Prüfstein für eine Methode sein, deren Anwendung den sonst mit Nerverschwachen gemachten Erfahrungen eben nicht entspricht.

Ohrenheilkunde.

Syndrome otique de l'hystérie.

Von Fleury Chavanne.
(La Parole No. IX, X. Paris 1901.)

Unter fünfzig Hysterischen fand Ch. 14 Ohrgehörnde, an den Ohren der übrigen 36 erhob er pathologische Befunde und zwar nur siebenmal halbseitig. Fast konstant finden sich Störungen am Ohr, die unabhängig von der Hautsensibilität auftreten. Auch Sensibilitätsstörungen der Ohrgegend sind weder von der Hautempfindung noch von den Erscheinungen am Gehörorgan abhängig. Anästhesie des knöchernen Gehörganges und Trommelfells ist selten. Hysterogene Zonen, an denen hysterische Symptome, Spasmen, hypnotische oder lethargische Zustände durch Druck ausgelöst werden, finden sich selten an verschiedenen Teilen des Ohres. Hyperästhesie ist häufiger an Gehörorganen, die durch pathologische Veränderungen hierzu prädisponiert sind. Das Hörvermögen ist unabhängig von der Sensibilität vermindert und zwar mehr für Knochen- als für Luftleitung. Halbseitige Schwerhörigkeit neben gleichseitiger Hyp- oder Anästhesie ist sehr selten. Der Weber'sche Versuch fällt aus wie bei nervöser Schwerhörigkeit. Die Versuche von Rinne-Gellé ergeben positives Resultat. Schmerzhaftes Hyperakusis kann zu hysterischen Krisen führen. Die Hysterie hat also einen verschlimmernden Einfluss auf Ohrenleiden. Sie bringt am gesunden Ohr bestimmte Symptome hervor, die jedoch der Patient meist nicht bemerkt. Andererseits steigern Ohr-affektionen die hysterischen Phänomene oder rufen solche hervor. Die Erscheinungen am Ohr gehören also zum Bild der Hysterie und vervollständigen die Diagnose. (Illustrationen durch Hartmannsche Diagramme.) N-y.

Ein Fall von Fremdkörperabscess in der Ohrgegend.

Von Reimar.
(Berl. Klin. Wochenschr. 1901. No. 46.)

Es handelt sich in diesem Falle um einen durch das Eindringen eines Fremdkörpers in eine Wunde der Stirnscheitel-

gegend vor geraumer Zeit entstandenen Abscess der rechten Schläfenregion. Vor 15 Jahren war dem Patienten gelegentlich eines Unfalles ein Steinstückchen (Quarz) unter der verletzten Haut zurückgeblieben. Zwei Mal traten in der Zwischenzeit schwerere, drei oder vier Mal leichtere Entzündungen auf, während in den langen Pausen dazwischen der noch unter der Haut befindliche Stein sich durch keinerlei Beschwerden bemerkbar machte. Bei dem ersten schweren Anfall hatte sich ein ausgedehnter subkutaner Abscess gebildet, der scheinbar völlig ausheilte, nachdem durch einen Einschnitt unter dem Warzenfortsatz, ziemlich weit weg vom Ursprungsorte der Verletzung, der Eiter entleert worden war. Die anderen Male gingen die Entzündungserscheinungen bald spontan zurück. Aber erst mit der wirklichen Entfernung der Ursache, des Quarzstückes, trat endlich definitive Heilung ein.

Hg.

Hygiene.

Ueber den Stand der Gasheizung.

Von Prof. H. Junkers - Aachen.

Vortrag, gehalten in der III. Versammlung von Heizungs- und Lüftungsfachmännern.

(Ges. Ing. 31. Januar 1902. S. 20.)

Vortragender weist zunächst auf die Nothwendigkeit hin, mit unsern Kohlenlagern sparsamer umzugehen und bezeichnet die Gasheizung, d. h. die Verwendung der in der Kohle enthaltenen Energie in Gasform als ein wichtiges Mittel, der grossen Inanspruchnahme unserer Kohlenvorräthe vorzubeugen. Die Vortheile der Gasheizung gegenüber der Kohlenheizung sind neben der grösseren Oekonomie im Brennstoffverbrauch folgende:

1. Die expansive Kraft des Gases ermöglicht leichten Transport und Vertheilung von der Erzeugungsstelle durch Röhren zu entfernten Verbrauchsstellen mit gleichzeitiger steter Bereitschaft zur Benutzung.

2. Beim Gas ist in der Energie des ausströmenden Gases ein genügendes Mittel zu primärer Zugerzeugung vorhanden, welche letztere bei der Kohlenheizung nur unter schädlicher Beeinflussung der Wärmeausnutzung möglich wird.

3. Diese Art der Zugerzeugung durch Ausnutzung der Ausströmungsenergie des Gases ist nicht nur bei der Ingangsetzung des Verbrennungsprozesses, sondern auch für seine Unterhaltung von Wichtigkeit: die Zugerzeugung wird unabhängig von einem mit heissen Gasen betriebenen Schornstein, der Brennstoff wird mehr ausgenutzt.

4. Die Regulirung der im Ofen erzeugten Wärmemenge ist bei den gasförmigen Brennstoffen wesentlich einfacher, weil dieselbe beim Gase durch die Menge des zugeführten Brennstoffes vermittelt wird, wobei immer die Luft im Ueberschuss vorhanden ist. Bei der Kohle ist der Brennstoff im Ueberschuss vorhanden und die Wärmemenge durch die zufließende Luftmenge bedingt; letztere verlangt wieder grosse Kanäle und hängt von den schwankenden Widerständen im Kohlenofen ab, während das Gas unter Druck in kleinen Kanälen zugeführt wird.

Die Nachtheile der Gasheizung bestehen hauptsächlich in der Lebensgefahr, dann in dem hohen Preise der gasförmigen Brennstoffe. — Unglücksfälle lassen sich indessen zum grössten Theile vermeiden, da sie meistens auf Fehler in der Installation, Handhabung und Konstruktion zurückgeführt werden können. Was den Kostenpunkt anbetrifft, so wirken zwei Momente auf eine schliessliche Verbilligung des Leuchtgases. Einmal suchen die Gasanstalten den durch die Konkurrenz des elektrischen Lichtes und den geringen Gasverbrauch des Gasglühlichtes gesetzten Ausfall durch neue

Absatzgebiete zu decken und geben aus diesem Grunde das nicht zum Leuchten bestimmte Gas billiger ab, dann aber nimmt auch die Bedeutung der direkten Leuchtkraft des Gases immer mehr ab. Die Folge dieser neuen Bestimmung des Leuchtgases ist der Uebergang zu einem hohen Vertheilungsdruck, welcher mit bedeutenden wirthschaftlichen Vortheilen verbunden ist. Das Gas wird daher nicht mehr nach seinem Leuchtwerth, sondern nach seinem kalorimetrischen und pyrometrischen Werthe zu beurtheilen und das Bestreben der Gasanstalten darauf gerichtet sein, ein solches Gas zu liefern, welches bei kleinsten Selbstkosten eine möglichst grosse Wärmemenge und hohe Temperatur liefert. Durch den Verzicht auf direkt leuchtendes Gas und die dadurch ermöglichte Erhöhung des Ueberdruckes wird eine höhere Lichtwirkung des Gasglühlichtes und bezüglich der Wärmeerzeugung Vermehrung der zur Zugerzeugung nothwendigen Ausströmungsenergie erzielt. Erhebliche Bedenken gegen die Erhöhung des Gasdruckes liegen nicht vor, sie bietet im Gegentheil grosse Vortheile, unter anderem Verbilligung der Vertheilungskosten, die bei geringerem Druck wegen der Forderung weiter Rohre sich sehr hoch belaufen. — An eine allgemeine Einführung der Gasheizung ist allerdings vorläufig nicht zu denken, da damit eine ausgedehnte Umgestaltung der bestehenden Gasanstalten und Rohrnetze verbunden sein würde. Die Anstalten dürfen dann nicht mehr den Schwerpunkt ihrer Rentabilität in der Beleuchtung sehen und würden gleichzeitig in der Kokeproduktion beeinträchtigt. Vortragender hofft indessen, dass die Gasanstalten den Bedürfnissen nach Gasheizung doch schliesslich Rechnung tragen werden und weist auf die Bestrebungen hin, welche eine Vervollkommnung der Methoden und Apparate der Gaserzeugung bezwecken. Er vertritt den Standpunkt, dass man mit der Zeit die Energiequelle in den Abgasen der Hochöfen, Koken u. s. w. nutzbar machen wird, da nach seiner Meinung diese Art der Energieübertragung auf weite Entfernungen durch Heizgas die beste von allen ist, zumal sie nur geringe Kosten verursacht.

Firgau.

Der chemische Nachweis von Pferdefleisch.

Von Dr. A. Hasterlik - München.

(Zeitschr. f. Unters. der Nahrungs- und Genussmittel. 15. 2. 1902. S. 156.)

In einer bereits früher (Archiv f. Hygiene 1893, No. 17, S. 440—451) veröffentlichten Arbeit hatte Verf. den Satz aufgestellt: Die Anwesenheit von Pferdefleisch in Fleischkonserven gilt als erwiesen, wenn die Jodzahl des Konservenfleichfettes die Zahl 79,71 (rund 80) erreicht oder überschreitet, und theilt er in der vorliegenden Arbeit zwei Fälle mit, welche die Zuverlässigkeit seiner Methode auch für küchenmässig zubereitetes Pferdefleisch beweisen sollen. Der Nachweis führte in beiden Fällen zu einem Geständniss und zur Verurtheilung der Angeklagten.

Im ersten Falle ergab die Untersuchung eines küchenmässig zubereiteten Sauerbratens 72,7 bzw. 72,3 als Jodzahl; ein Parallelversuch lieferte bei einem Sauerbraten aus Rindfleisch die Zahlen 56,0 und 55,4. Der zweite Fall betraf eine Portion gekochten mageren Fleisches und ergab die Jodzahlen 78,9 und 78,5. Zwei Kontroluntersuchungen gekochten mageren und gekochten fetten Rindfleisches hatte die Jodzahlen 57,7 bzw. 43,6 als Ergebniss. (Die für Pferdefleisch gefundenen Zahlen stehen den v. Hübl'schen Zahlen des Pferdemarkfettes — 77,6 bis 80,6 — sehr nahe. Ref.) Verf. betont im Anschluss an diese beiden Fälle noch ausdrücklich, dass sein Verfahren für die Untersuchung von verarbeitetem feingehacktem Fleisch z. B. Wurst, die häufig mehrere Fleischsorten enthält, keine Anwendung finden kann, so dass die von Früh-

ling (Zeitschr. f. angewandte Chemie 1896, S. 352) und H. Brehmer (Forschungsberichte über Lebensmittel 1897, 4. Bd. S. 1) ausgeführte Untersuchung von Würsten nach H's. Methode unnötig war und nicht als beweisführend dafür angesehen werden kann, dass dieses Verfahren überhaupt unbrauchbar ist für den chemischen Nachweis von Pferdefleisch. Das Verfahren Hasterlik's setzt sich übrigens aus folgenden Massnahmen zusammen: 100 bis 200 gr feingehacktes Fleisch werden 12 bis 18 Stunden bei 100 Grad getrocknet, 6 Stunden lang mit Petroleumäther am Rückflusskühler, dann das fein zeriiebene Material nochmals 6 Stunden im Soxhlet'schen Apparat extrahiert, das Lösungsmittel vollständig verdampft und dann die v. Hübl'sche Jodzähl an geringer Quantität des lange flüssig bleibenden Fettes bestimmt. Bemerkt sei noch, dass die Refraktionszahl (in Zeiss' Butyrorefractometer bei 40 Grad) für Pferdefett 51 bis 59 Grad beträgt. (Ref.) Fürgau.

Die Untersuchung des Fleisches verschiedener Thiere mit Hilfe spezifischer Sera und die praktische Anwendung der Methode in der Fleischbeschau.

Von Stabsarzt Dr. Uhlenhuth.

(D. med. W. 1901, No. 45.)

Durch eingehende Untersuchungen hat U. die Voraussetzung bestätigt gefunden, dass die von ihm entdeckte Serumreaktion (vergl. Sammelbericht in No. 4) auch zur Unterscheidung verschiedener Fleischsorten von einander verwertbar ist, natürlich nur, wenn das Fleisch ungekocht ist, aber z. B. auch bei geräuchertem rohem Fleisch.

Er laugt abgeschabtes Fleisch mit Leitungswasser oder physiologischer Kochsalzlösung aus; diesen langwierigen Prozess rät er durch Zusatz einiger Tropfen Chloroform zu beschleunigen. Die Lösung ist meist sehr trübe, sie wird durch mehrmaliges Filtrieren, nöthigenfalls durch Berkefeldfilter, geklärt. 10 bis 15 Tropfen des spezifischen Serums, zu 3 ccm dieses Filtrats zugesetzt, geben die charakteristische Trübung.

Ueber ein Verfahren zum Nachweis von Pferdefleisch.

Von Oberarzt Dr. Nötel-Breslau.

(Zeitschrift für Hygiene. Bd. 39, Heft 3.)

Unabhängig von Uhlenhuth hat Nötel die praktisch wichtigste Frage, die Erkennung von Pferdefleisch, mit Hilfe der Serumreaktion geprüft. Auch er kommt im Wesentlichen zu einem positiven Ergebniss. Seine Mittheilungen beanspruchen neben denen von U. einen besonderen Werth, da sie eine genaue Anleitung zur praktischen Handhabung der Methode enthalten.

Um ein hochwerthiges Serum zu erhalten, empfiehlt es sich, den Kaninchen 10 bis 12 Einspritzungen von ausgepresstem Fleischsaft oder dem Presssaft des warm mit 1prozentiger Sodalösung macerirten Fleisches (nicht mit Blutserum), die einzelne Einspritzung zu 10 ccm, in 2—3tägigen Pausen einzuspritzen und die Thiere 5—6 Tage nach der letzten Einspritzung zu tödten. Was das Untersuchungsmaterial betrifft, so ist die Filtration durch Berkefeldfilter zu widerathen, da hierbei ein Theil der wirksamen Stoffe zurückgehalten wird. Am besten nimmt man von allem Rühren und Pressen Abstand, übergiesst das Prüfungsmaterial mit 0,1prozentiger Sodalösung oder Leitungswasser, lässt es einige Stunden warm stehen und giesst dann ab. Die so erhaltene Lösung braucht höchstens durch ein doppeltes Papierfilter zu gehen, um klar genug zu sein.

Mittels der Prüfung konnte aus Hackfleischgemengen Pferdefleisch bereits bei einem Zusatz von 10 Prozent erkannt werden. Halbgar gebratenes Fleisch giebt die Reaktion gleichfalls noch deutlich. Bei kalt geräucherter Wurst stellte sich eine wichtige Fehlerquelle heraus: Schon ohne Serumzusatz

trübt sich der Extrakt binnen kurzer Zeit bei 37 Grad. Zur Wurstprüfung muss man die Röhrchen mit dem Auszug, theils mit, theils ohne Serumzusatz fünf Minuten (nicht länger!) in Wasser von 40 Grad stellen. Der Nachweis von Pferdefleisch ist erbracht, wenn dann nur in den mit Serum beschickten Röhrchen eine Trübung auftritt.

Ueber die Veränderungen der sterilisirten Milch unter dem Einflusse der Aufbewahrungsmethoden derselben.

Von Dr. N. Sausailow.

(Bolnitschnaja Gazeta Botkina. Wratsch 1901. No. 35.)

Es ergiebt sich aus den Beobachtungen des Verfassers, dass sterilisirte Milch selbst bei vollständigem Fehlen einer Bakterieneinwirkung sich verändert, wobei die Veränderungen die Fett- und Eiweisssubstanzen der Milch betreffen. Aus der stehenden sterilisirten Milch scheidet sich der Rahm aus, der sich beim Schütteln sehr schwer mit der Milch wieder vermengt. Unter gewissen Verhältnissen kann sterilisirte Milch auch ohne Bakterieneinwirkung Eigenschaften bekommen, welche bei gesunden Menschen krankhafte Erscheinungen hervorrufen. Diese sozusagen nicht bakteriellen Veränderungen der Milch werden durch die Einwirkung des Lichts, der Luft und der Temperatur, bei der die Milch aufbewahrt wird, bedingt. Die Veränderungen treten rascher ein und sind schärfer ausgesprochen, wenn auf die Milch gleichzeitig Licht, Luft und höhere Temperaturen (37 Grad C.) einwirken. Wird die Lichtwirkung beseitigt, so sind die Veränderungen der Milch bei Luftzutritt und bei Einwirkung einer Temperatur von 37 Grad sehr schwach ausgesprochen. Wird die sterilisirte Milch luftleer in einem dunklen und kühlen Raume aufbewahrt, so kann sie eine unbestimmt lange Zeit unverändert bleiben.

Bezüglich der Wirkung der sterilisirten Milch auf die allgemeine Ernährung, sowie auch auf die Funktion des Magendarmkanals haben die vom Verf. an 265 Kindern angestellten Beobachtungen ergeben, dass gesunde Kinder im Alter von einem Monat und darüber die sterilisirte Milch gut assimilieren und bei derselben sich sehr gut entwickeln. Magendarmstörungen werden bei solchen Kindern nicht häufiger getroffen, als bei Brustkindern. Werden erkrankte Brustkinder auf sterilisirte Milch gesetzt, so erholen sie sich in manchen Fällen, meistens tritt jedoch eine Besserung der Verdauung nicht ein. Am besten wird sterilisirte Milch vertragen und assimiliert in der kühleren Jahreszeit, in den heissen Sommermonaten wird sie bedeutend schlechter vertragen, abgesehen davon, dass die Kinder in der heissen Jahreszeit überhaupt nicht im Stande sind, so viel Milch zu verdauen, wie in der weniger warmen Jahreszeit.

Zum Schluss giebt Verf. folgende Regeln zur Sterilisierung und Aufbewahrung der Milch: Zur Sterilisierung darf nur frisch gemolkene Milch genommen werden. Die sterilisirte Milch muss vollkommen luftfrei gemacht und in diesem Zustande bis zum Gebrauch aufbewahrt werden. Die Aufbewahrung geschieht in einem dunklen Raume. Am besten wird sterilisirte Milch zur Hälfte mit Wasser verdünnt unter Zusatz von 10 bis 12 Prozent Zucker vertragen. Bei Neugeborenen und besonders schwachen Säuglingen, die mit Wasser verdünnte Milch nicht zu verdauen vermögen, muss man das Wasser durch künstlichen Magensaft ersetzen, wobei Milch und Magensaft zu gleichen Theilen genommen werden. Lb.

Die Wirkung des Bleis auf die Arbeiter in den Töpfereien von Staffordshire.

Von Thank Shuffelbotham.

(The Lancet, 26. Oct. 1901.)

Unter den 6 bis 7000 Arbeitern der grossen Töpferwerkstätten von Staffordshire haben mehr als 500 mit Blei zu ar-

beiten. Diese wurden Alle auf das Genaueste auf Erscheinungen von Bleivergiftungen untersucht. Als charakteristische Symptome für die Vergiftungen galten folgende Symptome: Blutarmuth, Bleisaum am Zahnfleisch, Kopfschmerz, Verstopfung, gichtartige Beschwerden, Kolik, Lähmung an Armen und Beinen, Epilepsie, Verrücktheit, Sehstörung, Abort und Bright'sche Nierenerkrankung. Das Resultat der Untersuchung war kurz zusammengefasst folgendes: Von 527 Bleiarbeitern fand sich nur ein Einziger, bei welchem die Diagnose der Bleivergiftung mit Sicherheit gestellt werden konnte. Denn die Symptome, welche sich bei Einzelnen fanden und welche auf den ersten Blick als Zeichen von Bleivergiftung gelten konnten, wurden bei genauerer Prüfung auf andere Ursachen zurückgeführt.

Ueberhaupt war der Gesundheitszustand der Bleiarbeiter ein vortrefflicher. Von 348 Männern haben 196 keinen Tag die Arbeit wegen Krankheit versäumt, dasselbe gilt von 90 der 124 Frauen, 26 derselben haben durch Schwangerschaft und Entbindung die Arbeit versäumen müssen. Der Gesundheitszustand ist so günstig, dass man ihn mit dem Gesundheitszustand von Arbeitern vergleichen kann, welche ein dem Körper zuträgliches Gewerbe betreiben. Unter den Arbeitern befanden sich 91, welche seit über 20 Jahren mit Blei arbeiten mussten, und niemals Zeichen von Krankheit darbieten. Man muss schliesslich daran erinnern, dass Bleiarbeiter den Krankheiten gegenüber ebenso ausgesetzt sind, wie die übrige Bevölkerung, und ihre Erkrankungen deshalb keineswegs immer durch Bleivergiftung zu Stande zu kommen brauchen.

Referent ist der Meinung, dass der Autor bei der Untersuchung seiner Fälle nicht ganz objektiv vorgegangen ist. Einzelne Symptome, die in der ausführlichen Besprechung erwähnt werden, können sehr wohl in dem Blei ihre Ursache haben. Niemand wird leugnen können, dass die Bleivergiftung bei Töpfern eine häufig vorkommende, sehr verbreitete Erkrankungsform ist. Jedenfalls muss man zugeben, dass die hygienischen Verhältnisse in den Töpferwerkstätten von Staffordshire ganz besonders günstige sind.

Franz Meyer-Berlin.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Berliner psychiatrischer Verein.

Sitzung vom 14. Dezember 1901.

Originalbericht

der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung.

Bericht der Kommission über die Thesen des Herrn Schäfer-Lengerich (öffentliche Trinkerfürsorge).

Thesen der Kommission.

1. Spezialanstalten für Trunksüchtige sind nothwendig.

2. Diese Spezialanstalten können

a) offene, nach Art der allgemeinen Krankenanstalten;

b) geschlossene, im Charakter der Irrenanstalten sein.

Zur Aufnahme von Trunksüchtigen sind nur solche Spezial-Anstalten geeignet, welche das Prinzip der Abstinenz bei sämmtlichen an der Anstalt Thätigen durchgeführt haben. Auch in den allgemeinen Kranken- und Irrenanstalten, welche Alkoholisten aufnehmen, soll auf den hierfür besonders einzurichtenden Abtheilungen der Grundsatz der Abstinenz als die Regel gelten.

3. Die Aufnahme von Trunksüchtigen in die Anstalt kann

a) freiwillig, auf eigene Entschliessung des Betreffenden;

b) zwangsweise

erfolgen.

Zur zwangsweisen Unterbringung sind die für Irrenanstalten geltenden Aufnahme-Bestimmungen massgebend. Diese sind mit Rücksicht auf die durch das B. G.-B. geschaffene Rechtslage durch behördliche Verordnung zu regeln.

4. Bei Unterbringung von Trunksüchtigen, für welche Armenverbände in Betracht kommen, findet das Gesetz vom 11. Juli 1891 Anwendung. Es wird den durch dieses Gesetz verpflichteten Verbänden empfohlen, diejenigen Einrichtungen, welche Vereine zur Bekämpfung der Trunksucht getroffen haben, zu benutzen und zu unterstützen.

5. Die Leitung von Spezialanstalten für Trunksüchtige ist Aerzten, welche für die Behandlung von Geistes- und Nervenkrankheiten vorgebildet sind, zu übertragen.

6. Es ist wünschenswerth, dass der Richter von der Möglichkeit des Aussetzens des Entmündigungs-Beschlusses bei freiwilligem Eintritt des zu Entmündigenden in eine Spezialanstalt reichlich Gebrauch macht.

Guttstadt. Leppmann. Waldschmidt.

Herr **Waldschmidt** erläutert die Thesen der Kommission.

Die erste These von Herrn Schäfer, Trunksucht ist eine Geistesstörung, habe die Kommission nicht für zweckmässig gehalten auszusprechen. W. bezieht sich auf seine Veröffentlichung, die Trinkerfürsorge in Preussen, und betont, dass Trinker zum grössten Theil in allgemeinen Krankenhäusern, zum kleinern in Irrenanstalten Aufnahme finden. Man müsse fordern, dass in diesen in Spezialabtheilungen die Abstinenz durchgeführt wird, welche als Vorbedingung für die dauernde Heilung der Trinker gelten müsse; dürfe man sich doch nicht damit begnügen, die oberflächlichen Krankheitsercheinungen, z. B. das Delirium zum Verschwinden zu bringen. Auch das Wartpersonal müsste abstinent sein, da die Heilung nicht ohne Vorbild gelinge. In 20 bis 40 Prozent wurden bei Trinkern nach einem Bericht des internationalen Kongresses in Wien Rückfälle beobachtet, welche zur Anstaltsbehandlung oder Bestrafung Veranlassung gaben. Da nur wenige Trinker freiwillig die Anstalten aufsuchten, ein grosser Theil aber, auch gegen ihren Willen aufgenommen, geheilt werden könne, so müsste die zwangsweise Unterbringung der Trinker, für welche der § 6 des Bürgerlichen Gesetzbuches Anwendung gefunden habe, verlangt und durch behördliche Verordnung geregelt werden. In Sachsen könnten entmündigte Trinker bereits durch den Vormund zwangsweise in Irrenanstalten gebracht werden. Das Detentionsrecht müsste aber auch auf Trinker-Anstalten ausgedehnt werden. Die Verpflichtung, für die Kosten für Trunksüchtige aufzukommen, müsste entsprechend einer Resolution des deutschen Vereins für Armenpflege und Wohlthätigkeit auf der letzten Jahresversammlung in Lübeck landesgesetzlich geregelt werden. W. wünschte bei dem grossen Interesse, welches der Staat an der Heilung der Trinker habe, den Staat für einen Theil der Kosten verbindlich gemacht zu sehen. Selbstverständlich sei die Forderung einer ärztlichen spezialistisch vorgebildeten Leitung von Trinker-Anstalten. Entmündigte Trinker gäben erfahrungsgemäss eine viel schlechtere Prognose für die Anstaltsbehandlung als freiwillig Eintretende. Daher wäre es gut, wenn der Richter es durch Aussetzung des Entmündigungsbeschlusses in der Hand hätte, den Trinker zur freiwilligen Anstaltsbehandlung zu bestimmen.

Zu These 1. Herr Moeli. Der Vorsitzende bemerkt vor Eröffnung der Besprechung, dass wenn auch der Gang

der Verhandlung sich an die Thesen der Kommission anschliessen solle, doch die in den Schäferschen Sätzen ausgesprochenen Meinungen zu berücksichtigen sein würden. Er werde deshalb bei den einzelnen Thesen auf die entsprechenden Schäferschen Sätze verweisen. Schriftlich oder telegraphisch von Herrn Schäfer noch übermittelte Aeusserungen werde er an entsprechender Stelle zur Verlesung bringen.

Die Kommission habe vermieden, den in der ersten Schäferschen These erwähnten Zusammenhang zwischen Trunksucht und Geisteskrankheit überhaupt zu berühren. Auch wenn man die Identität der Begriffe nicht aussprechen wolle, könne man es doch für wünschenswerth erachten, wenn man von Heilung, Anstalten und ärztlicher Leitung spräche, auf die häufige Verknüpfung der Trunksucht mit krankhaften, psychischen Veränderungen hinzuweisen. Er stelle anheim, ob dieser thatsächliche Zusammenhang erwähnt werden solle und verbinde die Besprechung hierüber mit der der These 1 der Kommission.

Herr Bär hält es für erforderlich, auszudrücken, welche Personen in Trinkeranstalten hineingehören und beantragt zu sagen, Spezialanstalten sind nothwendig für Personen, welche in Folge von Alkoholismus ihre Angelegenheiten nicht mehr zu besorgen vermögen. Ferner fehle die genaue Bezeichnung der Art des Hineingelangens dieser Personen in die Anstalt, da die freiwilligen Aufnahmen keineswegs genügten.

Herr Guttstadt tritt warm für die Fürsorge der Alkoholisten in Trinkerheilanstalten ein, für deren Erlangung jetzt ein günstiger Augenblick vorliege und durch deren Errichtung der Armenverwaltung sehr gedient wäre. Die meisten wegen Delirium und Trunksucht in die allgemeinen Krankenhäuser aufgenommenen Menschen würden nach der Statistik in kürzester Zeit geheilt oder gebessert entlassen und könnten keine Beziehung zur Geisteskrankheit haben. G. bittet um Annahme der These 1 der Kommission.

Herr Wulfert wünscht: Spezialanstalten zur Heilung der Trunksucht und zur Versorgung der Trunksüchtigen sind nothwendig. Er schliesst sich den Ausführungen des Herrn Bär an. Desgleichen Herr Falkenberg, welcher der Aeusserung des Herrn Guttstadt, Delirium tremens habe nichts mit Geistesstörung zu thun, entgegentritt und mit Herrn Waldschmidt die Fürsorge der bereits entmündigten Trinker prognostisch für wenig aussichtsreich hält. Er schlägt vor, der These 1 folgende Fassung zu geben: „Es giebt eine wohlcharakterisirte Form von Geistesstörung, zu der ein grosser Theil der bisher als trunksüchtig bezeichneten Personen gehören.“

Herr Zinn meint, dass die Beziehung der Trunksucht zur Geisteskrankheit nicht in der ersten These besonders hervorgehoben zu werden braucht, da sie schon in der zweiten These ausgedrückt ist; danach sind Trunksüchtige Kranke, die in Krankenanstalten gehören und zweitens Geisteskranke, die in Irrenanstalten gehören.

Nach Ablehnung aller Anträge durch die Versammlung wird These 1 der Kommission angenommen.

Zu These 2 wird ein Antrag des Herrn Wulfert, den Ausdruck müssen statt können zu setzen, abgelehnt. W. wünscht, dass der Alkohol dort, wo Trinker aufgenommen werden, nur als Medizin gereicht werden dürfe.

Herr Moeli: Der Wortlaut der These 2b erfordert, wenn die Worte nach Art der allgemeinen Krankenanstalten und „im Charakter der Irrenanstalten“ ganz wegfallen sollen, noch eine gewisse Erläuterung.

Es könne durch geschlossene im Charakter der Anstalten für „Geisteskranke“ bei Laien leicht der Irrthum hervorgerufen

werden, als wenn letztere Anstalten nur geschlossene Räume hätten. Das müsse doch vermieden werden.

Noch weniger darf man die Meinung aufkommen lassen, „dass die unter „b“ angeführten, geschlossenen“ Anstalten für Trunksüchtige und überhaupt keine offenen Räume oder Abtheilungen haben dürfen. Auch die jetzt in Anstalten für Geisteskranke befindlichen Alkoholisten werden natürlich zum Theil oder in einem gewissen Stadium ihres Aufenthalts ohne Abschluss in offenen Häusern — z. B. in Landhäusern behandelt. Es wäre also ein Rückschritt, wenn die irrige Meinung erweckt würde, dies solle künftig fortfallen. „Geschlossene“ bezieht sich wohl nicht so sehr auf die Räume als wie auch bei den Anstalten für Geisteskranke auf das Recht der Zurückhaltung.

Herr Lähr beantragt, dass die Worte: zur Heilung hinter Alkoholisten eingefügt werden.

Herr Bär hält es für besser, das Prinzip der Abstinenz nicht vorzuschreiben, da dies nur eine Methode wäre. Er wünscht die betreffenden Sätze wegzulassen. Auch

Herr Jolly warnt davor, ebenso vor dem Passus, betreffend Einrichtung besonderer Abtheilungen in allgemeinen Krankenanstalten, womit man sich lächerlich machen würde.

Herr Zinn plaidirt für Fortlassung dieses Passus und schlägt vor, den letzten Satz von These 2 so zu fassen: Es empfiehlt sich, den Grundsatz der Abstinenz zur Geltung zu bringen.

Herr Guttstadt tritt für die Schaffung besonderer Abtheilungen in den allgemeinen Krankenanstalten ein und spricht für das Amendement von Herrn Lähr. Bei Abstimmung wird der ganze letzte Satz gestrichen.

Zu These 3, welche bis zwangsweise angenommen wird, macht Herr Jolly darauf aufmerksam, dass solche Bestimmungen noch nicht vorhanden seien und erst getroffen werden müssen.

Herr Bär bezieht sich auf die Verhältnisse in England, wo Trinkerheilanstalten vom Staat konzessionirt wären und Detentionsrecht auch für freiwillig Aufgenommene besässen. Er beantragt, dass zur zwangsweisen Unterbringung und Zurückhaltung auch der freiwillig sich Meldenden Bestimmungen analog den für die Irrenanstalten geltenden zu treffen sind.

Herr Waldschmidt befürwortet gleichfalls das Detentionsrecht für einen Theil der Trinkerheilanstalten, geht aber nicht soweit, wie der Vorredner.

Herr Guttstadt schlägt vor, das Wort Aufnahme wegzulassen, was angenommen wird.

Herr Bär zieht seinen Antrag zurück.

Der Absatz wird darauf angenommen.

These 4. Herr Moeli verweist einleitend darauf, dass, wenn der Lübecker Satz 2 die Pflicht der Armen-Verbände zur Heilbehandlung hilfsbedürftiger Trunksüchtiger anerkennt, er dies mit der ausdrücklichen Beschränkung thut „soweit die Trunksucht sich im Einzelfalle als Krankheit darstellt.“

Hier ist also doch die von Herrn Schäfer besonders betonte Beziehung in den Vordergrund gestellt worden und wohl mit Recht.

Ausserdem bedarf 4 einer besonderen vorsichtigen Fassung. Auf den ersten Blick werden die Geldaufwendungen für solche Anstalten mehr ins Auge fallen, als der davon zu erwartende Nutzen. Umsomehr besteht die Verpflichtung, in sorgfältigster Weise zu erwägen, wie weit und unter welchen Voraussetzungen auch bei Entmündigten oder zu Entmündigten und bei den andern, zum grossen Theil auch geistig geschädigten Trunksüchtigen diese Anstalten noch eine solche

Wirkung entfalten werden, dass man ihre Gründung auf öffentliche Kosten verlangen könnte.

Daher müssten auch die Einzelheiten und Bedingungen der Errichtung wie des Betriebes genau festgestellt werden. Vorsitz. bringt eine Mittheilung des Herrn Schäfer zu Satz 4 zur Kenntniss.

Weiter sprechen Herr Waldschmidt und Herr Bär zur Regelung der Kostenfrage, Herr Jolly, welcher Bedenken gegen die Gesetzesauslegung in These 4 durch einen medizinischen Verein äussert, und dem Vorschlag von Herrn Wulffert beistimmt, anstatt dieser These die These 5a des Herrn Schäfer zu setzen, endlich Herr Guttstadt, der die Annahme zu These 4 mit Hinzufügung der Worte: In Preussen, empfiehlt.

Die These 5a des Herrn Schäfer wird an Stelle der These 4 der Kommission gesetzt.

These 5 wird angenommen.

Zu These 6 befürwortet Herr Wulffert, den Eintritt in einen Abstinenzverein ebenfalls als einen Grund für den Richter zum Aussetzen des Entmündigungsverfahrens gelten zu lassen. Die Herren Bär und Jolly rathen davon ab, wegen der Verwaltungsschwierigkeiten, wegen der labilen Natur dieser Vereine und weil nur von Anstaltsbehandlung die Rede wäre.

Herr Moeli spricht, wie er anderen Orts ausgeführt hat, der Wirksamkeit der Vereine einen wesentlichen und für die meisten Fälle gar nicht entbehrlichen Antheil bei der Behandlung Trunksüchtiger zu. Handelte es sich um Massregeln gegen die Trunksucht im Allgemeinen, so dürfe die Wirksamkeit der Enthaltensvereine nicht beiläufig erwähnt, sondern müsste mit in den Vordergrund gestellt werden. Ein derartiges Vorgehen würde er durchaus unterstützen. Heute aber handle es sich nur um Anstalten für Trunksüchtige, so dass man zur Anführung der Vereine hier nicht gezwungen sei. Ebenso wichtig wie die Wirksamkeit der Vereine bei der Fürsorge für Trunksüchtige sei bezüglich des Entmündigungsverfahrens, mit dem sich Satz 6 beschäftige, die No. 3 von Herrn Schäfer über Heranziehung eines ärztlichen Sachverständigen. Auch seiner Meinung nach rechtfertige die Häufigkeit psychischer Abweichungen bei denjenigen Trunksüchtigen, bei welchen die Entmündigung auf Grund des in § 6, 3 angeführten Verhaltens eingeleitet wird, durchaus diesem Wunsch. Aus dem eben erwähnten Grunde aber, der Beschränkung der heutigen Besprechung auf die Anstalten, dürfe man auch diesen Punkt heute zurückstellen.

Zu These 2 hatte Herr Wulffert noch den Satz beantragt: So lange geschlossene Spezialanstalten für Trunksüchtige nicht geschaffen sind, treten an ihre Stelle einzelne Irrenanstalten, welche nach dem Abstinenzprinzip eingerichtet sind. In jeder Provinz soll etwa eine geeignete Irrenanstalt als Abstinenzanstalt zur Aufnahme der gemeingefährlichen Trunksüchtigen eingerichtet werden.

Der Antrag wird nach einer Aeusserung von Herrn Waldschmidt abgelehnt.

Folgende Thesen sind danach angenommen worden:

Thesen.

1. Spezialanstalten für Trunksüchtige sind nothwendig.
2. Diese Spezialanstalten können
 - a) offene, nach Art der allgemeinen Krankenanstalten,
 - b) geschlossene, im Charakter der Anstalten für Geisteskranke sein.

Zur Aufnahme von Trunksüchtigen sind nur solche Spezialanstalten geeignet, welche das Prinzip der Abstinenz bei sämtlichen an der Anstalt Thätigen durchgeführt haben.

3. Die Aufnahme von Trunksüchtigen in Anstalten kann

- a) freiwillig, auf eigene Entschliessung des Betreffenden
- b) zwangsweise

erfolgen.

Zur zwangsweisen Unterbringung sind Bestimmungen analog den für die Anstalten für Geisteskranke geltenden zu treffen. Sie sind mit Rücksicht auf die durch das B. G. B. geschaffene Rechtslage durch behördliche Verordnung zu regeln.

4. Behufs Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für die Errichtung öffentlicher Anstalten für Trunksüchtige ist der schleunige Erlass von Landesgesetzen erforderlich, welche die Verpflichtung zur Errichtung dieser Anstalten, sowie zur Unterhaltung der Trunksüchtigen in derselben in der Weise ordnen, wie dies in Preussen hinsichtlich der Geisteskranken, Idioten, Epileptischen u. s. w. durch das Gesetz vom 11. Juli 1891 geschaffen ist.

5. Die Leitung von Spezialanstalten für Trunksüchtige ist Aerzten, welche für die Behandlung von Geistes- und Nervenkrankheiten vorgebildet sind, zu übertragen.

Es ist wünschenswerth, dass der Richter von der Möglichkeit des Aussetzens des Entmündigungs-Beschlusses (§ 681 C. P. O.) bei freiwilligem Eintritt des zu Entmündigenden in eine Spezialanstalt, thunlichst oft Gebrauch macht.

M. E.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Invalidität und Unfall.

Entscheidung vom 16. Mai 1900.

Gegen ein Urtheil des Schiedsgerichts hatte Maurer R. Revision eingelegt. Das Reichs-Versicherungsamt machte darauf in seiner Entscheidung Folgendes geltend: Dem Kläger ist die Invalidenrente auf Grund des § 9 Abs. 2 des Invaliditäts- und Altersversicherungs-Gesetzes entzogen worden. Nach dieser Bestimmung, mit der der § 15 Abs. 2 des inzwischen in Kraft getretenen Invalidenversicherungs-Gesetzes dem Sinne nach übereinstimmt, begründet eine durch einen Unfall herbeigeführte Erwerbsunfähigkeit den Anspruch auf Invalidenrente nur insoweit, als letztere die zu gewährende Unfallrente übersteigt. Mit Recht haben die Vorinstanzen die Anwendbarkeit der bezeichneten Vorschriften im vorliegenden Falle bejaht. Dem Kläger ist durch rechtskräftigen Bescheid der Versicherungsanstalt vom 11. Oktober 1898 eine Invalidenrente von 138,60 M. vom 3. Dezember 1897 ab zugewilligt worden, nach dem der Professor Dr. v. B. unter dem 11. August 1898 eine dauernde Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit um 70 % angenommen hatte. Wie die Akten ergaben, übrigens auch vom Kläger nicht bestritten ist, sind die seine Erwerbsfähigkeit mindernden körperlichen Schäden lediglich auf den am 3. Dezember 1897 erlittenen Betriebsunfall zurückzuführen. Für die Folgen dieses Unfalls ist ihm jedoch nach vorgängiger Krankenhausbehandlung durch rechtskräftigen Bescheid des Vorstandes der Speditions-, Speicherei- und Kellerei-Berufsgenossenschaft vom 19. Juli 1899 für die Zeit vom 25. Juli bis zum 1. November 1898 eine Rente von 75 % und für die Zeit vom 1. November 1898 ab eine Rente von 50 % derjenigen für völlige Erwerbsunfähigkeit zugewilligt worden. Da die Invalidität im Sinne des Invaliditäts- und Altersversicherungs-Gesetzes und des Invalidenversicherungs-Gesetzes erst durch eine dauernde Erwerbsunfähigkeit von mehr als $66\frac{2}{3}$ % bedingt wird, so besteht, mindestens so weit die Zeit vom 1. November 1898 ab in Betracht kommt, in der Schätzung des Grades der beim Kläger vorhandenen Erwerbsunfähigkeit durch die Versicherungsanstalt einerseits und die

Berufsgenossenschaft andererseits ein erheblicher Unterschied, und es könnte fraglich erscheinen, ob nicht die Feststellung der Unfallrenteninstanzen für die Entscheidung darüber, ob der Unfall die Invalidität, das heisst eine dauernde Erwerbsunfähigkeit von mehr als $66\frac{2}{3}\%$ herbeigeführt hat, massgebend sein müsse. Dies würde dann hier zur Folge haben, dass man das Vorliegen einer durch einen Unfall herbeigeführten Erwerbsunfähigkeit zu verneinen hätte, weil die Folgen des Unfalls von den zuständigen Stellen nur auf 50 % veranschlagt worden sind. Dieser Auffassung stehen jedoch überwiegende Bedenken entgegen. Die Prüfung und Entscheidung der Frage, ob Invalidität vorliegt, ist vom Gesetz besonderen Stellen, den Versicherungsanstalten und in der weiteren Instanz den Schiedsgerichten und dem Reichs-Versicherungsamt übertragen. Ist demnach von zuständiger Stelle, wie hier seitens der Versicherungsanstalt, das Vorliegen der Invalidität rechtskräftig anerkannt, so muss diese Feststellung für das Verfahren auf Grund des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes, beziehungsweise Invalidenversicherungsgesetzes ungeschadet der Vorschrift des § 33 beziehungsweise § 77 daselbst massgebend bleiben, gleichviel ob derselbe körperliche Zustand etwa in dem Unfallrentenverfahren eine abweichende Beurtheilung erfahren hat. Bei den Schwierigkeiten, die sich einer genauen Abschätzung der Erwerbsunfähigkeit oft entgegenstellen, wird darin eine völlige Uebereinstimmung auf dem Gebiete der Invalidenversicherung und der Unfallversicherung, so erstrebenswerth sie an sich auch ist, nicht immer herbeizuführen sein. Es würde aber der unzweifelhaften Absicht des Gesetzes, für die gleiche körperliche Schädigung des Versicherten nur einmal Ersatz zu leisten, offenbar nicht entsprechen, wollte man einem nur durch die Folgen eines Betriebsunfalls geschädigten Versicherten die Invalidenrente neben der Unfallrente lediglich deshalb belassen, weil zufällig die durch den Unfall herbeigeführte Erwerbsunfähigkeit von einer nicht zur Durchführung der Invalidenversicherung berufenen Stelle geringer geschätzt wird. Muss hiernach die Annahme der Vorinstanzen, dass die Erwerbsunfähigkeit des Klägers durch einen Unfall herbeigeführt sei, aufrecht erhalten werden, so ist dem Kläger die Invalidenrente, die unstreitig die Unfallrente nicht übersteigt, für die Zukunft, das ist vom 1. September 1899 ab, mit Recht entzogen worden. Soweit die Rente aber auf Grund des rechtskräftigen Bescheides der Versicherungsanstalt vom 11. Oktober 1898 dem Kläger bereits gezahlt ist, war die Versicherungsanstalt nicht befugt, dem Kläger nachträglich das Recht auf diese Beträge abzusprechen, den Anspruch, wie es dem Bescheide vom 21. August heisst, „für die Zeit vom 5. März 1898 abzulehnen.“ Der Revision war daher insoweit stattzugeben, und es muss der Versicherungsanstalt überlassen bleiben, wegen Ersatzes der bereits gezahlten Rentenbeträge die Speditions-, Speicherei- und Kellerei-Berufsgenossenschaft in Anspruch zu nehmen. M.

Abmessung der Entschädigung bei schwerer Beschädigung des linken Arms.
Entscheidung vom 22. Juni 1901.

F. L. bezog seit dem 31. März 1900 in Folge einer am 29. Dezember 1899 erlittenen Verletzung des linken kleinen Fingers die volle Rente. Durch Bescheid vom 27. November 1900 ist die Rente auf $66\frac{2}{3}\%$ Prozent der Vollrente herabgesetzt worden. Auf Berufung des Verletzten wurde die Berufsgenossenschaft verurtheilt, eine Rente von 75 Prozent zu zahlen. Das Schiedsgericht führte aus: Wie die im Termin der mündlichen Verhandlung vorgenommene Augenscheinseinnahme ergeben hat, ist der Zustand der verletzten Hand ein solcher, dass er dem Verlust der linken Hand mindestens gleichkommt.

Diese Entscheidung focht die Genossenschaft beim Reichsversicherungsamt an und betonte, die durch den Unfall herbeigeführte Veränderung der linken Hand sei ihrem völligen Verlust noch nicht gleich zu erachten; eine Rente von $66\frac{2}{3}\%$ Prozent der Vollrente erscheine daher ausreichend. In der mündlichen Verhandlung vor dem Reichsversicherungsamt, zu welcher L. persönlich erschienen ist, hat er behauptet, dass nicht nur die linke Hand völlig unbrauchbar geworden sei, sondern dass er in Folge des Unfalls auch im linken Unterarm noch Schmerzen habe, die für ihn deshalb besonders empfindlich seien, weil er vor drei Jahren eine linksseitige Rippe gebrochen habe. Das Reichs-Versicherungsamt änderte darauf die Vorentscheidung aus folgenden Gründen ab: Gegenüber dem Befunde, welcher in dem Gutachten des Dr. H. vom 3. April 1900 festgestellt und dem Bescheide vom 26. Juni 1900 zu Grunde gelegt ist, ist in dem Zustande des Klägers eine wesentliche Besserung insofern eingetreten, als die linke Hand und der linke Unterarm nicht mehr geschwollen sind, die Beweglichkeit der linken Schulter völlig frei geworden und diejenige des linken Ellenbogengelenks nur noch in der Streckfähigkeit in geringem Masse beschränkt ist. (Gutachten des Dr. H. vom 16. Oktober 1900). Gemäss § 88 des Gew.-Unf.-Vers.-Ges. vom 30. Juni 1900 ist daher eine anderweitige Festsetzung der Unfallentschädigung zulässig. Bei ihrer Bemessung ist das Reichs-Versicherungsamt von folgenden Erwägungen ausgegangen: Wenn die linke Hand auch selbständig zur Arbeit in irgend nennenswerthem Masse nicht zu gebrauchen ist, so ist sie und namentlich der linke Arm doch immerhin von nicht unerheblichem Werthe für die Unterstützung der rechten Hand. Die Gebrauchsfähigkeit der Letzteren aber ist nur durch die schon vor dem Unfall vom 29. Dezember 1899 vorhanden gewesene Versteifung des Mittel- und Endgliedes des Mittelfingers behindert, zum weit-aus grössten Theil dagegen erhalten geblieben. Das Rekursgericht hat daher nach freiem Ermessen angenommen, dass der Kläger seit dem 1. Dezember 1900 noch um drei Viertel in seiner Erwerbsfähigkeit durch die Folgen des Unfalls vom 29. Dezember 1899 beeinträchtigt gewesen ist, sich nach und nach an den Zustand der verletzten Hand immer mehr gewöhnt hat und seit dem 1. Juli 1901 wieder ein Drittel seiner früheren Erwerbsfähigkeit besitzt. Durch die dementsprechend festgesetzte Entschädigung wird nicht nur den durch den Unfall herbeigeführten objektiv feststellbaren Veränderungen, sondern auch den angeblich noch im linken Arme auftretenden Schmerzen, sowie dem Umstande hinreichend Rechnung getragen, dass der Kläger mit körperlichen Beschwerden schon vor dem Unfälle vom 29. Dezember 1899 behaftet gewesen und deshalb durch dessen Folgen besonders empfindlich getroffen worden ist.

M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Kassowitz, Max. Alkoholismus im Kindesalter. Berlin 1902. S. Karger.

Verfasser bespricht die Störungen, welche bei Kindern durch den häufig wiederholten oder habituell gewordenen Genuss von Alkohol in solcher Form und in solchen Quantitäten hervorgerufen werden, wie sie von den meisten Laien und von sehr vielen Aerzten nicht nur als unschädlich, sondern geradezu als heilsam angesehen werden. Unter Anderem beobachtete Verfasser Delirium tremens bei Kindern von 7, 9 oder 11 Jahren; dann sah er Konvulsionen, Nephritis, gastrische Erscheinungen, recht oft Lebercirrhose. Kurze instruktive Krankheitsgeschichten werden beigelegt.

Verfasser kommt zu dem Schluss, dass Kindern der regelmässige Genuss alkoholischer Getränke unter keiner Bedingung

gestattet, geschweige denn empfohlen werden soll; ebenso wenig will er sie bei chronischen Schwächezuständen angewandt wissen. Nebenher verwirft er auch den Konsum grösserer Mengen alkoholischer Getränke durch Ammen oder stillende Mütter, da sie nicht nur kein Lactagogum sind, sondern oben-
 drein noch dem Säugling schaden.

Um so mehr verdient Verfassers Warnruf Beachtung, als der Gebrauch von Alcoholicis im Kindesalter ausserordentlich verbreitet ist. Nach einer Enquete in einer Volksschule kannten nur 22,6 Prozent der Schüler keine geistigen Getränke; fast die Hälfte der Schüler erhielt sie regelmässig. Eine andere Umfrage ergab, dass jeder dritte Wiener Schuljunge regelmässig Bier geniesst. Unter 247 Kindern von 7–8 Jahren in einer Bonner Volksschule hatte nur ein einziges Kind nie geistige Getränke bekommen; 110 Kinder erhielten täglich ein oder mehrmals Wein oder Bier, 20 sogar täglich Kognak.

Am meisten ist und bleibt dabei zu bedauern, dass grade von Seiten der Aerzte zu einer Verbreitung des Alkoholgenusses beigetragen wird. Ref. darf hier wohl darauf hinweisen, dass ihm vor einiger Zeit ein praktischer Arzt vom Lande, nicht etwa aus der älteren Schule stammend, von seinem vierjährigen Sohne mit Vaterstolz erzählte, er trinke schon nicht mehr, er sei darüber hinaus — und dabei hatte der Vater seinem Sprossen täglich ein Weinglas voll Madeira gegeben.

Die schädlichen und giftigen Wirkungen des Alkohols überwiegen derart, dass es unverantwortlich ist, ihn den Kindern zu geben.
 Ernst Schultze.

Hoppe, Hugo. Die Thatsachen über den Alkohol. Mit zahlreichen statistischen Tabellen. Zweite wesentlich vermehrte und verbesserte Auflage. Berlin. S. Calvary & Cie. 314 S. Preis gebunden Mk. 5,—.

V. motivirte in dem Vorworte zu der ersten Auflage seine Arbeit, eine für wissenschaftlich Gebildete, insbesondere Aerzte und Verwaltungsbeamte, bestimmte Zusammenstellung der wesentlichsten Thatsachen über Verbreitung, Natur und Wirkung der alkoholischen Getränke, mit dem Fehlen eines zeitgemässen, nicht zu umfangreichen Buches, welches alle einschlägigen Fragen behandelt, welches ein Repertorium aller bemerkens- und wissenswerthen, bisher in zahllosen Schriften und Journalen verstreuten Beobachtungen, Untersuchungen und Statistiken über den Alkohol und die alkoholischen Getränke, ihre Ausdehnung, Darstellung, Eigenschaften und Wirkungen in hygienischer und sozialer Beziehung darstellt.

Wenn es noch eines Beweises für die Berechtigung eines solchen Unternehmens bedürfte, so dürfte der gegeben sein durch den schnellen Absatz der ersten Auflage, die 1899 erschien. Erwies sich diese schon als ein werthvoller Führer in der von Tag zu Tag fast bedenklich anschwellenden Alkoholliteratur, so wird das in erhöhtem Masse von der Neuauflage gelten. Bei Beibehaltung der Stoffanordnung und Vortragsform hat sie an Umfang erheblich zugenommen, und dass auch neueste literarische Erscheinungen berücksichtigt sind, davon konnte sich Ref. durch Stichproben überzeugen.

Die Aerzte werden Verfasser dafür besonderen Dank wissen, dass er die physiologischen und pathologischen Wirkungen des Alkohols jetzt eingehender berücksichtigt hat; naturgemäss erfahren die durch Alkoholmissbrauch bedingten Erkrankungen des Nervensystems eine besonders ausführliche Darstellung. Die Leser dieser Zeitschrift wird besonders das Kapitel interessieren, welches die Beziehungen zwischen Alkoholismus und Verbrechen behandelt.

Auf Einzelheiten einzugehen verbietet schon die Natur des

Stoffes; man wüsste bei dem reichen Inhalte nicht, wo man anfangen, wo man aufhören sollte.

Wer sich mit der Alkoholfrage praktisch oder wissenschaftlich beschäftigen will, dem wird Hoppe ein unentbehrlicher Führer sein, der für die aufgewandte Arbeit unseres Dankes gewiss sein kann. Ref. giebt dem Verfasser zu erwägen, ob die Brauchbarkeit des Buches bei der sicherlich nicht fehlenden Neuauflage durch ein Inhaltsverzeichniss sowie weitere Literaturangaben nicht gehoben werden kann.

Der mässige Preis des Buches bei guter Ausstattung verdient noch hervorgehoben zu werden.
 Ernst Schultze.

Rosenfeld, Georg. Der Einfluss des Alkohols auf den Organismus. Wiesbaden. Verlag von Bergmann 1901.

Auf Grund eigener Stoffwechseluntersuchungen und Experimente und einer eingehenden Kritik der bekanntesten fremden Versuchsreihen giebt der Verfasser ein überaus anschauliches und klares Bild über den heutigen Stand der Alkoholfrage. Die Resultate sind für die Alkoholliebhaber sehr betäubende. Aber um so mehr dürfe sich die wachsende Zahl der Alkoholgegner ihrer freuen, als die Kritik auf einer Objektivität fusst, die wir leider in der Sturmfluth der modernen Alkoholliteratur oft vermisst haben. Dass die Versuche noch recht unklare und keineswegs eindeutige Resultate lieferten, das liegt an der grossen Schwierigkeit, gesunde Versuchsobjekte zu finden, welche zugleich seit langer Zeit absolute Abstinenten sind. Manches wird sich in den Stoffwechselversuchen ganz anders herausstellen; denn die Faktoren der Giftgewöhnung, des mangelhaften Stoffwechsels bei momentaner Entziehung gewohnter Alkoholgaben, des Wegfallens gewohnter Reize und des Wiedereinschaltens eines solchen, müssen ein falsches Bild liefern. Bei Abstinenten würden sich manche Einflüsse des Alkohols unter Umständen ganz anders äussern.

Ausser mit den physiologischen geht Verfasser auch mit den pharmakologischen Wirkungen streng ins Gericht. Sehr interessant sind die Theorien der Alkoholwirkung auf Grund der chemischen Affinitäten zum fettreichen Nervengewebe. Die Erscheinungen der akuten und der chronischen Vergiftung werden ausführlich und nach den neusten Forschungen dargestellt, desgl. die pathologisch anatomischen Folgeerscheinungen.

Was das Buch praktisch ungemein wichtig erscheinen lässt, ist die eingehende Beleuchtung des therapeutischen Werthes oder besser Unwerthes des Alkohols. Verfasser muss da auf Grund objektiver Beobachtung die Berechtigung manchen Angriffes anerkennen, der seiner Zeit an mehr theoretischer Anschauung und ohne exakte Grundlage gemacht worden ist. Besonders dieses Kapitels wegen studire man das Original. Für den Sachverständigen ist der II. Abschnitt über die psychischen Leistungen des Alkohols besonders werthvoll. Ueber den Stand der Forschungen auf dem Gebiet der Psychologie und Psychopathologie giebt die Arbeit eine gedrängte, vorzügliche Uebersicht, die sich zu rascher und doch gründlicher Orientirung eignet. Zum Schluss beleuchtet Verfasser auch noch die sozialen Fragen der Alkoholbewegung, in denen wir Aerzte ja mitten drin stehen. Das ganze Buch ist wohl das beste, was in den letzten Jahren über den Alkohol geschrieben wurde, und wir empfehlen das sorgfältige Studium desselben, weil es uns in dieser Kampfesepoche ein vorzügliches Rüstzeug in die Hand drückt — gegen den Alkohol und seine falsche Werthschätzung gottlob vergangenen Perioden.

Marcinowski.

Röpke, F. Die Berufskrankheiten des Ohres und der oberen Luftwege. Wiesbaden 1902. J. F. Bergmann.

R. hat hauptsächlich aus der einschlägigen Literatur und dann auch aus seinen eigenen Erfahrungen, die er zum Theil

durch Spezialstudien auf diesem Gebiet gesammelt hat, eine ausführliche Monographie über die Berufserkrankungen des Ohres und der oberen Luftwege zusammengestellt. Es ist mit grossem Fleisse sehr viel des wichtigsten Materials zusammengetragen, so dass jeder, der sich für dieses für die Allgemeinheit so sehr wichtige Thema interessiert oder interessieren muss, die nöthigen Aufschlüsse findet und sich über die durch die Betriebe hervorgerufenen Schädigungen der Ohren und oberen Luftwege informieren kann. Zu bedauern ist im Interesse einer literarischen Vollständigkeit, dass die durch das Metzgergewerbe (Fleischhauerei) bedingten Ohrverletzungen, wie sie Laubinger im Archiv für Ohren 1899, pag. 142 (Othämatom) beschrieben hat, übersehen worden sind. Haug.

Lüning und Schulthess: Atlas und Grundriss der orthopädischen Chirurgie. J. F. Lehmann, München 1901.

Durch das Erscheinen des vorliegenden Buches ist dem Mangel an einer knapp gefassten, dabei doch das Wesentliche bietenden und gut illustrierten Darstellung des Gebietes der orthopädischen Chirurgie abgeholfen worden. Die rühmlichst bekannten Verfasser haben in diesem Buche ihre reichen, in 17jähriger Thätigkeit gesammelten Erfahrungen niedergelegt und dadurch Studirenden wie praktischen Aerzten einen Wegweiser für ein Gebiet gegeben, das den ersteren während ihrer Studienzeit ziemlich fremd zu bleiben pflegt und das die letzteren nur zu leicht geneigt sind, ausschliesslich dem Spezialarzte oder dem Bandagisten zu überlassen, während sie doch in vielen Fällen dazu berufen wären, prophylaktisch oder therapeutisch mitzuwirken oder dort, wo durch die Eigenart der orthopädischen Therapie eine spezialistische Behandlung geboten ist, unterstützend einzugreifen. Aus dieser von den Verfassern ausgesprochenen Absicht erklärt es sich auch, dass die einzelnen Kapitel je nach ihrer praktischen Wichtigkeit mehr oder weniger eingehend behandelt worden sind und dass seltenere Affektionen nur flüchtig gestreift werden.

Das Buch besteht aus einem kurzen allgemeinen und einem ausführlicheren speziellen Theil. Im ersteren wird eine Eintheilung der Deformitäten in kongenitale und erworbene gegeben und darauf in eine Besprechung der allgemeinen Behandlung eingetreten, die in Funktionsübung, direkten mechanischen Einwirkungen wie Massage und Redressement und im Ersatz auf dem Wege der operativen Transplantation oder durch äussere mechanische Kräfte besteht. Im Schlusskapitel dieses Abschnittes werden die technischen Gruppen der Behandlungsmethoden: einfache und maschinelle Gymnastik, operative Orthopädie, Portativapparate und Verbände in grossen Zügen geschildert.

Der spezielle Theil beginnt mit dem praktisch wichtigsten Leiden, den Deformitäten der Wirbelsäule. Dieser Abschnitt ist denn auch am eingehendsten bearbeitet, es ist ihm ein Drittel des ganzen Buches gewidmet worden. Die Verfasser besprechen darnach einige zum Verständniss nöthigen anatomischen und physiologischen Vorbemerkungen die Messung und Darstellung der normalen und pathologischen Krümmungen der Wirbelsäule. Sie unterscheiden sagittale und laterale Verkrümmungen und schildern die pathologische Anatomie, die klinische Diagnostik und ihre Hilfsmittel und die einzelnen Formen des Leidens, sowie seine Behandlung, letztere in besonders ausführlicher und klarer Weise. Im Anschluss daran folgt die Besprechung der Deformitäten auf Grund destruktiver Prozesse der Wirbel, nämlich die tuberkulöse Spondylitis. Auch hier werden Frequenz und Aetiologie, Symptome, Verlauf und Behandlung beschrieben, speziell wird auf das Calot'sche Redressement näher eingegangen. Bezüglich dieses stehen die Verfasser auf dem jetzt wohl ganz

allgemein eingenommenen Standpunkte, sie warnen vor jedem brüskten Vorgehen. Bedeutend kürzer werden die primären Thoraxdeformitäten, der Schiefhals und die Deformitäten der oberen und unteren Extremitäten abgehandelt, indessen findet man doch Alles, was zu einer raschen Orientierung nöthig ist. Die äusserst zahlreichen, schönen Abbildungen erleichtern in hohem Grade das Verständniss des Buches, dessen Lektüre angelegentlich zu empfehlen ist. Im Uebrigen haben sich die Verfasser in die Bearbeitung des Stoffes so getheilt, dass die Darstellung des allgemeinen Theils (mit Ausnahme der operativen Orthopädie) und der Deformitäten des Rumpfes von Schulthess, diejenigen der Deformitäten der Glieder (mit Ausnahme des Plattfusses) von Lüning stammt.

Hoffa-Würzburg.

Zur Besprechung eingegangen:

(Besprechung vorbehalten).

Verlag Richard Schoetz:

Das Sanitätswesen des Preussischen Staates während der Jahre 1895, 1896 und 1897. Bearbeitet in der Medizinalabtheilung des Ministeriums der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten. 632 S. u. 176 Tabellen. 18 M.

Verlag Ferdinand Enke:

Ostertag, Handbuch der Fleischbeschau. 4. Auflage. 805 S.
Krafft-Ebing, Psychosis menstrualis. 112 S.
Pflster, Strafrechtlich-psychiatrische Gutachten. 376 S.
Gastpar, Die Behandlung Geisteskranker vor der Aufnahme in die Irrenanstalt.

Verlag Carl Marhold:

Näcke, Unterbringung geisteskranker Verbrecher. 55 S.
Möbius, Ueber den Kopfschmerz. 45 S.
Hoche, Welche Gesichtspunkte hat der praktische Arzt als psychiatrischer Sachverständiger in strafrechtlichen Fragen besonders zu beachten? Samml. zwangl. Abh. Bd. III, Heft 6.
Kolb, Sammelatlas für den Bau von Irrenanstalten, Lief. I.
Fischer, Christian Friedrich Wilhelm Roller. Zum Gedächtniss seines 100. Geburtstages. 40 S.

Verlag J. F. Lehmann:

Sobotta, Atlas und Grundriss der Histologie und mikroskopischen Anatomie. 80 farb. Tafeln, 63 Textabbildungen. Bd. XXVI d. med. Handatl. 20 M.
Weygandt, Atlas und Grundriss der Psychiatrie. 45 Bogen Text, 24 farbige Tafeln, ca. 280 Text-Abbildungen. Bd. XXVII der med. Handatlanten. 16 M.
Schäffer, Atlas und Grundriss der gynaeol. Operationslehre. 42 farbige Tafeln, 21 Text-Abbildungen. Bd. XXVIII d. med. Handatl. 12 M.

Verlag Seitz & Schauer.

Reiss, Signalistische Photographie (System Bertillon). Zwanglose Abhandl. a. d. G. d. medizinischen Photographie etc. Bd. IX, H. 1.

Verlag H. Kornfeld:

Fromme, Die rechtliche Stellung des Arztes und seine Pflicht zur Verschwiegenheit im Beruf. Berl. Klinik, H. 165. März 1902. 120 M.
Rapmund, Der beamtete Arzt und ärztliche Sachverständige. Lieferung 5 und 6.

Verlag J. J. Heine:

Klatt, Körpermessung der Verbrecher nach Bertillon. 82 S. 2.80 M.

Verlag H. R. Dohrn:

Bloch, Beiträge zur Aetiologie der Psychopathia sexualis. Teil I. 272 S. 7 M.

Verlag H. Hartung und Sohn:

Fränkel, Anatomische Vorträge. Teil I/II.

Traugott, Nervöse Schlaflosigkeit.

Schilling, Hygiene und Diätetik des Darms.

Verlag Hilmar Klasing:

Korn, Allgemeine Gewerbe-Hygiene. (Dr. jur. Hubertis prakt. gewerbl. Bibliothek.) 86 S. 2.80 M.

Verlag Liebelsche Buchhandlung:

Götze-Schindler, Taschenbuch für 1902 zum Gebrauch bei Handhabung der Versicherungsgesetze. 14. Jahrg. I. Teil 659 S., II. Teil 763 S. Zusammen 9 M.

Tagesgeschichte.

Eine bemerkenswerthe Anklage wegen fahrlässiger Tödtung gegen einen Arzt.

In Amiens wurde kürzlich ein namhafter Chirurg der fahrlässigen Tödtung angeklagt, weil nach einer von ihm vorgenommenen Operation die Kranke in Folge Zurücklassung einer Kompresse in der Bauchhöhle gestorben war.

Die französische Zeitschrift, der wir den Fall entnehmen, findet es unbegreiflich, dass irgend ein Bürger das Recht haben sollte, einen Operateur, der das Menschenmögliche für die Lebensrettung eines Patienten gethan hat, vor die Schranken des Gerichts zu ziehen. Das braucht nun doch wohl in dieser Verallgemeinerung auf den vorliegenden Fall nicht zutreffend zu sein. Gerade hier könnte sehr wohl eine fahrlässige Tödtung im Sinne unseres Gesetzes vorliegen, und es wäre interessant, die näheren Umstände des Prozesses zu kennen, da bekanntlich das Zurückbleiben einer Kompresse in der Bauchhöhle nicht gar so selten selbst den besten Operateuren passiert.

Unsres Erachtens ist der Operateur bei den grossen und schwierigen Eingriffen, um die es sich meist handelt, nicht dazu verpflichtet, das einzige gangbare Mittel, durch welches ein Zurückbleiben von Tampons sicher verhütet werden kann, nämlich das Zählen der verbrauchten Tampons während und nach der Operation, selbst auszuführen. Er hat an andere Dinge zu denken, die sich mit dem Behalten von Zahlen nicht vereinigen lassen. Die Pflicht des Nachzählens fällt irgend einer von dem Leiter des Eingriffs dazu bestimmten Person, gemeinhin wohl dem Assistenten oder der Schwester, der oder die die Instrumente und Verbandstoffe anreicht, zu.

Der Operateur selbst würde fahrlässig nur dann handeln, wenn er es versäumte, seine Gehilfen entsprechend zu belehren, oder wenn er es trotz des durch Zählung ermittelten Fehlens einer Kompresse unterliesse, die Wundhöhle mit peinlichster Genauigkeit abzusuchen.

Ist der Arzt genöthigt, gelegentlich mit unzureichend geübtem Personal zu arbeiten, von dem die nöthige Kaltblütigkeit und Sicherheit nicht zu verlangen ist, so gehört das Zurückbleiben einer Kompresse eben zu den unvermeidlichen Unglücksfällen, die nicht Objekt des Strafrichters sind.

Syphilis und Anfechtung der Ehe.

Gegenüber den Ausführungen Hellers, die wir in No. 3 dieses Jahrgangs referirten, stellt sich der Jurist Professor Ernst Heymann hierselbst auf einen etwas abweichenden Standpunkt. Seines Erachtens ist die Verheimlichung einer vor Jahren erworbenen, anscheinend geheilten Syphilis vor der Braut bezw. dem Bräutigam wohl ein zureichender Grund für spätere Anfechtung der Ehe. Erstens unterscheide sich Syphilis von andern Krankheiten wie Tuberkulose etc. sehr wesentlich dadurch, dass man bei ihr mit Sicherheit zu wissen pflegt, ob man sie erworben hat oder nicht. Zweitens gelte

die Krankheit im Volke nun einmal als schimpflich, und es komme für den Richter auf den Werth dieser Volksauffassung nicht an, sondern nur auf ihr Vorhandensein. Drittens endlich werde es Fälle geben, in denen die Nicht-Offenbarung der überstandenen Syphilis in Verbindung mit anderen Umständen einen Rückschluss auf Unehrenhaftigkeit des Ehe-kandidaten gestatte, deren Kenntniss bei verständiger Würdigung des Wesens der Ehe die andere Partei von der Heirath abgehalten hätte.

Die Offenbarungspflicht besteht nach Heymann auch gegenüber dem gesetzlichen Vertreter eines minderjährigen Nupturienten. Zur Anfechtung der Ehe ist allerdings, wenn dieselbe geschlossen, nicht mehr der Vertreter, sondern nur der bisher vertretene Ehegatte selbst berechtigt. Dieser aber kann auch dann anfechten, wenn er selbst beim Eheschluss von der Krankheit unterrichtet war und nur in Folge der Nicht-Aufklärung des gesetzlichen Vertreters dessen besonderen Schutzes entbehrte.

Endlich meint Heymann, dass auch die Scheidung durch das Bestehen der Syphilis gerechtfertigt ist, denn wer als Syphilitischer ohne Offenbarung der Krankheit ehelichen Verkehr ausübe, begehe zweifellos eine schwere Verletzung der durch die Ehe begründeten Pflichten, selbst wenn ihm beispielsweise der begangene Ehebruch verziehen sei, oder wenn er die Syphilis nicht genital erworben habe.

Die Bedeutung der Syphilis im Eherecht sei also eine noch viel grössere, als Heller angenommen habe. Und dies sei berechtigt. Die Zurückweisung des Erkranktgewesenen vom Familienleben diene — so schwer sie ihn treffe — den lebenskräftigsten Interessen der Nation.

Enthalten unrichtige Angaben eines versicherten Arbeiters im Unfallstreitverfahren über seine thatsächliche derzeitige Arbeitsthätigkeit den Thatbestand des Betrugsversuchs im Sinne des § 263 des Strafgesetzbuchs?

In einem Falle, in welchem ein Arbeiter im Schiedsgerichtsverfahren derartige nachweislich unwahre Behauptungen aufgestellt hatte, war auf Klage der Berufsgenossenschaft vom Oberlandesgericht in Hamm die Einleitung des Strafverfahrens angeordnet worden. Das Landgericht in Dortmund folgte dieser Anordnung, sprach aber den Angeklagten mit folgender Begründung frei:

Wie das Reichsgericht in konstanter Praxis angenommen hat, fallen einseitige, durch keinerlei die richterliche Ueberzeugung beeinflussende Beweismittel unterstützte Parteibehauptungen in einem vor den Zivilrichtern anhängigen Rechtsstreite nicht unter den Begriff der Vorspiegelung falscher Thatsachen (vergl. Entscheidung des Reichsgerichts Bd. 5 Bl. 321, Bd. 20 Bl. 391, Bd. 29 Bl. 291, Bd. 32 Bl. 1, Rechtsprechung des Reichsgerichts Bd. 9 Bl. 441). „Der Zivilrichter schenkt den einseitigen Behauptungen als solchen keinen Glauben, sondern nur denjenigen, welche vom Gegner im kontradiktorischen Verfahren nicht bestritten, oder welche bewiesen sind. Der Zivilrichter kann daher auch nicht durch solche einseitige Parteibehauptungen getäuscht werden. Täuschung des Richters ist nur möglich, wenn die Falsches wissentlich behauptende Partei dem unwahren Vorbringen durch Beweismittel den Anschein der Wahrheit giebt, und der Richter bei Prüfung dieses Beweismittels zu der Ueberzeugung gelangt, das Unwahre sei wahr.“ (Reichsgericht Bd. 20 S. 391.) Lässt sich der Zivilrichter durch ein in keiner Weise bescheinigtes oder bewiesenes einseitiges Parteivorbringen bewegen, eine für den Gegner eine Vermögens-

beschädigung im Gefolge habende Entscheidung zu treffen, so ist diese Vermögensbeschädigung nicht durch die Täuschung, sondern durch die Pflichtvernachlässigung des Richters verursacht.

Diese Ausführungen treffen aber in gleicher Weise zu für das einseitige Parteivorbringen in einem vor dem Schiedsgericht für Arbeiterversicherung anhängigen Verfahren, und zwar um so mehr, als nach § 17 Abs. 1 der Schiedsgerichtsordnung vom 22. November 1900 das Schiedsgericht den zur Klarstellung des Sachverhalts erforderlichen Beweis im vollen Umfange zu erheben hat, ohne Rücksicht darauf, ob dieser Beweis von den Parteien angetreten ist oder nicht. Das Schiedsgericht hatte die Pflicht, von Amtswegen zu ermitteln und festzustellen, ob und in welchem Grade eine verminderte Erwerbsfähigkeit des Angeklagten in Folge des Unfalles vom 24. Januar 1900 noch bestand, die einseitige Angabe des Angeklagten über die Höhe seines Arbeitsverdienstes hatte keine prozessuale Bedeutung, durch sie konnte das Gericht nicht getäuscht werden.

Das Letztere konnte um so weniger eintreten, als in der Sitzung des Schiedsgerichts vom 15. Januar 1901, in welcher auch die Knappschafts-Berufsgenossenschaft vertreten war, bereits eine Auskunft der Zeche Kaiserstuhl II über die durchschnittliche Höhe des Schichtlohns des Angeklagten vorlag. Es kann deshalb in dem Verhalten des Angeklagten, den falschen Angaben in der Berufungsschrift und dem unwahren Vorbringen in der Sitzung des Schiedsgerichts am 15. Januar 1901 eine Vorspiegelung falscher Thaten nicht gefunden werden, weshalb die Freisprechung von der Beschuldigung des Vergehens gegen § 263 Strafgesetzbuches zu erfolgen hatte.

Hierzu führt der „Compass“ aus:

„Wir bemerken zu dieser Entscheidung, dass sie sich in Widerspruch setzt zu dem Beschluss des Oberlandesgerichts, das offenbar sich der Rechtsauffassung der Berufsgenossenschaft angeschlossen hatte. Wir halten die Gleichstellung des ordentlichen Zivilverfahrens mit dem Verfahren vor den Instanzen der Unfallversicherung in der angegebenen Richtung für verfehlt und unter Umständen verhängnissvoll. Denn, wenn die Rentensucher straflos selbst wider besseres Wissen völlig unwahre Behauptungen aufstellen dürfen, so wird die nothwendige, durchaus nicht im Interesse der Rentensucher liegende Folge die sein, dass dem Moment der Glaubwürdigkeit, das bekanntlich im Verfahren vor den Instanzen der Unfallversicherung ein ausserordentlich grosses Anwendungsgebiet hat, in Zukunft nur noch eine untergeordnete Bedeutung beigemessen werden kann.“

Die letztere Annahme können wir, so bedauerlich auch sicher die Nicht-Strafbarkeit einer moralisch verwerflichen Lüge erscheinen muss, nicht recht theilen.

Die grosse Rolle, die die Glaubwürdigkeit des Versicherten im Unfallstreitverfahren spielt, hat doch auch bisher nicht darin bestanden, dass man die Mittheilungen jedes Versicherten auf Treu und Glauben hinzunehmen pflegte, sondern darin, dass man Leute, die auf dem Gebiete kontrolirbarer Thaten ihre Zuverlässigkeit nachgewiesen hatten, auch in minder genau zu prüfenden Dingen für glaubwürdig hielt, und dass man auf Grund sicherer Thaten und Befunde gewissen Beschwerden der Verletzten Glauben beimass. Das Moment der Glaubwürdigkeit in diesem Sinne kann seine Bedeutung nie einbüßen. Wenn dagegen dieses Moment auch gegenüber Thaten zur Geltung gebracht wird, die sich auf anderem Wege mit positiver Sicherheit ermitteln liessen — z. B. in Bezug auf Arbeitslohn, Arbeitspausen u. dgl. — so ist dies eine Bequemlichkeit, deren Aufgaben dem wirklichen Interesse der Rentenbewerber gar nicht widersprechen

würde. Die ärztlichen Sachverständigen würden es nur freudig begrüssen können, wenn sie denjenigen Theil des Thatenmaterials, den sie nicht selbst ermitteln können, in den Akten immer vorfinden, statt sich mit Angaben der Verletzten begnügen zu müssen.

Die Entscheidung des Landgerichts zu Dortmund sollte eine Mahnung für die Behörden sein, den Gutachtern stets ein möglichst sorgfältig ermitteltes Thatenmaterial zur Verfügung zu stellen, und eine Mahnung für die Sachverständigen, möglichst nur auf ein solches Thatenmaterial ihre Gutachten zu gründen.

Verein für Wasserversorgung und Abwasserbeseitigung.

Um die Königl. Versuchs- und Prüfungsanstalt für Wasserversorgung und Abwasserbeseitigung in möglichst enge Fühlung mit der Praxis zu bringen, hat sich vor Kurzem ein Verein für Wasserversorgung und Abwasserbeseitigung gebildet, dem zunächst 12 technische und industrielle Vereinigungen und 47 deutsche Städte beigetreten sind. Der Verein stellt sich die Aufgabe, die Versuchs- und Prüfungsanstalt in ihren Arbeiten zu unterstützen und hat ihr zu diesem Zweck auf fünf Jahre einen jährlichen Beitrag von 45 000 Mark zur Verfügung gestellt. Dem Vorstand des Vereins, der aus sechs Vertretern der industriellen Gruppe und sieben Vertretern der Städte besteht, liegt es ob, gemeinschaftlich mit dem Vorstand der Königl. Prüfungsanstalt das Programm für die Arbeiten der letzteren festzustellen, Sachverständige zu delegiren und die erforderlichen Mittel für die einzelnen Aufgaben zu bewilligen. Dieser engere Zusammenschluss der interessirten Kreise hat weiterhin dazu geführt, dass eine Anzahl der leitenden Firmen, die sich mit der Projektirung von Wasserversorgungs- und Entwässerungsanlagen beschäftigen, zu einem Ingenieurverein für Gesundheitswerke zusammengetreten sind, zu dem Zweck, die Interessen seiner Mitglieder zu vertreten, die Arbeiten der Königl. Prüfungsanstalt zu unterstützen und bei diesen Arbeiten seine Ansicht zur Geltung zu bringen. Es darf erwartet werden, dass dieses Zusammenarbeiten die Aufgaben der Königl. Versuchs- und Prüfungsanstalt für Wasserversorgung und Abwasserbeseitigung fördern und die vielen auf diesem Gebiet vorliegenden Fragen ihrer Lösung entgegenbringen wird. E. R.

II. Internationaler Kongress für die Prophylaxe der Syphilis und der venerischen Krankheiten.

Das permanente Komitee der internationalen Gesellschaft für sanitäre und moralische Prophylaxe stellt für den 2. Kongress, der am 2. September 1902 stattfinden wird, folgendes Programm auf:

1. Oeffentliche Prophylaxe. Vorausgesetzt, dass der Staat einerseits die Pflicht hat, die Gesellschaft gegen die Ausdehnung aller ansteckenden Krankheiten, die durch ihre Häufigkeit und durch die Leichtigkeit, mit der sie sich verbreiten, eine öffentliche Gefahr bieten, zu schützen, und dass er andererseits ausser dem sanitären Gesichtspunkt die Aufgabe hat, die von ihrer Familie verlassenen Minderjährigen zu beschützen;

A. — Welche allgemein - prophylaktischen Massnahmen und zwar in Form von gesetzlichen Bestimmungen sind zu ergreifen.

- a) Mit Bezug auf die Prostitution und zwar:
 1. betreffs der Prostitution der Minderjährigen;
 2. im Interesse der Moralität und der öffentlichen Ruhe, wie der öffentlichen Gesundheitspflege;
 3. Gegen das Kuppler- und Zuhälterwesen.
- b) Ausserhalb der Prostitution und zwar:

1. betreffend den Schutz der Minderjährigen beider Geschlechter;

2. mit Bezug auf eine Organisation einer kostenlosen Behandlung und Pflege venerisch Kranker aus öffentlichen Mitteln; Einrichtung von Versicherungs-Anstalten und Krankenkassen;

3. betreffend die Beaufsichtigung des Ammenwesens; — die Ansteckung durch Hebammen und Wärterinnen; — die Vaccination; — die Ansteckung in Werkstätten, Fabriken, Ateliers u. s. w., durch Vermittlung von Werkzeugen; — die Stellen-Vermittlungs-Bureaus; Beaufsichtigung der Geschäfts- und Wohnräume u. s. w.

B. — Erscheint es geeignet, die Uebertragung einer venerischen Krankheit nicht nur strafrechtlich, sondern auch zivilrechtlich zu verfolgen bezw. zu bestrafen?

II. Individuelle Prophylaxe. Wenn wir davon ausgehen, dass ebenso wie die staatlichen und öffentlichen Behörden prophylaktische Massregeln gegen die Verbreitung der venerischen Krankheiten zu ergreifen haben, auch die einzelnen Individuen die Verpflichtung haben, an diesen Bestrebungen sich zu betheiligen und zwar die Gesunden, indem sie jede Berührung mit verdächtigen oder bereits infizierten Personen oder Gegenständen vermeiden, die bereits Kranken, indem sie ihrerseits alles vermeiden, was eine Uebertragung auf Andere ermöglichen könnte:

1. Welche Mittel kann man anwenden, um die dazu notwendigen Kenntnisse unter dem Publikum im allgemeinen und besonders unter der Jugend betreffs der individuellen und allgemeinen Gefahr der venerischen Krankheiten und über die direkten und indirekten Ansteckungsweisen derselben zu verbreiten?

2. Auf welche Weise kann man am leichtesten die individuelle Prophylaxe durch Einrichtung von Heil-, Behandlungs- und Pflegestätten, und zwar für Personen beiderlei Geschlechts, in die Wege leiten?

III. Statistik. Welches sind die gleichmässigen Grundlagen, auf welchen eine für alle Länder brauchbare Statistik der venerischen Krankheiten ermöglicht würde?

IV. Angemeldete Mittheilungen. Entsprechend dem Beschluss der 1. Konferenz können, mit Zustimmung des Komitees auch Mittheilungen, welche nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem vom Komitee aufgestellten Programm stehen, zum Vortrag gebracht und zur Diskussion gestellt werden.

Alle diese Vorträge werden in einer besonderen Sitzung, soweit die Zeit reicht, zur Verhandlung gelangen.

Einunddreissigster Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Für den vom 2.—5. April im Langenbeckhause zu Berlin stattfindenden Kongress sind bisher folgende Vorträge angemeldet:

a) Zur Wundbehandlung:

1. Herr v. Bruns: Der erste Verband auf dem Schlachtfelde, als Einleitung zu einer Diskussion über dieses Thema.

2. Herr Honsell: Ueber aseptischen und antiseptischen Salben- und Pastenverband.

3. Herr Borchardt: Dampfsterilisation der Verbandstoffe.

4. Herr Tavel: Ueber die Wirkung des Antistreptokokken-serum.

5. Herr Küttner: Diagnostische Blutuntersuchung bei chirurgischer Eiterung.

6. Herr Völker: Behandlung der Frakturen mit primärer Knochennaht.

7. Herr Sultan: Ueber die Einpflanzung von toten Knochen

in indifferente Weichtheile allein oder in Berührung mit lebendem Periost.

b) Zur Krebsfrage:

8. Herr Gussenbauer: Histiogenese der Krebse.

9. Herr Petersen: Ueber Carcinomrecidiv und Carcinomheilung.

10. Herr v. Mikulicz: Behandlung der Darmcarcinome.

c) Zur Pathogenese und Behandlung der Perityphlitis und Peritonitis.

11. Herr Körte: Bericht über 58 Operationen subphrenischer Abscesse.

12. Herr Rehn: Behandlung infektiös eitriger Herde im Peritonealraum.

13. Herr Sprengel: Neue Erfahrungen über Appendicitis und Behandlung der Peritonitis.

14. Herr Roux: Zur Perityphlitisfrage.

15. Herr Sonnenburg: Ueber Lungenkomplikationen bei Appendicitis.

d) Zur Unterleibschirurgie.

16. Herr Bunge: Die Talma'sche Operation.

17. Herr Ehrhardt: Ueber Leberwunden.

18. Herr Sprengel: Ueber Thrombosen im Gebiet der Arteria mesenterica.

19. Herr v. Eiselsberg: Die Colopexie.

20. Herr Payr: Ueber erworbene Darmdivertikel.

21. Derselbe: Mechanik der Stieldrehung bei inneren Organen.

22. Herr Graser: Ueber Brüche-Einklemmung des Wurmfortsatzes.

23. Derselbe: Anomalien des Mesenterium.

24. Herr Tavel: Behandlung der Neuralgie der Geschlechtsteile.

25. Herr de Quervain: Bedeutung des Ulcus für die Magenkrebsentwicklung.

e) Varia:

26. Herr König (Berlin): Chirurgie und Orthopädie.

27. Herr Kausch: Der Diabetes in der Chirurgie.

28. Herr Lexer: Ungewöhnliche Cysten am Halse.

29. Herr de Quervain: Die akute nicht eitrige Strumitis.

30. Herr Küttner: Die geographische Verbreitung der Blasensteinkrankheit spez. in Württemberg.

31. Herr Heussner: Dauererfolge bei Streckung der Kniegelenkskontraktur mit Sehnenüberpflanzung.

20. Kongress für Innere Medizin.

Wiesbaden, 15. bis 18. April.

Als Hauptthemen sind aufgestellt:

I. Diagnose und Therapie des Magengeschwürs. Referenten: Herr Ewald (Berlin) und Herr Fleiner (Heidelberg).

II. Lichttherapie. Referent: Herr Bie (Kopenhagen).

Aus der Reihe der angemeldeten Vorträge heben wir folgende hervor, die für unsere Leser von besonderem Interesse sein möchten.

Ad. Schmidt (Bonn): Zur Pathogenese des Magengeschwürs.

von Criegern (Leipzig): Ueber eine gewerbliche Vergiftung bei der Rauchwaarenfärbung mit Paraphenyldiaminpräparaten, welche unter dem klinischen Bilde eines Bronchialasthmas verläuft.

Oskar Kohnstamm (Königstein i. T.): Die Leitungsbahn des Temperatur- und Schmerzsinnens.

W. Scholz (Graz): Zur Lehre vom Kretinismus.

H. v. Schrötter jr. (Wien): Ueber Veränderungen des Rückenmarkes bei Pemphigus und Aetiologie dieser Erkrankung.