

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

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

Redaktion:

Dr. L. Becker Geh. Med.-Rath Berlin.	Dr. Florschütz Gotha.	Dr. Fürbringer Geh. Med.-Rath u. Prof. Berlin.	Dr. Haug Professor München.	Dr. Hoffa Geh. Med.-Rath u. Prof. Berlin.	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. Ostertag Professor Berlin.	Dr. Puppe Priv.-Doz. u. Gerichtsarzt Berlin.	Radtke Kaiserl. Reg.-Rath Berlin.	Dr. Roth Reg.-u. Geh. Med.-Rath Potsdam.	Dr. Schwechten Sanitätsrath Berlin.	Dr. Silx Professor Berlin.	Dr. Stolper Breslau.	Dr. Windscheld Professor Leipzig.

Verantwortlicher Redakteur:

Dr. F. Leppmann

Zweiter Arzt an der Königl. Strafanstalt Moabit und der damit verbundenen Irrenabtheilung
Berlin.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin, NW., Luisenstrasse No. 3.

VIII. Jahrgang 1902.

№ 21.

Ausgegeben am 1. November.

Inhalt:

Originalien: Roth, Die Mitwirkung der Innungen, Handwerkskammern und sonstigen Berufsverbände auf dem Gebiet der öffentlichen und sozialen Hygiene. S. 433.
Blume, Die Forderungen der Eisenbahnhygiene in Bezug auf das Rettungswesen im Eisenbahnbetrieb. S. 438.
Finkelstein, Studien zur Kenntniss der zufälligen (nicht operativen) Verletzungen der grösseren Venenstämmen. (Schluss.) S. 439.
Referate: Chirurgie. Pan, Fremdkörper im rechten Bronchus. S. 444.
Fischer, Fremdkörper in der Herzwand und Karies der Wirbelsäule bei einem 13jährigen Knaben. S. 445.
Erdt, Unfallverletzung mit Todesfolge. S. 445.
Grassmann, Tödliche Blutung in die Bursa omentalis unter dem Bilde des akuten Darmverschlusses verlaufend. S. 445.
Neurologie. Finkelnburg, Beitrag zur Symptomatologie und Diagnostik der Gehirntumoren u. d. chron. Hydrocephalus. S. 445.
Tschisch, Die Frühdiagnose der Gehirnluen. S. 446.
Starck, Die psychogene Pseudomeningitis. S. 446.
Gynäkologie. Toff, Zwei Fälle von Fremdkörpern im Uterus. S. 447.
Schultze, Zur instrumentellen Perforation des Uterus. S. 447.
Jungeblodt, Kaiserschnitt an einer plötzl. verstorbenen Schwangeren mit Exstruktion eines lebenden gesunden Kindes. S. 447.

Shukowski, Leberzerreissung b. einem neugeb. Kinde. S. 447.
Ohrenheilkunde. Röpke, Die Unfallverletzungen des Gehörorganes und die prozentuale Abschätzung d. durch sie herbeigef. Einbusse an Erwerbsfähigkeit im Sinne d. Unfallversicherungsgesetzes. S. 448.
Aus Vereinen und Versammlungen. 27. Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege. S. 448.
Gerichtliche Entscheidungen. Aus dem Reichsversicherungs-Amt: Eine Augenverletzung. S. 450.
Aus dem Ober-Verwaltungsgericht: Eine ungiltige Verordnung. S. 450.
Bücherbesprechungen: Das Sanitätswesen des Preussischen Staates während der Jahre 1895, 1896 und 1897. — Kornfeld, Die Entmündigung Geistesgestörter. — Pollatschek, Die Therapeutischen Leistungen des Jahres 1901. — Sobotta, Atlas und Grundriss der Histologie und mikroskopischen Anatomie des Menschen. S. 450.
Tagesgeschichte: Beelitz. — Zur Beschaffung ärztlicher Gutachten für Rentenanwälter. — Aerzte und Gerichtsbehörden. — Auswahl der Sachverständigen im Entmündigungsverfahren. — Abstinenteheim. — Neue Ministerial-Erlasse. S. 451.

Die Mitwirkung der Innungen, Handwerkskammern und sonstigen Berufsverbände auf dem Gebiet der öffentlichen und sozialen Hygiene.

Von
E. Roth-Potsdam.
Geh. Med.-Rath.

Wie auf dem Gebiet der Sozialpolitik im Allgemeinen, ist es auch auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheitspflege eine Täuschung schlimmster Art, wollte man alles Heil von der Gesetzgebung erwarten. Auch die besten Gesetze und Verordnungen bleiben bis zu einem gewissen Grade machtlos, wenn sie nicht von dem Willen und dem Verständniss Derer getragen werden, für die sie bestimmt sind. Wenn dies schon von der öffentlichen Gesundheitspflege im Allgemeinen gilt, so in ganz besonderem Masse von der sozialen Hygiene, ihrer Anwendung auf einzelne Volkskreise und Berufsarten, wie von der häuslichen und privaten Gesundheitspflege. Deshalb ist die Heranziehung derjenigen Volkskreise, welchen die Veranstellungen nützen sollen, und die das Vertrauen ihrer Berufsgenossen besitzen und es dadurch in weitere Kreise tragen, zur Erzielung dauernder und sicherer Erfolge unentbehrlich. Gesundheitliche Erziehung und gesundheitliche Gesetzgebung müssen Hand in Hand gehen und sich gegenseitig ergänzen.

Dass hier noch ausserordentlich viel zu thun bleibt, wird Niemand leugnen, der den Fragen der sozialen Hygiene in Praxis oder Verwaltung näher zu treten Gelegenheit hat. Deshalb erschien es mir schon vor Jahren besonders erstrebenswerth, die umfassenden Organisationen der Innungen und Innungsverbände wie der Handwerkskammern und Genossenschaftsverbände, die bisher für Zwecke der öffentlichen und privaten Gesundheitspflege fast gänzlich unbenutzt geblieben waren, für diese Zwecke heranzuziehen. Als daher vor mehr als Jahresfrist der Erlass einer Polizeiverordnung über den Betrieb der Barbier-, Frisier- und Haarschneidestuben wie in anderen Bezirken auch im Potsdamer Bezirk zur Erwägung stand, wurde von dem Erlass einer Polizeiverordnung vorläufig abgesehen und dahin Anordnung getroffen, dass die im gesundheitlichen Interesse erforderlichen Massnahmen zur öffentlichen Kenntniss gebracht und in allen Geschäftsräumen ausgehängt wurden, während die Ueberwachung der Befolgung dieser Betriebsvorschriften neben den Polizeiorganen überwiegend den Innungen und deren Beauftragten überlassen blieb, ein Vorgehen, dass sich nach den inzwischen gemachten Erfahrungen im Allgemeinen bewährt hat. Aus dem gleichen Grunde sprach ich mich in meinem auf der diesjährigen Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in München gehaltenen Vortrag

„Ueber die Wechselbeziehungen zwischen Stadt und Land in gesundheitlicher Hinsicht und die Sanirung des Landes“ dahin aus, dass bei der Ueberwachung des Milchverkehrs eine Mitwirkung der Molkereigenossenschaften und Verbände nicht zu entbehren sei, und dass die wichtigsten, bei der Ueberwachung des Gesundheitszustandes des Milchviehs, beim Melken, beim Aufbewahren der Milch wie beim Reinigen der Milchgefässe zu beobachtenden Vorschriften durch Vertrag oder Aufnahme in das Genossenschaftsstatut den Lieferanten zur Pflicht zu machen seien, unter Kontrolle der Molkereiverbände, die ebenso wie die Händler an einem sauberen und gesundheitsgemässen Milchbetrieb und an der Aufnahme entsprechender hygienischer Vorschriften in das Statut, namentlich auch einer Bestimmung über den Milchschatzgehalt, und deren Ueberwachung das grösste Interesse haben. Dass dem so ist, wird dadurch bestätigt, dass schon jetzt die Genossenschaftsstatuten die allgemein gehaltene Bestimmung enthalten, dass die Milch „gut gekühlt, unverfälscht und gut gesiebt“ geliefert werden muss, und dass die Molkereiverbände die Verbesserung der Verkaufsmilch hauptsächlich in Bezug auf Reinheit und Haltbarkeit, Verbesserung und Vereinfachung des Milchtransports, Beschaffung zweckmässiger Geräthe und Einrichtungen für Reinigung, Auslüftung und Kühlung der Milch in ihr Programm aufgenommen haben (Jahresbericht des Allg. Verbandes der deutschen landwirthschaftlichen Genossenschaften, 1900—1901). Ich erwähne ferner, dass die Durchführung und Kontrolle der Bekanntmachungen des Bundesraths zum Schutz der Arbeiter in den verschiedenen gewerblichen Betrieben erheblich erleichtert wenn nicht vielfach erst ermöglicht wird durch die Mitwirkung der Unternehmer und Unternehmerverbände. Deshalb kann es nur mit Freuden begrüsst werden, wenn die Organisationen und Verbände immer mehr es sich angelegen sein lassen, die Arbeiter selbst zur Kontrolle und Durchführung der Bestimmungen anzuhalten, wie dies neuerdings von dem Verband der Steinarbeiter hinsichtlich der Durchführung der Bundesrathsbekanntmachung vom 20. März 1902 geschehen ist, der zu diesem Zweck ein Flugblatt verbreiten lässt, das die Steinarbeiter über den Inhalt der betreffenden Bekanntmachung aufklärt und zur Mitkontrolle heranzieht.

Dass die Innungen und Handwerkskammern zu einer Mitwirkung bei der Durchführung gesundheitlicher Massnahmen befugt sind, unterliegt nach den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen keinem Zweifel. Bezüglich der Innungen und Handwerkskammern bestimmt die Gewerbeordnung in der Fassung des Gesetzes vom 26. Juli 1897 (R. G. Bl. S. 663) im Titel VI im Wesentlichen Folgendes:

§ 81 bestimmt, dass Diejenigen, die ein Gewerbe selbstständig betreiben, zur Förderung der gemeinsamen gewerblichen Interessen zu einer Innung zusammentreten können.

Als Aufgabe der Innungen bezeichnet der § 81 a:

1. Pflege des Gemeingeistes sowie Aufrechterhaltung und Stärkung der Standesehre unter den Innungsmitgliedern. 2. Förderung eines gedeihlichen Verhältnisses zwischen Meister und Gesellen (Gehilfen), sowie Fürsorge für das Herbergswesen und den Arbeitsnachweis. 3. Nähere Regelung des Lehrlingswesens und Fürsorge für die technische, gewerbliche und sittliche Ausbildung der Lehrlinge, vorbehaltlich der Bestimmungen der §§ 103 e, 126 bis 132 a. 4. Entscheidung von Streitigkeiten der im § 3 des Gewerbegerichtsgesetzes vom 29. Juli 1890 und im § 53 a des Krankenversicherungsgesetzes bezeichneten Art zwischen Innungsmitgliedern und ihren Lehrlingen.

Nach § 81 b sind die Innungen ausserdem befugt, ihre Wirksamkeit auch auf andere den Innungsmitgliedern gemein-

same gewerblichen Interessen als die im § 81 a bezeichneten auszudehnen. Als solche werden aufgeführt:

1. Veranstaltungen zur Förderung der gewerblichen, technischen und sittlichen Ausbildung der Meister, Gesellen und Lehrlinge zu treffen, insbesondere Schulen zu unterstützen, zu errichten und zu leiten. 2. Gesellen- und Meisterprüfungen zu veranstalten und über die Prüfungen Zeugnisse auszustellen. 3. Zur Unterstützung ihrer Mitglieder und deren Angehörigen, ihrer Gesellen (Gehilfen), Lehrlinge und Arbeiter im Falle der Krankheit, des Todes, der Arbeitsunfähigkeit oder sonstiger Bedürftigkeit Kassen zu errichten und 4. Schiedsgerichte zu errichten.

Der § 83 bestimmt, dass die Aufgaben der Innungen, die Einrichtung ihrer Verwaltung und die Rechtsverhältnisse ihrer Mitglieder durch Statut zu regeln sind. Das Statut muss Bestimmungen treffen u. A. über die Aufgaben der Innungen sowie die dauernden Einrichtungen zur Erfüllung dieser Aufgaben, über die Rechte und Pflichten der Mitglieder, über die Ueberwachung der Beobachtung der für die Beschäftigung der Gesellen (Gehilfen), Lehrlinge, Arbeiter erlassenen Bestimmungen.

Wenn nun auch in den §§ 81 a und b unter den besonderen Aufgaben der Innungen die gesundheitsgemässe Gestaltung der Handwerksbetriebe als solche nicht genannt ist, unterliegt es doch keinem Zweifel, dass sie hierzu befugt sind. Abgesehen davon, dass ein Theil der hierher gehörigen Veranstaltungen gleichzeitig auch die sittliche Ausbildung der Gesellen und Lehrlinge zu fördern geeignet ist, dass sie zu den den Innungsmitgliedern gemeinsamen Interessen gehören, und dass das Recht der Errichtung von Krankenkassen auch die weitere Befugnis in sich schliesst, gesundheitliche Gefahren von den Betrieben nach Möglichkeit fern zu halten, ist im § 94 c eine Ueberwachung nach der gesundheitlichen Seite direkt vorgesehen. Gemäss § 94 c sind die Innungen befugt, die Befolgung der gesetzlichen und statutarischen Vorschriften in den zur Innung gehörigen Betrieben zu überwachen und von der Einrichtung der Betriebsräume und der für die Unterkunft der Lehrlinge bestimmten Räume Kenntniss zu nehmen. Die Verpflichteten haben den als solchen legitimierten Beauftragten der beteiligten Innungen auf Erfordern während der Betriebszeit Auskunft über alle Umstände zu geben, welche für die Erfüllung ihres Betriebes von Bedeutung sind; sie können hierzu auf Antrag der Beauftragten von der Ortspolizeibehörde angehalten werden. Andererseits sind die Beauftragten verpflichtet, den Gewerbeaufsichtsbeamten über ihre Ueberwachungsthätigkeit und deren Ergebnisse Mittheilung zu machen. Auf Räume, welche Bestandtheile landwirthschaftlicher oder fabrikmässiger Betriebe sind, finden diese Bestimmungen keine Anwendung.

In Uebereinstimmung hiermit enthält das Musterstatut der Innungen die Bestimmung, dass die Beauftragten sich von Zeit zu Zeit von der Art der Beschäftigung der Lehrlinge in den Werkstätten und von der Einrichtung der für die Unterkunft der Lehrlinge bestimmten Räume Kenntniss verschaffen. Eine besondere Beachtung haben sie den nicht bei ihren Lehrherrn untergebrachten Lehrlingen zu schenken, sich von der Beschaffenheit der Logir- und Kosthäuser, in denen sie etwa untergebracht sind, Kenntniss zu verschaffen, und wenn sie finden, dass aus der Unterbringung in solchen Häusern Gefahren für das leibliche oder sittliche Wohl des Lehrlings erwachsen, durch Verhandlung mit dem Lehrherrn und den Eltern oder Vormündern auf Beschaffung eines anderweiten, den Anforderungen entsprechenden Unterkommens hinzuwirken.

Hiernach soll das Institut der Beauftragten in gewerbe-polizeilicher Hinsicht die Thätigkeit der Gewerbeaufsichts-beamten ergänzen.

Der Innungsvorstand ist nach § 92 c berechtigt, bei Ver-stössen gegen statutarische Bestimmungen Ordnungsstrafen, insbesondere Geldstrafen bis zu 20 Mark zu verhängen.

Nach § 96 unterliegen die Innungen der Aufsicht der un-teren Verwaltungsbehörde, in deren Bezirk sie ihren Sitz haben. — Für gleiche oder verwandte Handwerke kann auf Antrag der Betheiligten, wenn die Mehrheit derselben zustimmt, eine Zwangsinnung angeordnet werden.

Nach § 104 können Innungen, welche nicht derselben Auf-sichtsbehörde unterstehen, zu Verbänden zusammentreten. Die Innungsverbände haben die Aufgabe, zur Wahrnehmung der Interessen der von ihnen vertretenen Gewerbe die Innungen, Innungsausschüsse und Handwerkskammern in der Verfolgung ihrer gesetzlichen Aufgaben, sowie die Behörden durch Vor-schläge und Anregungen zu unterstützen . . .

Die Verbandsvorstände sind nach § 104 c befugt, in Be-treff der Verhältnisse der in dem Verband vertretenen Gewerbe an die für die Genehmigung des Verbandsstatuts zuständige Stelle Bericht zu erstatten und Anträge zu richten. Sie sind verpflichtet, auf Erfordern dieser Stelle, Gutachten über ge-werbliche Fragen abzugeben. Der Innungsverband ist nach § 104 c befugt, für die Mitglieder der ihm angeschlossenen Innungen und deren Angehörige zur Unterstützung im Falle von Krankheit, Tod, Arbeitsunfähigkeit oder sonstiger Bedürf-tigkeit Kassen zu errichten.

Nach § 104 k überwacht die Aufsichtsbehörde die Befol-gung der gesetzlichen und statutarischen Vorschriften und kann dieselben durch Androhung, Festsetzung und Vollstreckung von Ordnungsstrafen gegen die Inhaber der Aemter des Vorstandes erzwingen.

Die Ueberwachung der Erfüllung ihrer gesetzlichen Auf-gaben ist Pflicht der Innungen, die Bestellung von Be-auftragten, auch Nichtmitgliedern, Recht der Innungen.

Von der Befugnis, an einer gesundheitsgemässen Ausge-staltung der Handwerksbetriebe innerhalb der engen Grenzen des Gesetzes mitzuwirken, ist bisher nur in sehr geringem Umfange Gebrauch gemacht, insofern nur ein kleiner Theil der Innungen Beauftragte ernannt hat, und noch weniger ist von einer über den § 94 c der Gewerbeordnung hinausgehenden Mitwirkung auf dem Gebiet der sozialen Hygiene und einer weitergehenden Selbstkontrolle die Rede. Von dem vielfach mangelnden Verständniss abgesehen, kommt erschwerend der Umstand in Betracht, dass nur ein Theil der handwerklichen Betriebe Innungen angehört, dass die freien Innungen, zu denen der Beitritt ein freiwilliger ist, gegenüber den Zwangs-innungen überwiegen, und dass in vielen Ortschaften Innungen überhaupt nicht bestehen.

Diese Lücke auszufüllen, sind die Handwerkskammern berufen, denen die Vertretung der Interessen des Handwerks, ihres Bezirks obliegt, und die aus den Handwerksinnungen und denjenigen Vereinigungen, welche die Förderung der gewerb-lichen Interessen des Handwerks verfolgen, gewählt werden.

Nach § 105 c ist die Handwerkskammer wie die Innung befugt, Veranstaltungen zur Förderung der gewerblichen, tech-nischen und sittlichen Ausbildung der Meister, Gesellen (Ge-hilfen) und Lehrlinge zu treffen, sowie Fachschulen zu er-richten und zu unterstützen. Die Innungen und Innungsaus-schüsse sind verpflichtet, den von der Handwerkskammer inner-halb ihrer Zuständigkeit erlassenen Anordnungen Folge zu leisten.

Die Handwerkskammer ist ebenso wie die Innungen be-fugt, Beauftragte zu ernennen und Zuwiderhandlungen gegen

die innerhalb ihrer Zuständigkeit erlassenen Vorschriften mit Geldstrafe bis zu 20 Mark zu bedrohen. Die Festsetzung dieser Geldstrafen erfolgt auf Antrag des Vorstandes oder eines Be-auftragten der Handwerkskammer von der unteren Verwal-tungsbehörde.

Auch wo schon Innungsbeauftragte bestehen, können die Handwerkskammern Beauftragte ernennen. In dem Statut der Handwerkskammer zu Berlin heisst es im § 49: Die Kammer ist befugt, durch Beauftragte die Befolgung der gesetzlichen und statutarischen Vorschriften ihres Bezirks zu überwachen und von der Einrichtung der Betriebsräume und der für die Unterkunft der Lehrlinge bestimmten Räume Kenntniss zu nehmen.

In Sachsen und den Hansestädten ist den Gewerbekammern die Befugnis der Handelskammer übertragen und damit die Befugnis, Beauftragte zu ernennen.

In den Beauftragten der Handwerkskammern ist daher ein Organ gegeben, das eine Ueberwachung auch derjenigen Betriebe ermöglicht, die keiner In-nung angehören; Voraussetzung ist eine im Verhältniss zur Zahl der Handwerksbetriebe ausreichende Zahl von Beauf-tragten. Wenn in Süddeutschland, wo nur wenig Innungen bestehen, überwiegend Gewerbevereine, die Handwerkskam-mern nur einen einzigen Beauftragten für den Bezirk ernennen, so ist das durchaus unzureichend. In Norddeutschland scheint von der Ernennung von Beauftragten seitens der Handwerks-kammern bisher nur wenig oder kein Gebrauch gemacht worden zu sein, doch steht ihre Ernennung für die Handwerkskammer Berlin-Potsdam demnächst bevor. Wenn wir bedenken, dass im Bezirk der Handelskammer Berlin-Potsdam etwa 50 bis 60000 Handwerksbetriebe bestehen, wird es, um das Institut nutzbringend zu gestalten, der Ernennung einer grossen Zahl von Beauftragten bedürfen. Dass hierzu geeignete und be-reite Persönlichkeiten sich überall finden werden, erachte ich dann für zweifellos, wenn seitens der Aufsichtsbehörden diesem Zweig der Sozialpolitik überall das erforderliche Inter-esse entgegengebracht wird, an dem es zur Zeit noch viel-fach fehlt. Je mehr die Landräthe und Magistrate es sich angelegen sein lassen, das Interesse für das Innungswesen in ihrem Bezirk auf alle Weise zu wecken und zu fördern und dahin zu wirken, dass möglichst alle Betriebe sich zu Innungen zusammenschliessen und ihre Organisation neben den wirth-schaftlichen Aufgaben auch einer gesundheitsgemässen Aus-gestaltung ihrer Betriebe nutzbar machen, um so erfolgreicher wird die Wirksamkeit der Beauftragten sich gestalten.

Dass für eine gesundheitsgemässe Ausgestaltung der Hand-werksbetriebe die im § 94 c des Gesetzes und im § 49 des Statuts der Handwerkskammer von Berlin gestellten Aufgaben nicht ausreichen, dass im Interesse einer gesundheitsgemässen Ausgestaltung der Betriebe eine Erweiterung dieser Auf-gaben und deren Kontrolle nicht entbehrt werden kann, bedarf keiner Ausführung. Soweit diese weitergehenden Auf-gaben, weil im Gesetz nicht direkt vorgesehen, wenngleich sie zu den den Handwerksbetrieben gemeinsamen Interessen gehören und ihrer Aufnahme in besondere Nebenstatuten sicher nichts entgegensteht, durch die den Innungen und Handwerkskammern zur Verfügung stehenden Strafmittel nicht erzwungen werden können, wird bei ihrer Durchführung die polizeiliche Mitwirkung nicht zu entbehren sein, die indess nur so weit in Frage kommt, als es dem gesunden Sinn des Hand-werks nicht gelingt, allen berechtigten, im wohlverstandenen Interesse des Handwerks gelegenen gesundheitlichen Forde-rungen zur Durchführung zu verhelfen. Hierfür das Verant-wortlichkeitsgefühl zu wecken, das Verständniss für die hier vorliegenden Aufgaben zu fördern, giebt es kein besseres

Mittel, als die Betheiligung der Innungen, der Handwerkskammern und Verbände bei der Durchführung und Ueberwachung der allgemeinen und besonderen gesundheitspolizeilichen Massnahmen.

Neben der im § 94c vorgesehenen Ueberwachung der Arbeitsstätten und der Unterkunftsräume der Lehrlinge gehört hierher die Förderung des Reinlichkeitssinns der heranwachsenden Handwerkerjugend; zu diesem Zweck müssen überall Waschgelegenheiten, Seife und saubere Handtücher, sowie Spucknapfe bereit stehen, deren regelmässige Benutzung zu überwachen ist. Hierher gehört weiter die Sorge für ausreichende Beköstigung, sowie ferner die möglichst gesundheitsmässige Ausfüllung der Mussestunden durch Einrichtung von Bibliotheken und Lesehallen, Unterstützung von Volksheimen und ähnlichen Einrichtungen, wobei auf die Gefahren des Alkoholismus und der Syphilis in geeigneter Weise hinzuweisen sein wird, Aufgaben, die unter den § 81b, Abs. 1 der Gewerbeordnung und den § 5 der Mustervorschriften zur Regelung des Lehrlingswesens fallen, da sie gleichzeitig der sittlichen Ausbildung der Handwerkerjugend zu dienen bestimmt sind, und weiter die Pflege von Turnen, Spiel und Sport als Korrektiv gegen etwaige schädigende Einflüsse namentlich der im Sitzen zu verrichtenden Handwerksbetriebe sowie solcher, die eine einseitige Muskularbeit erforderlich machen. Hieran schliessen sich diejenigen Forderungen, die sich auf die Hygiene der Arbeitsstätte selber beziehen, den erforderlichen Luftraum, die Reinlichkeit und Reinhaltung der Werkstätten, wie die der Arbeitsgeräte und die Sorge für ausreichende Lüfterneuerung, ausreichende Beleuchtung und Erwärmung und endlich diejenigen Massnahmen, die neben dem Schutz der Handwerksbeflissenen vor Allem auch den Schutz des Publikums und die Verhütung der Weiterverbreitung übertragbarer Krankheiten bezwecken, vor Allem die Forderung, dass Schlaf- und Wohnräume von den Werkstätten unter allen Umständen getrennt sind, und dass beim Auftreten übertragbarer Krankheiten sowohl in den Familien der Handwerksmeister wie der Heimarbeiter die nach dem Gutachten des Medizinalbeamten erforderlichen Vorsichtsmassregeln beobachtet werden. Neben diesen allgemeinen gesundheitlichen Massnahmen kommen für jedes Gewerbe und jeden Handwerksbetrieb noch die besonderen hygienischen Massnahmen in Betracht, die den mit dem Gewerbebetrieb oder Handwerk verbundenen besonderen Gefahren zu begegnen bestimmt sind. Hand in Hand hiermit muss eine entsprechende Unterweisung in den Fach- und Fortbildungsschulen gehen.

Wie ausserordentlich rückständig die Hygiene der Werkstätten noch vielfach ist, darüber lassen die Erhebungen namentlich in den Werkstätten der Tapezirer, Bäcker, Schneider u. A. keinen Zweifel. Nach den Feststellungen der Fabrikinspektion, die sich auf die Kleider- und Wäschekonfektion und auf die Kostümbranche bezogen, kamen in mehr als einem Drittel der Räume weniger als 10 cbm Luftraum auf die Person, Ergebnisse, die durch die Wohnungsausmessungen einer grösseren Zahl von Werkstätten, wie solche in Belgard, Bielefeld und Nürnberg ausgeführt wurden, bestätigt werden. Merkel¹⁾ fand für Nürnberg, dass in den Werkstätten der Schneider ein Luftraum von 4 bis 5 cbm für die Person nicht zu den Ausnahmen gehört bei Fehlen jeder Ventilation und vielfach unzureichender Beleuchtung; dazu kommt, dass die Werkstätten mit Koch- und Bügeldämpfen erfüllt waren, dass das Reinlichkeitsbedürfniss durch Bereitstellung von

Wasser, Seife und Handtuch nur in einem verschwindenden Bruchtheil der Fälle befriedigt und dass die Arbeitsdauer vielfach eine sehr ausgedehnte war. In zwei Dritteln der Fälle dienten die Werkstätten gleichzeitig als Wohnräume und in einer grössern Zahl von Fällen auch als Schlafräum. In 7 von 44 Werkstätten befanden sich Kranke, darunter solche, die an Diphtherie, Keuchhusten und Tuberkulose litten. Dass unter solchen Verhältnissen Verschleppungen von Krankheitskeimen durch Kleidungsstücke vorkommen können, ist unzweifelhaft, ganz besonders aber sind in solchen Werkstätten Beschäftigten gefährdet. Diesen unhygienischen Zuständen entsprechend sind die Gesundheitsverhältnisse der Schneider wenig günstig, wie die hohe Tuberkuloseziffer zeigt, die nur zum kleineren Theil darauf zurückzuführen ist, dass sich dem Schneiderhandwerk vielfach schwächliche Personen zuwenden. Das geeignetste Mittel zur Förderung der Werkstättenhygiene ist darin gelegen, dass die unzulänglichen kleinen hausindustriellen Betriebe in grösseren Werkstättenbetrieben zentralisirt werden, die sich hygienisch und gewerbepolizeilich sehr viel leichter kontrolliren lassen, als die vielen kleinen Werkstätten. In Uebereinstimmung mit dem § 81b Abs. 5 muss die Schaffung solcher Musterwerkstätten als eine der dringendsten Aufgaben der Innungen und Handwerkskammern erachtet werden. Dazu kommen die vielfach unhaltbaren Wohnungsverhältnisse der Gesellen, Lehrlinge und Angestellten. Wie traurig es vielfach mit den Unterkunftsräumen der Gesellen und Lehrlinge, wie der Angestellten in Ladengeschäften bestellt ist, lehren die Erfahrungen der Aerzte. Eine grelle Beleuchtung erfuhren diese Verhältnisse durch die im Auftrage des Vorstandes der Berliner Ortskrankenkasse für den Gewerbebetrieb der Kaufleute, Handelsleute und Apotheker bearbeiteten Untersuchungen der Wohnungsverhältnisse ihrer erkrankten Mitglieder, durch die die hier herrschenden unhaltbaren Wohnungszustände illustriert werden.*)

Derartige weitergehende gesundheitliche Aufgaben in ihre Statuten oder besondere Nebenstatuten aufzunehmen und durch die Beauftragten mit überwachen zu lassen, erachte ich die Innungen und Handwerkskammern nicht nur für befugt, sondern auch für verpflichtet, da kein Gewerbeunternehmer und kein Handwerksmeister das Recht hat, die Gesundheit seiner Arbeiter durch unhygienische Einrichtungen der Betriebsstätte oder des Betriebes zu gefährden. Je mehr Unkenntniss und Gleichgiltigkeit der Einsicht weicht, dass jede Besserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen auch eine Hebung der Leistungsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit zur Folge hat, um so früher wird der notwendige Ausgleich der beiderseitigen Rechte und Pflichten auch auf diesem Gebiet der Sozialpolitik sich vollziehen. In demselben Masse, als dies gelingt, wird die Thätigkeit der Aufsichtsorgane zurücktreten können.

In dieser Hinsicht kommen neben den ordentlichen Polizeibehörden in erster Linie die Gewerbeaufsichtsbeamten in Frage, denen die Aufsicht über die Ausführung der Bestimmungen der §§ 105a, 105b Abs. 1, 105c bis 105d, 120a bis 120e nicht nur in Fabriken, sondern auch in handwerksmässigen Betrieben kraft Gesetzes zusteht, ohne dass es hierzu einer besonderen Bevollmächtigung durch die höhere Verwaltungsbehörde bedarf (vergl. auch Erlass des Ministers für Handel und Gewerbe vom 3. April 1897), wenn auch im Allgemeinen von dieser Befugniss gegenüber handwerksmässigen Betrieben ohne Motorbetrieb in der Regel nur aus be-

¹⁾ Merkel, Zur Hygiene im Schneidergewerbe. Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege Bd. 34, Heft 4.

*) Albert Kohn, Unsere erste Wohnungsenquête. (Bearbeitet im Auftrage des Vorstandes der Berliner Ortskrankenkasse für den Gewerbebetrieb der Kaufleute, Handelsleute und Apotheker.)

sonderen Anlässen Gebrauch gemacht worden ist; es kommt hinzu, dass in das Verzeichniss der Gewerbebetriebe, welche in den gemäss § 139^b Abs. 3 der Gewerbeordnung zu erstatten den Berichten zu berücksichtigen sind, die Handwerksbetriebe nicht aufgeführt sind, und dass die Gewerbeaufsichtsbeamten ihr Interesse überwiegend dem Schutz der Arbeiter zuzuwenden haben, während der Schutz des Publikums ihnen nicht in gleichem Masse obliegt.

Diese Lücke auszufüllen, sind die Medizinalbeamten, in Preussen die Kreisärzte, und die Gesundheitskommissionen berufen, und zwar sowohl gegenüber den Handwerksbetrieben im Allgemeinen wie namentlich gegenüber solchen Betrieben, in denen Nahrungs- und Genussmittel hergestellt oder verarbeitet werden, wie Bäckereien, Fleischereien, Wurstküchen u. s. w., ferner solchen, die die Gefahr einer Verbreitung übertragbarer Krankheiten in besonderem Masse in sich schliessen, wozu ausser den oben genannten die Werkstätten der Schneider, Tapezirer, die Frisir-, Barbier- und Haarschneidestuben u. A. gehören. Hier ist eine Mitwirkung der Medizinalbeamten speziell bei der Ueberwachung des Gesundheitszustandes der Angestellten unentbehrlich. Hiervon abgesehen wird die Mitwirkung der Medizinalbeamten und der Gesundheitskommissionen bei der Ueberwachung der Handwerksbetriebe in Bezug auf die gesundheitlichen Einrichtungen im Allgemeinen um so mehr zurücktreten können, je mehr die Innungen und Handwerkskammern von ihrer Befugniss, für eine gesundheitsgemässe Ausgestaltung der Handwerksbetriebe Sorge zu tragen, Gebrauch machen. Hinsichtlich der Beaufsichtigung erwähne ich noch, dass auch in England beispielsweise die Kleinbäckereien nicht von den Fabrikinspektoren, sondern von den lokalen Gesundheitsbehörden besichtigt werden.

Für besonders wichtig und vortheilhaft würde ich es erachten, wenn überall die Beauftragten der Innungen und Handwerkskammern in die Gesundheitskommissionen als Mitglieder gewählt und als solche die Hygiene des Handwerks zu fördern und das Verständniss hiefür in ihre Berufskreise zu tragen sich angelegen sein liessen.

Auch darf von der Zukunft erwartet werden, dass das Beispiel und die natürliche Auslese, die Bevorzugung der gesundheitsgemäss geleiteten Betriebe und Handwerke dazu mitthelfen werden, rückständige Unternehmer und Handwerksmeister der besseren hygienischen Einsicht zuzuführen. Die dadurch verursachten Kosten stehen in keinem Verhältniss zu den Vortheilen, die ein gesundheitsgemäss geleiteter Betrieb den Meistern wie den Angestellten und dem Publikum bietet.

Neben den Aufsichtsorganen wird die allgemeine Wohnungsbeaufsichtigung, deren Einrichtung nach dem Vorgang von Hessen und Bayern in den übrigen Bundesstaaten entgegen gesehen wird, in Bezug auf den Betriebsschutz die dringendsten Forderungen der Hygiene beseitigen helfen. Dass hier noch Vieles zu thun bleibt, darüber lassen wie oben angedeutet, die stattgehabten Erhebungen keinen Zweifel. Es kommt hinzu, dass viele Werkstätten noch heute in gänzlich ungeeigneten Räumlichkeiten, namentlich auch in Kellerräumen sich befinden, die die Gesundheitsverhältnisse der betreffenden Gewerbetreibenden viel mehr gefährden, als dies durch den Gewerbebetrieb an sich geschieht. Wiederhol haben deshalb die Vorstände der Zentral-Kranken- und Sterbekassen der verschiedensten Berufsverbände auf die mit diesen Betrieben verbundenen, in der Kranken- und Sterblichkeitsstatistik zum Ausdruck kommenden Gefahren hingewiesen, so neuerdings die Zentral-Kranken- und Sterbekasse der Tapezirer und verwandter Berufsgenossen Deutschlands in Hamburg, die

in einer an das Kaiserliche Gesundheitsamt gerichteten Eingabe über die gesundheitlichen Gefahren Klage führt, welchen ihre Mitglieder in den Werkstätten der Tapezirer und verwandter Berufe ausgesetzt sind.

Einzelne Berufsverbände, so der Verband der Steinarbeiter und Steinmetzen in Deutschland haben in dankenswerther Weise die Bekämpfung des Alkoholismus in ihr Programm aufgenommen.

Darauf, dass die Aufgabe der Krankenkassen auf dem Gebiete der Krankenfürsorge nicht damit erschöpft ist, dass die Kranken ärztlicher Behandlung zugeführt werden, sondern dass die Krankenkassen ausserdem auch berufen sind, ihre Organisation vorbeugenden Zwecken dienstbar zu machen, wurde wiederholt von mir hingewiesen. Ganz besonders wird die Mitwirkung der Krankenkassen im Kampf gegen den Alkoholismus und die Syphilis, wie gegen die Gewerbekrankheiten im engeren Sinne, nicht zu entbehren sein.

Dass auch in den Kreisen der Arbeiter selber das Interesse für die hygienischen Einrichtungen der Betriebe ein immerregeres geworden ist, beweisen dahingehende Forderungen der Arbeiterverbände. Hierher gehört die Denkschrift mit ausführlicher Begründung, die der deutsche Schneiderverband dem Bundesrath bzw. Reichstage eingereicht hat, mit der Bitte, gesetzlich einzugreifen, indem vor Allem die Ausdehnung der Bestimmungen der Gewerbeordnung über den Arbeiterschutz, über die Gewerbeaufsicht und die Bestimmungen der Sonntagsruhe auf die Hausindustrie und die Heimarbeit gefordert wird. Der Gewerbeaufsichtsbeamte für Bremen berichtet in seinem Jahresbericht für 1901, dass die Schneidergesellen gelegentlich des Ausstandes in Bremen u. A. folgende Forderungen in hygienischer Hinsicht stellten: Die Werkstätte soll der Zahl der Gesellen entsprechend gross sein, so zwar, dass auf jeden Arbeiter ein Luftraum von 12 bis 16 cbm entfällt; die Werkstätte soll thunlichst nicht unter 3 m hoch sein und genügendes natürliches Licht haben, während als künstliche Beleuchtung wegen der geringeren Wärmezeugung Gasglühlicht, nur ausnahmsweise Petroleumlicht zur Verwendung kommen sollte. In Betrieben, in denen mehr als 10 Arbeiter thätig sind, wird ein besonderer Bügelraum für nothwendig erachtet, auf keinen Fall darf der Bügelofen in der Werkstätte stehen; auch wird die Abschaffung solcher Werkzeuge und Einrichtungen verlangt, die ungesunde Dünste entwickeln. Die weiteren Forderungen beziehen sich auf ausreichende Reinigung der Werkstätten, Bereitstellung von Waschvorrichtungen, Spucknapfen und ausreichende Ventilation der Arbeitsräume. Für derartige durchaus zu billigende Forderungen einzutreten und deren Durchführung in die Hand zu nehmen, müsste eine der vornehmsten Aufgaben der Innungen sein. Der Umstand, dass es erst der Initiative der Arbeiter bedurfte, um derartige, durchaus berechnete Forderungen zur Geltung zu bringen, beweist, dass unsere Sozialpolitik auf dem Gebiet des Handwerks über die ersten Anfänge noch nicht hinausgekommen ist.

Zum Schluss weise ich darauf hin, dass auf dem Gebiet der Sozialhygiene auch die Mitwirkung der Handelskammern durch Bildung besonderer Ausschüsse für soziale Hygiene und Wahrnehmung der hier vorliegenden Aufgaben in Erwägung zu ziehen sein wird.

Nach dem Handelskammergesetz haben die Handelskammern die Bestimmung, die Gesamtinteressen der Handel- und Gewerbetreibenden ihres Bezirks wahrzunehmen, und nach § 38 des Gesetzes in der Fassung vom 19. August 1897 sind sie befugt, „Anstalten, Anlagen und Einrichtungen, die die Förderung von Handel und Gewerbe sowie die technische und geschäftliche Ausbildung, die Erziehung und den sittlichen

Schutz der darin beschäftigten Gehilfen und Lehrlinge bezwecken, zu begründen, zu unterhalten und zu unterstützen.“ Zu diesen Anstalten, Einrichtungen u. s. w. gehören namentlich Fach- und Fortbildungsschulen, Prämierung von Lehrlingsarbeiten u. A., aber auch Veranstaltungen zur angemessenen Unterhaltung und Belehrung für Gehilfen und Lehrlinge während der Dauer der Sonntagsruhe, worüber der Bericht der Kommission des Abgeordnetenhauses über die Novelle vom 19. August 1897 (S. 38—39) keinen Zweifel lässt. Nach dieser Richtung wird auch hier vor Allem die Einrichtung von Bibliotheken und Lesehallen, von Volksheimen, Kunstdarbietungen und Aehnliches in Frage kommen. Dabei wird zu erwägen sein, ob und inwieweit sich hierbei ein Zusammengehen mit den Innungen und Handwerkskammern empfiehlt. Aber auch die Förderung von Turnen, Spiel und Sport gehört hierher, insofern diese körperlichen Uebungen nicht blos gesundheitlichen, sondern mittelbar auch sittlichen Zwecken dienen. Ausserdem verdient Berücksichtigung die Frage der Hygiene der Bureaus und der Verkaufsstellen. Da den Handelskammern eine Beaufsichtigungsbefugnis über die in ihnen vertretenen Handels- und Betriebsstätten nicht zusteht, und nachdem durch die Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 18. November 1900 (R. G. Bl. S. 1033) und den § 139c des Gesetzes, betr. Abänderung der Gewerbeordnung vom 30. Juni 1900 (R. G. Bl. S. 968) dem Schutz der Angestellten in den offenen Verkaufsstellen und dazu gehörigen Schreibstuben bereits eine weitergehende Fürsorge zu theil geworden ist, wird es in letzterer Hinsicht genügen, wenn die Aufmerksamkeit der Betheiligten durch die besondern Fachausschüsse auf die hier in Frage kommenden allgemeinen Gesichtspunkte gelenkt und erforderlichen Falls an die Zentralstelle mit Anträgen herangeführt wird.

Je mehr wir den Fragen der Hygiene praktisch nahe treten, um so mehr überzeugen wir uns, dass wir auf dem Gebiet der sozialen Hygiene ohne weitergehende Selbstverwaltung und Selbstkontrolle nicht auskommen. Je früher die Innungen und Handwerkskammern, die Genossenschaftsverbände und Arbeiterorganisationen die Hygiene ihrer Betriebe und Handwerke zum Gegenstand ihrer Fürsorge machen, um so mehr wird auch die Durchführung der gesetzlichen und administrativen Massnahmen, die im Interesse einer einheitlichen Handhabung der Gewerbegesetzgebung und Gewerbe Polizei nicht entbehrt werden können, erleichtert, um so besser werden sich Meister und Gesellen, Lehrlinge und Arbeiter stehen und nicht zuletzt auch das Handwerk selber. In demselben Masse als wir die Lebensbedingungen der heranwachsenden Handwerkerjugend verbessern, tragen wir zur Hebung der wirtschaftlichen Lage und weiterhin ihrer Leistungsfähigkeit bei. Dass dieser Weg hygienischer Erziehung und ergänzender Selbstkontrolle gangbar, beweist das Vorgehen einzelner Innungen und Verbände, dass er erfolgversprechend für die soziale Hygiene, wird eine hoffentlich nicht zu ferne Zukunft lehren.

Die Forderungen der Eisenbahnhygiene in Bezug auf das Rettungswesen im Eisenbahnbetrieb.

Von

Dr. Blume-Philippsburg, Baden.

1. Vorsitzender des Vereins Badischer Bahn- und Bahnkassenärzte.

Die verschiedenen Unglücksfälle, die sich in den letzten Jahren auf unseren deutschen Eisenbahnen ereignet haben, ganz besonders die schweren Eisenbahnunfälle von Offenbach, Altenbeken und Heidelberg vor dem Karlsthor, haben die deutschen Eisenbahnverwaltungen veranlasst, in die Prüfung der Rettungseinrichtungen erneut wieder einzutreten,

nachdem man gefunden hat, dass die vorhandenen Einrichtungen zu einer schnellen und thatkräftigen Hilfe als nicht ausreichend sich erwiesen haben. Wie in Preussen durch das energische Eingreifen Sr. Majestät des Kaisers eine ausführliche Verfügung des preussischen Ministeriums der öffentlichen Arbeiten vom 28. Februar d. J. an die königlichen Eisenbahndirektionen erlassen ist, welche die Aufstellung von Hilfszügen und Hilfsgeräthschaftswagen, Einrichtungen zum schleunigen Herbeirufen der Aufsichtsbeamten, Aerzte und Arbeiter, sowie den Meldedienst bei Unfällen und die Arbeiten an der Unfallsstelle behandelt, so wird zur Zeit bei unserer Generaldirektion der Gr. Badischen Staatseisenbahnen auch auf allerhöchste Anregung unserer Frau Grossherzogin die Frage der Vervollkommnung unserer bestehenden Rettungseinrichtungen einer eingehenden Prüfung unterzogen.

Das zwingende Gebot der Pflicht und helfender Nächstenliebe verpflichtet die Eisenbahnverwaltungen, die Folgen der leider unausbleiblichen Unfälle soviel als möglich durch ausreichende Einrichtungen und Massnahmen zu lindern, die eine rasche und ausgiebige Hilfeleistung der bei den Eisenbahnunfällen Verletzten gewährleisten.

Es kann hier nicht unsere Aufgabe sein, und würde auch zu weit führen, die Einrichtungen der einzelnen Länder zu besprechen, ebenso lasse ich die von Davidsohn¹⁾ aufgeworfene Frage noch unbeantwortet, ob dadurch, dass der letzte Wagen eines jeden Zuges ein Pack- oder Schutzwagen sein muss, die Verletzungen bei Eisenbahnunfällen nicht vermindert werden könnten. Gut wäre dies ganz sicherlich; denn es ist eine unbestrittene, durch die Statistik festgelegte Erfahrungsthat, dass die meisten Verletzungen bei Eisenbahnunfällen bei denjenigen Reisenden konstatiert werden, welche die Plätze des vordersten und besonders des letzten, resp. der zwei letzten Wagen inne haben. Jedoch unter Berücksichtigung der grossen Kosten, welche die Anschaffung eines grossen Wagenparkes ausmachen, und des weiteren Umstandes, dass die Fahrgeschwindigkeit der Züge unbedingt dadurch leiden und wieder weitere Kosten für Dampf und Maschinen verursachen würden, ist diese Frage doch sehr ernstlich zu prüfen, dass „die Kosten nicht in Betracht kommen dürften, wo es sich darum handelt, die Reisenden vor Verletzungen zu schützen.“ Wenn durch „die Aenderung in der Reihenfolge des Wagenparks bei den Zügen“ ein ganz sicherer Schutz gegen Unfälle geboten würde, dann müsste dies unbedingt gefordert werden. Oder könnten diese grossen Summen nicht in einer anderen und vielleicht gerade so guten Weise verwendet werden, welche die Betriebssicherheit noch mehr erhöhen und dadurch die Gefahren für Eisenbahnunfälle vermindert würden, so z. B. die allgemeine Einführung der Strecken-Sicherung durch ein elektrisches Blocksystem? Ich muss auch schon deswegen die obige Frage unbeantwortet lassen, weil bei der Beurtheilung von rein betriebstechnischen Einrichtungen noch viele andere Gesichtspunkte zu berücksichtigen sind, die ich als Laie nicht zu beurtheilen vermag.

Wir sehen es vielmehr als unsere Aufgabe an, die notwendig erscheinenden Forderungen der Eisenbahnhygiene aufzustellen unter Berücksichtigung der Einrichtungen, die sich bereits bewährt haben, und der Mittheilungen der einzelnen Referenten über die Rettungseinrichtungen in den Bundesstaaten: Preussen, Bayern, Württemberg, Sachsen und Baden auf dem 5. Deutschen Bahnärztetag am 20. September d. J. zu München.

¹⁾ „Rettungsdienst im Eisenbahnverkehr“, Vortrag von Dr. Davidsohn (Schneidemühl) Zeitschrift für Samariterwesen No. 18 vom 15. September 1902.

Wir präzisieren nach Brähler²⁾ unsere Forderungen kurz dahin, „dass das Rettungswesen bei Eisenbahnunfällen, wie auch bei plötzlichen Erkrankungen sich zu erstrecken hat auf die Bereithaltung der zur ersten Hilfe nothwendigen Verbandgegenstände und Arzneimittel, auf möglichst schnelle Herbeischaffung ärztlicher Hilfe, auf zweckmässige Massnahme bis zur Ankunft des Arztes, endlich auf geeignete Transportmittel und Unterkunftsräume für Verwundete und Kranke.“

Dies wird durch folgende Einrichtungen gewährleistet:

1. die Anstellung von Bahnärzten bei allen Eisenbahnverwaltungen,
2. die Erhaltung eines gesunden Eisenbahnpersonales,
3. Verbandtaschen, grosse und kleine Rettungskästen,
4. Tragbahnen, Räderbahnen und wollene Decken,
5. Rettungszimmer auf den grösseren Bahnhöfen,
6. Hilfs- und Requisitionswagen, mit den
7. sog. Rettungs- oder Arztwagen zusammengestellt zu stets bereitstehenden Hilfszügen,
8. ein gut funktionirender Melde- und Alarmdienst,
9. ausgebildete Hilfsmannschaften unter Mitwirkung der Samaritervereine und Sanitätskolonnen, und schliesslich
10. eine ausführliche Dienstvorschrift über das Rettungswesen bei Unfällen.

Die Forderung in Bezug auf die Organisation des bahnärztlichen Dienstes³⁾ als eines wesentlichen Bestandtheiles des Eisenbahnbetriebes ist eine jetzt bereits allseitig anerkannte, sodass es Wunder nehmen muss, aus welchen Gründen besonders gewisse Privatgesellschaften noch immer nicht das bahnärztliche Institut eingerichtet haben, ohne welches die Durchführung oben genannter Forderungen überhaupt gar nicht gewährleistet werden kann. Ich unterlasse es daher, hier näher darauf einzugehen, gebe aber der Hoffnung wiederholt Raum, dass diese Forderung bei allen Eisenbahnverwaltungen endlich auf gesetzlichem Wege durchgeführt werde. Eisenbahnunfälle können auch auf Privatbahnen vorkommen, denen die gleichen humanitären Verpflichtungen obliegen wie den Staatseisenbahnverwaltungen.

Nur ein an Körper und Geist kerngesundes Beamtenpersonal im äusseren Dienst garantirt neben gewissen technischen Einrichtungen die Sicherheit und das Leben der Reisenden wie der Angestellten selbst auf den Eisenbahnen. Millionen Menschenleben hängen täglich von den klaren Augen und der sicheren Hand, von der Sicherheit der Funktionen des Nervenapparates eines Bahnbeamten ab, und Millionen von Geldwerth stehen durch die Gefährdung eines Eisenbahntransportes auf dem Spiele. Die Verwaltung muss daher Vorsorge treffen durch ganz genaue Auswahl der Beamten und durch öftere bahnärztliche Untersuchungen, dass sie ganz gesund sind; in einem auf dem deutschen Bahnärztetag 1898 zu Köln gehaltenen Vortrag formulirt Stich-

²⁾ Dr. O. Brähler: „Eisenbahnhygiene“, 28. Lieferung des Handbuch der Hygiene. Verlag von Gustav Fischer, Jena, 1896.

³⁾ Dr. Blume (Philippsburg): „Organisation des ärztlichen Dienstes bei den Eisenbahnbetrieben“, Vortrag auf dem internationalen Kongress für Sanitätsdienst und Hygiene der Eisenbahnen im September 1897 zu Brüssel.

„Rapport sur l'organisation du service médical“ par Dr. Roucaldier, Délégué des Chemins de fer Italiens de la Méditerranée.

„Le service médical dans les chemins de fer“ Rapport du Dr. Ricchi, Médecin en Chef des chemins de fer du réseau de l'Adriatique (Italie).

Nürnberg⁴⁾ die Forderungen über die Massnahmen zur Erhaltung eines gesunden Eisenbahnpersonales.

(Fortsetzung folgt.)

Aus der chirurgischen Abtheilung des Obuchow'schen Krankenhauses für Männer zu St. Petersburg.

Studien zur Kenntniss der zufälligen (nicht operativen) Verletzungen der grösseren Venenstämme.

Von

W. K. Finkelstein.

Dem Andenken Manassein's gewidmet.

(Schluss).

IV. Verletzungen der Vena iliaca.

6. T. A., unbestimmten Alters, wurde am 19. Mai 1901 in das Krankenhaus aufgenommen. Der Patient wurde, wie die Transporteure angaben, bei einer Schlägerei mit einem Messer gestochen; er verlor eine ungeheure Menge Blut, verfiel in Ohnmacht und wurde sofort in das Krankenhaus transportirt. Seit der Verletzung ist ungefähr eine Stunde vergangen. Der Patient ist von mittlerer Statur und mässigem Ernährungszustand, todtblass, bewusstlos. Die Kleidung ist ganz mit Blut begossen, stellenweise mit grossen Blutgerinnseln bedeckt. Athmung unregelmässig, oberflächlich, Puls selbst über den grossen Gefässen nicht zu fühlen. Das gesammte rechte Wundgebiet ist mit einem grossen Blutgerinnsel bedeckt, nach dessen Entfernung oberhalb des inneren Endes des Poupart'schen Bandes eine querfingerbreite, einwärts vom Gefässplexus eine longitudinale, 3 cm lange, mit einem Blutgerinnsel ausgefüllte Wunde hervortrat, neben dem langsam venöses Blut floss. Das Ligamentum Poupartii war durchschnitten, und die Wunde drang tiefwärts in gerader Richtung nach oben und hinten. Die Wunde wurde in der Richtung nach unten um 3, in der nach oben um 7 cm erweitert (F. F. Wolf). Die Muskeln der vorderen Bauchwand wurden theilweise mit dem Messer, theilweise stumpf gespalten. Die Vena femoralis wurde freigelegt. Eine Verletzung derselben fand sich nicht. Sie wurde bis oben untersucht: da fand man in der Tiefe an der Vena iliaca externa eine longitudinale penetrirende Wunde welche durch die vordere und die hintere Wand drang und auf der vorderen 2,5, auf der hinteren 2 cm lang war. Oberhalb und unterhalb der Wunde wurden auf die Vene Ligaturen angelegt. Das Zellgewebe hinter der Vene und einwärts von derselben war stark mit Blut durchtränkt. Einwärts von der unterbundenen Vene fand man in dem nach oben zu abpräparirten Peritoneum eine longitudinale 2 cm lange Wunde. Durch diese Wunde waren die unverletzten Dünndarmschlingen zu sehen. In der Arteria iliaca externa war kein Puls zu fühlen. Exzitantien und Transfusion von Kochsalzlösung. Tod 45 Minuten nach der Operation.

7. W. S., wurde am 5. August 1901 aufgenommen. Er hatte im trunkenen Zustande bei einer Schlägerei einen Messerstich erhalten. Die Einlieferung in das Krankenhaus erfolgte um 12 Uhr Nachts, ungefähr 1 1/2 Stunden nach der Verletzung. Der Patient befand sich in tiefer Ohnmacht, mit kaum fühlbarem Puls. Der Patient ist mittelmässig gebaut, sehr blass, aber trotz des grossen Blutverlustes hochgradig erregt und reagirt mit starken Muskelkontraktionen bei jedem Versuch, die Wunde zu untersuchen, aus der in dunklem ununterbrochenem Strahl venöses Blut fliesst. Die Wunde ist 3 cm lang, eine Querfingerbreite unterhalb des linken Poupart'schen Bandes; ihre Richtung ist schräg, nach oben und innen, genau oberhalb des Gefässgebietes. Die Wunde wurde nach oben zu erweitert (W. K. Finkelstein). Erst nach der Unterbindung des Poupart'schen

⁴⁾ Dr. Stich-Nürnberg: „Ueber die Massnahmen zur Erhaltung eines gesunden Eisenbahnpersonals“ im Selbstverlag. 1898.

Dr. Blume-Philippsburg: „Die öffentliche Gesundheitspflege im Eisenbahnbetriebe“. Sonderabdruck aus der Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege. Braunschweig. 1899.

Bandes und Abpräparierung des Peritoneums etwas nach oben konnte man ganz deutlich die Quelle der Blutung sehen, und zwar in Form eines Spaltes in der Wand der Vena iliaca externa. Die 2 cm lange Oeffnung wurde mittelst Klemmen gefasst. Die Blutung stand vollständig. In der Tiefe des breiten Operationsfeldes war die schwach pulsirende unverletzte Arteria iliaca zu sehen. Oberhalb und unterhalb der Klemmen, die auf das Lumen des Gefässes angelegt wurden, wurden Ligaturen durchgezogen. Entfernung der Klemmen. Keine Blutung. Als man zur Exzision der verletzten Partie schritt, stellte sich die Blutung wieder ein, da die Ligatur vom zentralen Ende hinabgerutscht war. Das zentrale Ende wurde mittelst Klemmen gefasst und dicht vernäht. Resektion eines 2,5—3 cm langen Stückes der Vene. Tamponade der Wunde. 1000 ccm Kochsalzlösung subkutan. Tod 2¼ Stunden nach der Operation. Die Sektion ergab bis auf Erscheinungen von akuter Anämie nichts Besonderes. Verletzt war, wie dies auf dem resezierten Stück zu sehen war, nur die vordere Wand, die hintere war unverletzt geblieben.

Ich möchte nun die Eigenthümlichkeiten dieser Fälle hervorheben. Sowohl in dem einen, wie in dem anderen Falle handelte es sich um streng isolirte Verletzung der Vena iliaca externa, und zwar in dem einen Falle der rechten, in dem anderen Falle der linken. In dem ersten Falle ging das Messer oberhalb des inneren Endes des Poupartschen Bandes, es drang einwärts von der Arteria iliaca externa in die Wand der Vena und perforirte sowohl diese, wie auch die andere Wand. In dem zweiten Falle war die Richtung des Wundkanals eine etwas andere: die Eingangsöffnung lag eine Querfingerbreite unterhalb des Poupartschen Bandes, so dass das Messer, in schräger Richtung nach oben und innen verlaufend, nur die vordere Venenwand verletzt hat. Beide Patienten sind in Folge akuter Anämie und event. auch in Folge des Shocks zu Grunde gegangen.

In der Literatur fand ich keinen Fall von isolirter zufälliger Verletzung der Vena iliaca externa. Es sind Fälle von Unterbindung und Resektion derselben bei verschiedenen Geschwülsten und arteriovenösen Varicen beschrieben worden. Diese Fälle beweisen mit absoluter Sicherheit, dass die Unterbindung der Vena iliaca externa keine für die Lebensfähigkeit der betreffenden Extremität gefährliche Intervention darstellt. Die Unterbindungsverhältnisse sind selbstverständlich sowohl bei Geschwülsten, die das Lumen der Vene komprimiren, wie auch bei lange existirenden arteriovenösen Erweiterungen etwas andere als bei zufälligen Verletzungen: die allmähliche Entwicklung der Geschwulst giebt den kollateralen Bahnen Zeit und Möglichkeit, sich zu entwickeln. Nichtsdestoweniger kann man per analogiam mit den Resultaten der Unterbindung der Vena femoralis bei zufälligen Verletzungen mit grosser Wahrscheinlichkeit behaupten, dass die Ernährung der entsprechenden Extremität in Anbetracht der zahlreichen, stark entwickelten, venösen, kollateralen Bahnen in sehr schwachem Grade leiden wird. Die hauptsächlichsten und zahlreichsten Verbindungen bildet die Vena obturatoria mit der Vena femoralis circumflexa interna. Nach B. S. Cholewicz befindet sich hinten ein gewaltiges venöses Netz, das die Vena femoralis mit der Vena hypogastrica bzw. mit der Vena iliaca interna derselben oder der entgegengesetzten Seite (dank der Verbindung der Vena ischiadica mit dem Plexus vesicalis) verbindet. Ausserdem bildet die Vena femoralis eine Anastomose mit der Vena azygos und den Vv. dorsales, mit anderen Worten, das Blut kann bei Unterbindung der Vena iliaca externa von der unteren Extremität doch in die Vena cava inferior gelangen. Natürlich sind auch hier Abweichungen von der Norm möglich (wie z. B. Einmündung der Vena obturatoria nicht in die Vena hypogastrica, sondern in die Vena iliaca, in der Nähe des Poupartschen Bandes). In der Regel aber dürfte die Unterbindung der Vena iliaca

externa keine ernststen Störungen der Blutzirkulation herbeiführen.

In der Literatur sind sogar einige Fälle von gleichzeitiger Unterbindung der A. iliaca externa sowohl, wie auch der V. iliaca externa bei arteriovenöser Erweiterung veröffentlicht. B. S. Koslowski²¹⁾ hat bei einem traumatischen Pseudoaneurysma im Gebiete des Skarpaschen Dreiecks, entstanden in Folge Schussverletzung der Femoralgefässe, sowohl die A. iliaca externa, wie auch die V. iliaca externa unterbunden. Der Kranke genas. In gleicher Weise verfuhr auch Thiel²²⁾ unter ähnlichen Verhältnissen. In beiden Fällen verschwanden die in den ersten Tagen vorhanden gewesenen Störungen der Sensibilität in kurzer Zeit, und die Wunden heilten ohne Komplikationen. In dem Falle von B. S. Koslowski wurde die Operation am 4., im Falle Thiels am 13. Tage ausgeführt. Thiel erklärt das Fehlen von Oedemen nach der Unterbindung der Vene durch ausreichende Entwicklung von kollateralen Bahnen innerhalb der 13 tägigen Periode, und darauf führt er hauptsächlich den bei seinem Patienten beobachteten günstigen Erfolg zurück. Der Fall von B. S. Koslowski steht schon näher den zufälligen Verletzungen, da hier die Extremität zu der Unterbrechung der Blutzirkulation in den Hauptgefässen weniger vorbereitet war.

Jedenfalls können die Frage der Ungefährlichkeit der isolirten Unterbindung der Vena iliaca externa bei zufälligen Verletzungen derselben nur klinische Beobachtungen endgiltig lösen.

Indem ich zu den Fällen des Obuchowschen Krankenhauses zurückkehre, muss ich hervorheben, dass in dem einen derselben die doppelte Unterbindung der verletzten Vene der einzig richtige Eingriff war, da nicht nur die vordere, sondern auch die hintere Wand verletzt war. In ähnlichen Fällen ist die Anlegung einer Naht mit ungeheuren technischen Schwierigkeiten verknüpft. In dem zweiten Falle war die Anlegung einer Ligatur kontraindiziert, wohl aber konnte man zur Anlegung einer Naht greifen, da nur die vordere Wand verletzt war. Der in diesem Falle begangene Irrthum lässt sich dadurch erklären, dass in mir noch der Eindruck der ersten Operation lebhaft war, bei der ich dem Kollegen F. F. Wolf assistirte. Ich fürchtete eine sekundäre Blutung: inmitten der infiltrirten und mit Blut übergossenen Gewebe konnte man sich über den Zustand der Wandungen der verletzten Vene nicht gut orientiren.

Ein Stück der verletzten Vene zu reseziiren ist überhaupt nicht nothwendig, wenn die Blutung nach Anlegung einer Ligatur zum Stillstand gebracht ist. Die Resektion komplizirt die Operation und ist nur dort berechtigt, wo es erforderlich ist, einen in das Gebiet zwischen den Ligaturen mündenden venösen Ast zu unterbinden. Ist die Blutung gestillt, so kann man die Vena in situ belassen. Bei aseptischem Verlauf wird dies auf den Heilungsprozess der Wunde auch nicht den geringsten schädlichen Einfluss haben.

Das wären sämmtliche*) Beobachtungen von isolirter, zufälliger Verletzung grösserer Venen, die ich im Auftrage des hochverehrten Direktors der chirurgischen Abtheilung des Krankenhauses, A. A. Trojanow, gesammelt habe. Wir hatten also Fälle von Verletzung der Vena jugularis interna, der V. subclavia, der V. cava inferior und der V. iliaca externa. Indem ich mich nun der Literatur der Frage zuwende,

*) Als dieser Aufsatz bereits druckfertig war, wurde in die chirurgische Abtheilung des Obuchow'schen Krankenhauses für Männer ein Patient mit isolirter, penetrirender Verletzung der Vena axillaris aufgenommen. Die Vene wurde von Kinast unterbunden. Der Patient befindet sich auf dem Wege zur Genesung.

muss ich hinzufügen, dass ich in derselben auch Fälle von zufälliger isolierter Verletzung der Vena axillaris und der Vena femoralis gefunden habe. Um die vorliegende Skizze zu vervollständigen, möchte ich mit wenigen Worten die in der Literatur vorhandenen Angaben anführen und zunächst auf Verletzungen der Vena pterygoidea eingehen. In seiner Arbeit weist B. N. Cholzow darauf hin, dass die Bedingungen der Blutzirkulation viel günstiger sind bei der Unterbindung dieser Vene unterhalb der Mündungsstelle der Vena cephalica als oberhalb derselben, da im ersteren Falle die Rolle der ableitenden Bahnen von der Vena cephalica, die gewöhnlich in die Vena axillaris oder in die Vena subclavia unmittelbar unterhalb der Clavicula mündet, ganz und gar übernommen werden. In einigen Fällen verläuft die Vena cephalica über die Clavicula hinaus und mündet in die Vena jugularis externa. Aus diesem Grunde empfiehlt B. N. Cholzow zu der in Rede stehenden Gruppe nur diejenigen Fälle zu rechnen, in denen die obere Ligatur unterhalb der Vena cephalica angelegt worden ist, während Fälle von Unterbindung oberhalb dieser letzteren zu der Gruppe der Unterbindungen der Vena subclavia zu rechnen sind. Leider ist in den Krankengeschichten das Verhalten der Ligatur der Vena cephalica gegenüber nicht angegeben. In der Literatur fand ich nur äusserst mangelhaft beschriebene Fälle von isolierter (nicht operativer) Verletzung der Vena pterygoidea.

Fall von Arendt²³⁾. Messerwunde in der linken Fossa axillaris, einige Zentimeter lang, nicht blutend. Der Verletzte hat viel Blut verloren. Bei der Besichtigung fanden sich zwei Venen, die an ihrer Mündungsstelle in die Vena pterygoidea durchschnitten waren. Nach zwei Tagen heftige Schmerzen in der Extremität und Paralyse des N. radialis. Zweite Operation (acht Tage nach der ersten). Nach Freilegung des Gefässgebietes erblickte Autor in der Vena pterygoidea eine 2 cm lange Spalte, aus der sich Blut ergoss. Die Spalte wurde in Klemmen gefasst, die nach zwei Tagen entfernt wurden. Das aufgetretene Oedem verschwand nach zwei Tagen. Die Paralyse blieb bestehen. Die Ursache derselben blieb unaufgeklärt, weil der Patient in die Operation nicht einwilligte. Arendt erklärt die Bildung der Spalte durch partielle Zerreißen der Intima, welche bei Wechsel und Entfernung der Tampons stattgefunden hatte. Die Venenwand war nach Ansicht Arendt's nur bis zur Intima abgeschnitten.

Fall von Loi²⁴⁾. Der 20jährige Patient stürzte auf ein Messer, das ihm in die Achselhöhle drang. Aufnahme 20 Minuten nach dem Vorfall mit stark blutender, tiefer Wunde. Feste Tamponade brachte die Blutung nicht zum Stillstand. Unterbindung der Vene. Am folgenden Tage beim Tamponwechsel Wiederkehr der Blutung. Genesung. 8 Tage blieb die Extremität geschwollen und cyanotisch.

Aus diesen spärlichen Beobachtungen ist es schwer, irgend welche bestimmte Schlussfolgerungen zu ziehen. Unzweifelhaft ist eins, nämlich dass vollständige Unterbindung der Vena pterygoidea vorübergehende, rasch verschwindende Störungen der Blutzirkulation herbeiführt, und in Folge dessen ist die Anlegung einer zirkulären Ligatur durchaus dort indiziert, wo dieselbe durch ein besseres Verfahren, d. h. durch Vernähung der Venenwunde, nicht ersetzt werden kann.

Verletzungen der Vena femoralis bildeten den Gegenstand besonderer Aufmerksamkeit der Chirurgen. Ich möchte nicht auf die alte, längst in positivem Sinne erledigte Frage von der Zweckmässigkeit und Ungefährlichkeit der isolierten Unterbindung der Vena femoralis besonders eingehen und verweise diejenigen, die sich für diese Frage besonders interessieren, an die schöne Arbeit B. N. Cholzow's, in der die Literatur der Frage eingehend berücksichtigt ist und die anatomischen Verhältnisse nach allen Richtungen hin beleuchtet sind. Die später ausgeführten Experimente von Trzebiecki und Karpinski²⁵⁾, die etwas anders angeordnet waren, als diejenigen

von B. N. Cholzow, ergaben im Wesentlichen ein und dasselbe Resultat, nämlich dass in den meisten Fällen bei Unterbindung der Vena femoralis communis der Abfluss des Blutes aus der unteren Extremität durch andere kollaterale Bahnen stattfand. Niebergall²⁶⁾, Baumann²⁷⁾, Jordan²⁸⁾, Sokolow²⁹⁾, Brohl³⁰⁾, Napalkow³¹⁾, A. Bergmann³³⁾ entscheiden diese Frage auf Grund klinischer Beobachtungen und Angaben der Literatur, Müller³²⁾ auf Grund anatomischer Untersuchungen. Ohne mich in die Erörterung aller dieser mehr oder weniger interessanten Arbeiten einzulassen, möchte ich nur die neueren Beobachtungen über isolierte zufällige Verletzungen der Vena femoralis anführen. Die Zahl dieser Beobachtungen ist gering. B. N. Cholzow berichtet über fünf derartige Fälle, von denen drei (die Fälle von Roux, Gould und Linhart) ausgeschlossen werden können, da der erste äusserst mangelhaft beschrieben ist und in den übrigen beiden ausser der unterbundenen Vene auch die Arterie verletzt war. Es bleiben nur zwei Fälle (diejenigen von Larrey und E. Bergmann) zurück. Einer endete mit Genesung, der zweite endete tödtlich, und zwar in Folge von Pyämie. Zu diesen Fällen kann ich noch folgende sechs aus der neuesten Literatur hinzufügen.

Fall von Zaleski.*) 30jähriger Patient. Stichwunde, beigebracht mit einem Schustermesser unmittelbar unter dem Poupart'schen Bande. An demselben Tage starker Schüttelfrost und 40,0°. Die Wunde wurde eröffnet und tamponiert. Keine Blutung. Am folgenden Tage starke Schwellung des Oberschenkels. Cyanose und Narkose nicht vorhanden. Nach 3 Wochen Tod in Folge plötzlicher Blutung. Gerichtlich-medizinische Obduktion: Vena femoralis fast quer 1 cm oberhalb der Mündungsstelle der Vena saphena durchschnitten. Arterie intakt. Das periphere Ende der Vene ist verstopft, das zentrale Ende offen.

Fall von Demuth.***) 18jähriger Patient. Messerwunde unterhalb des rechten Poupart'schen Bandes. Kompression der blutenden Stelle. Eingeliefert ohne Puls. In die Spalte der Venenwand wurde ein Finger eingeführt und auf diese Weise die Blutung vorübergehend gestillt. Erweiterung der Wunde. Unterbindung des peripheren Endes der Vena femoralis: die Blutung stand nicht. Hierauf wurde die Wunde nach oben erweitert und das zentrale Ende unterbunden; nun stand die Blutung. Resektion eines 1,5 cm grossen Stückes der Vene zwischen 2 Ligaturen. Spalt 7 mm lang. Reinigung der Wunde. Umhüllung und senkrechte Suspension der Extremität. In den ersten Stunden war letztere cyanotisch, kühl bei Berührung und leicht ödematös. Am 3. Tage verschwand die Cyanose, am 5. war die Extremität vollständig normal. Die Wunde heilte unter geringer Eiterung. In der ersten Zeit stellte sich beim Gehen leichtes Oedem der Extremität ein. Nach 2 Monaten konnte der Patient bereits schwerer Arbeit (Schmiedearbeit) nachgehen. Die 4½ Monate später vorgenommene Untersuchung ergab, dass die rechte Extremität trotz der andauernden, schweren Arbeit sich von der linken nicht unterscheidet, nur konnte Schlängelung und Erweiterung der oberflächlichen Venen im oberen Drittel des Oberschenkels, desgleichen oberhalb des rechten Poupart'schen Bandes wahrgenommen werden.

Fall von A. Bergmann.³³⁾ 17jähriger Patient stiess auf eine eiserne Stange. Der Versuch, die Blutung mittelst Tamponade zu stillen, misslang. An der rechten Vene femoralis, oberhalb der Mündungsstelle der Vena saphena befindet sich eine 1,5 cm lange Spalte. Zunächst wurde die Vena saphena unterbunden, dann eine Ligatur auf das periphere Ende der Vena femoralis angelegt. Die Blutung stand. Tamponade. Verband. Nach Entfernung der Tampons stellte sich die Blutung an demselben Tage wieder ein. Erweiterung der Inzision nach oben zu; Unterbindung des zentralen Endes, Resektion eines Venenstückes zwischen Ligaturen. An der vorderen Venenwand befand sich eine dreieckige Wunde. Hochlagerung der Extremität. Die leichte Cyanose verschwand am folgenden Tage. Das

*) Zitirt nach Niebergall. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. XXVII.

**) Ibidem.

leichte Oedem, das sich bei den ersten Gehversuchen eingestellt hatte, verschwand bald.

Fall von Commandeur.³⁴⁾ 35jähriger Patient wurde in der rechten Leistengegend durch einen Granatsplitter verletzt und 1½ Stunden später im Zustande hochgradiger Anämie in das Krankenhaus eingeliefert. 15 cm lange und 8 cm breite Wunde im Scarpa'schen Dreieck. Nach Entfernung der Splitter starke Blutung. M. sartorius zerrissen, M. pectineus im oberen und unteren Winkel freigelegt. A. femoralis intakt. Die laterale Wunde in der Vena femoralis, sowie die durchschnittene Vena saphena wurden in Klemmen gefasst, die am 4. Tage entfernt wurden. Die Wunde heilte aseptisch. Das eingetretene Oedem verschwand bald.

Fall von Ziegler.*) 36jähriger Patient stürzte auf einen eisernen Pflock, der von hinten in den linken Oberschenkel drang. Der Patient wurde in bewusstlosem Zustande eingeliefert. Vena femoralis in querrer Richtung gespalten, oberhalb der Mündungsstelle der Vena saphena. Arterie intakt. Doppelte Unterbindung. Tampon. Nähte. Weder Cyanose, noch Oedem. Hochgradige Schmerzen im Unterschenkel und Paralyse des N. peroneus. Bluterguss in die Scheide des N. ischiadicus. Als der Patient zu gehen anfang, stellten sich am Fusse Oedeme ein. Die Paralyse des N. peroneus blieb bestehen. Entlassung nach 2½ Monaten.

Fall von Fränkel.³⁵⁾ 21jähriger Patient wurde mit einem Federmesser in die linke Leistenbeuge gestochen und im Zustande hochgradiger Anämie in das Krankenhaus eingeliefert. Unterhalb des linken Poupert'schen Bandes befindet sich eine glatte longitudinale, 1—5 cm lange, von einem Blutgerinnsel geschlossene und nicht blutende Wunde. Weichtheile in deren Zirkumferenz leicht vorgestülpt. Operation in Chloroformnarkose (½ Stunde nach der Verletzung). Erweiterung der äusseren Wunde. Auf der vorderen Oberfläche der Vena femoralis befinden sich 2 glatte Wunden: die eine, höher gelegen, 4 mm, die zweite, etwas tiefer und inwärts gelegen, 2 mm gross. Nach Aufhebung des Fingerdruckes strömt aus beiden Wunden Blut. Beide Wunden wurden mittelst Knotennähte unter Anwendung einer Darmnadel vereinigt. In die Naht wurde die ganze Wand gefasst. Bei Aufhebung des Druckes füllte sich die Vene gleichmässig mit Blut. Tamponade, partielle Naht. Glatte Heilung ohne irgend welche Störungen der Blutzirkulation.

Es trat also unter 8 Fällen von isolirter Unterbindung der Vena femoralis bei nicht operativen Verletzungen derselben in 2 Fällen der Tod ein (die Fälle von E. Bergmann und Zaleski). Die Todesursache war in dem ersten Falle Pyämie, in dem zweiten Blutung aus der durchschnittenen und nicht unterbundenen Vene. Schliesst man diese beiden Fälle aus, in denen der Tod nicht durch Unterbindung des Gefässes bedingt war, so hat man 6 Fälle mit 6 Genesungen. Störungen der Blutzirkulation wurden in 4 Fällen beobachtet (die Fälle von Demuth, A. Bergmann, Commandeur und Ziegler), jedoch haben nur im Falle Ziegler's diese in Form eines Oedems aufgetretenen Störungen einen dauernden Charakter angenommen. Die Paralyse des N. peroneus war durch Bluterguss in den N. ischiadicus bedingt. In den übrigen Fällen verschwanden die eingetretenen Störungen der Blutzirkulation bald, und die Kranken konnten ihre schwere Arbeit wieder aufnehmen. A. Bergmann führt das Verschwinden der Oedeme in seinem Falle auf die vorgenommene Suspension der Extremität zurück.

Im Falle Commandeur's war das Lumen des Gefässes anscheinend erhalten; jedenfalls tritt der Autor für die Anwendung von Pincetten bei lateralen Wunden der A. femoralis als für ein Mittel ein, das das Lumen des Gefässes zu erhalten vermag. Im Falle Fraenkel's — dem einzigen, in dem bei zufälliger Verletzung der Vena femoralis eine Naht angelegt wurde — war die Erhaltung des Gefässlumens zweifellos, wodurch aller Wahrscheinlichkeit nach das Fehlen von konsekutiven Störungen im venösen Blutkreislauf erklärt wird.

In den Fällen Fraenkel's und Commandeur's ist das vollständige Fehlen von primärer Blutung bei der Aufnahme beachtenswerth. Diese bei so oberflächlicher Lage der Vene beobachtete Erscheinung wird im Falle Commandeur's durch die Anwesenheit eines Fremdkörpers, der ähnlich wie ein Tampon wirkte, erklärt. In diesem Punkte stützt sich Commandeur auf Maubrac, der auf die Geringfügigkeit der Blutungen bei Schussverletzungen der grossen Venen hingewiesen hat. Im Falle Fraenkel's war das Nichteintreten einer Blutung durch Nachlassen des Blutdrucks und durch wahrscheinliche Kompression des Gefässes durch das in der Umgebung der Wunde angesammelte Blut bedingt. Unter der Einwirkung beider Ursachen konnte eine Verklebung der Ränder der Venenwunde und Bildung eines obturirenden Gerinnsels zu Stande kommen, was in einzelnen Fällen zu vollständiger Stillung der Blutung führen kann; in der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle kommt es, ebenso wie bei Verletzung der gleichfalls oberflächlich liegenden Vena jugularis interna, unter der Einwirkung der steigenden Herzthätigkeit bei unvorsichtigen Bewegungen und Hustenstössen zum Klaffen der Wundränder der Vene und zu einer infausten sekundären Blutung, die, falls Hilfe nicht rechtzeitig geleistet wird, den letalen Ausgang herbeiführt.

In der Literatur sind Beschreibungen von zufälligen Verletzungen anderer grösserer Venen nicht vorhanden, wenn auch theoretisch die Eventualität einer Verletzung derselben sehr gross ist, besonders bei Schussverletzungen der Brusthöhle. Jedoch führen isolirte zufällige Verletzungen der Vena anonyma und der Vena cava superior wahrscheinlich zum Tode, noch bevor die Patienten auf den Operationstisch gelangen. Eine isolirte Verletzung der Vena anonyma ist nur in äusserst seltenen Fällen möglich, weil diese Vene mit der Arterie sich in enger Berührung befindet.

Nun möchte ich die zufälligen Verletzungen der grösseren Venenstämme einer allgemeinen Uebersicht unterziehen und die in Vorschlag gebrachten Behandlungsmethoden erörtern. Wenn man nur unsere eigenen Fälle in Betracht zieht, so sind von den 7 Kranken (3 mit Verletzung der Vena jugularis interna, 1 mit Verletzung der Vena subclavia, 1 mit Verletzung der Vena cava inferior und 2 mit Verletzung der Vena iliaca externa) 3 genesen und 4 gestorben. Gewiss ist die Zahl der Fälle sehr klein, um aus derselben einen Mortalitätsprozentsatz zu berechnen. Man muss jeden Fall einzeln beurtheilen, seine Individualität in Betracht ziehen und den Ausgang je nach dem Zustande des Kranken im Moment der Aufnahme, nach der Raschheit und Zweckmässigkeit der gelieferten chirurgischen Hilfe und der weiteren Pflege der Wunde beurtheilen.

Nun fragt es sich, was ist gefährlicher: die Verletzung einer Vene oder einer Arterie? Diese Frage auf dem Wege der Statistik zu beantworten, ist sehr schwer, auf Grund allgemein physiologischer Betrachtungen überhaupt unmöglich. Wenn die Blutung aus einer Vene einerseits dank dem niedrigen Blutdruck in derselben und dem Vorhandensein von Klappen, welche den Rückfluss des Blutes aus dem zentralen Ende hemmen (was übrigens, wie aus den mitgetheilten Fällen ersichtlich, äusserst selten der Fall ist), weniger gefährlich ist, so vermag andererseits das Kontraktionsvermögen der Muskelschicht der Arterien die Blutung zum Stillstand zu bringen, sobald der Blutdruck bis zu einem gewissen Minimum gesunken ist. B. N. Cholzow nimmt an, dass Verletzungen der grossen Venen des Halses und der Extremitäten, wenn nicht mehr, so doch ebenso gefährlich sind, wie Verletzungen der Arterie. Die Gefährlichkeit wird

*) I. c.

dadurch bedingt, dass eine spontane Blutstillung in Folge der geringen Kontraktibilität der Venenwandungen, sowie in Folge von Lufteintritt in die Venen, in denen negativer Druck herrscht, schwer zu Stande kommt. Jedoch ist bereits oben darauf hingewiesen worden, dass der Lufteintritt im Sinne einer Gefahr an und für sich eine unbedeutende Rolle spielt. Eine spontane Blutstillung wird gerade bei Verletzung grosser Venenstämme nicht selten beobachtet, und die Verletzten gehen häufiger an sekundärer, als an primärer Blutung zu Grunde. Ich persönlich hätte im Gegentheil annehmen mögen, dass Verletzungen (besonders zufällige) von grossen Arterien weit gefährlicher sind, als Verletzungen von Venen. Uebrigens dürfte man nur bei gleichartigen Faktoren Vergleiche anstellen und Schlüsse ziehen können. Die Blutzirkulations- und Blutstillungsverhältnisse sind aber in den Arterien und Venen zu verschieden, als dass man auf dem Wege des Vergleichs eine richtige Vorstellung von den Gefahren der Blutung aus den einen, wie aus den anderen hätte gewinnen können. Ich möchte meine Ansicht folgendermassen formulieren: Verletzungen von Venen sind ebenso gefährlich, wie Verletzungen von Arterien; sowohl die einen, wie die anderen erheischen eine sofortige chirurgische Hilfe, zu deren Erörterung ich nun übergehe.

Auf dem ersten Plan steht bei der Behandlung der Venenwunden natürlich die Tamponade als das leichteste und rascheste Blutstillungsverfahren. Das Gebiet der Anwendung derselben ist gegenwärtig jedoch stark eingeengt. Die Tamponade (cf. Fall 3) ist bei zufälligen Verletzungen nur dort angezeigt, wo es in Folge anatomischer Verhältnisse unmöglich ist, an die Vene heranzukommen und andere, bessere Blutstillungsmethoden anzuwenden. Als Regel muss die Tamponade ein temporäres Mittel bis zur Besichtigung und Erweiterung der Wunde sein. Die einzig zweckmässigen Blutstillungsmethoden bei Venenverletzungen sind die zirkuläre Unterbindung und die Naht der Venenwunde. Ich habe schon oben darauf hingewiesen, dass die laterale Ligatur meiner Meinung nach für sich keine Indikationen hat. Dort, wo man eine laterale Ligatur anlegen kann, kann man auch zu der ungefährlichen und (unter gewissen Verhältnissen) vollständig zuverlässigen Naht greifen. In der Literatur der späteren Zeit (nach den Arbeiten von Cholzow und Niebergall) fand ich nur einen Fall (cf. den oben angeführten Fall von Klemm) von Anlegung einer lateralen Ligatur bei zufälliger Verletzung der Vena subclavia. Der Fall endete günstig. Nichtsdestoweniger hätte man, wie aus der Beschreibung ersichtlich ist, die unzuverlässige Ligatur ganz gut durch eine sichere Naht ersetzen können.

Die Anlegung von Pincetten auf Venenwunden bei zufälligen Verletzungen der Venen ist äusserst selten angewendet worden. Mit der Zeit wird dieses Verfahren nur noch der Vergangenheit angehören, da die Uebelstände desselben zu deutlich und die Vorzüge zu geringfügig sind. Zu diesem Verfahren griff Herbing bei Verletzung der Vena subclavia und erlebte dabei eine ausserordentlich heftige sekundäre Blutung am dritten Tage nach der Entfernung der Pincetten. Arendt hat dieses Verfahren bei Verletzung der Vena pterygoidea, Commandeur bei Verletzung der Vena femoralis angewandt. Commandeur sucht die Anlegung von Pincetten in seinem Falle dadurch zu rechtfertigen, dass die Wundränder gequetscht waren, und dass man sich also auf die Naht nicht verlassen konnte. Aber in diesem Falle giebt die zirkuläre Ligatur günstigere Chancen für die Wundheilung, um so mehr als die Erhaltung des Lumens, worauf Commandeur gerechnet hat, bei der Anlegung von Pincetten kaum möglich ist. Der weitere Verlauf hat die Hoffnung Commandeurs getrogen, und es ist doch zu Störungen der Blutzirkulation gekommen.

Die Frage der Venennaht wurde von vielen Chirurgen studirt, in Russland von Tichow*) und Napalkow. Die im Jahre 1900 erschienene Arbeit des letzteren Autors enthält ausführliche Literaturangaben und eigene Experimente, über deren Resultate ich oben gesprochen habe. Napalkow fand, dass Venenwunden selbst bei Anwendung einer dreikantigen Nadel auch ohne Umnähung mit der Scheide gut schliessen. Eine konsekutive Blutung trat bei Vernähung der Wunde nur in zwei Fällen am vierten bis sechsten Tage ein (im Ganzen hat Napalkow an Venen 10 Experimente vorgenommen). In beiden Fällen war die Ursache der Blutung eingetretene Eiterung. Bei aseptischem Verlauf kam es zu einer sekundären Blutung nicht. Napalkow glaubt jedoch, die von Schede und Cholzow ausgesprochene Vermuthung, dass ein primäres Verwachsen der Intima ohne jegliche Ablagerung von Gerinnseln möglich sei, nicht bestätigen zu können. Die Ablagerung von Gerinnseln bedroht übrigens die Permeabilität der Gefässe nur bei starker mechanischer Verengung des Lumens, wie dies bei zirkulärer Naht der Fall ist. Aber wenn auch die Permeabilität verloren gehen sollte, so wird dies langsam eintreten, so dass kollaterale Bahnen noch rechtzeitig entstehen werden. Taddei³⁶⁾ fand, dass bei Kaninchen bei Anlegung von lateralen Nähten auf Venenwunden die Wiederherstellung der Kontinuität durch Ablagerung eines keilförmigen Pfropfens an der Nahtstelle geschieht und dass nach zwei Monaten die Venenwand an Stelle der Nahtanlegung ihr normales Aussehen bekommt. Die klinische Beobachtung lehrt (cf. den oben mitgetheilten Fall von Kümmel), dass man auch bei vollständiger Durchschneidung der Gefässe durch Zusammennähung Wiederherstellung der Blutzirkulation erreichen kann. Es ist zweifellos, dass das Gebiet der Nahtanlegung mit der fortschreitenden Entwicklung der Technik derselben sich erweitern wird, und zwar nicht nur bei longitudinalen, sondern auch bei queren Wunden. Derselbe Taddei geht noch weiter und schlägt vor, selbst Plastik der Venenwandungen vorzunehmen, und zwar in der Weise, dass man aus derselben ein Stück in Form eines Lorbeerblattes ausschneidet und die longitudinale Wunde in quere Richtung vernäht. Taddei entfernte aus der Venenwand viereckige Stücke, die nicht weniger als $\frac{1}{3}$ der Zirkumferenz der Gefässe ausmachten, führte vom oberen Rand der Wunde parallele Schnitte und rückte den gebildeten viereckigen Lappen auf den Defekt heran. Die Blutzirkulation ging nach der Versicherung Taddei's fast ohne Hinderung vor sich.

Eine Blutstillung durch Naht bei zufälligen Verletzungen von grösseren Venenstämmen ist nur in drei Fällen erfolgt: es sind die Fälle von Paska (bei Verletzung der Vena jugularis), der meinige (bei Verletzung der Vena subclavia) und von Fraenkel (bei Verletzung der Vena femoralis). Im Falle Körtes führte die Nahtanlegung nicht zum Ziele. Sicht man von dem Falle Paskas ab (die Lage der Wunde ist nicht angegeben), so bleiben zwei Fälle von erfolgreicher Nahtanlegung zurück. In beiden Fällen handelte es sich um eine longitudinale Wunde, und die Nahtanlegung bot keine Schwierigkeiten. Es ist zweifellos, dass die Nahtanlegung bei queren Wunden technisch sehr schwierig ist, aber sie ist unter gewissen Verhältnissen (vorangehender Blutstillung mittelst Anlegung von Pincetten, Narkose des Kranken, Operiren unter günstigen Verhältnissen) durchaus erreichbar und muss als ideales Blutstillungsverfahren das Ziel unserer operativen Bestrebungen werden.

Die erste Bedingung zur erfolgreichen Nahtanlegung ist aseptischer Zustand der Wunde. Bei zufälligen Verletzungen kann man natürlich von vollständiger Asepsis der Wunde

*) Chirurgitschesvaja Sjetopirs, Bd. IV, S. 916.

nicht sprechen; nichtsdestoweniger ist die Naht in frischen Fällen, in denen die Verletzten auf den Operationstisch $1\frac{1}{2}$ bis 1 Stunde nach der Verletzung, vor der Entwicklung von entzündlichen Erscheinungen gelangen, direkt indiziert, wenn sich deren Anlegung keine anatomischen Verhältnisse und der Zustand der Wunde der Venenwand nicht hindernd in den Weg legen. Arteriosklerose und hohes Alter bilden nach Napalkow keine Kontraindikation.

Nun möchte ich meine vorstehenden Ausführungen folgendermassen resumieren:

1. Es giebt keine Vene im Körper des Menschen (vielleicht mit Ausnahme der Vena cava superior und inferior nicht weit von ihren Mündungsstellen in den rechten Vorhof), welche der Operateur zu unterbinden nicht berechtigt wäre in denjenigen Fällen, wo die Unterbindung durch Naht nicht ersetzt werden kann.

2. In sämtlichen Fällen von Venenverletzung ist die Erhaltung des Gefässlumens anzustreben, trotzdem die Gefahr einer nach der zirkulären Unterbindung eintretenden Störung nicht gross ist.

3. Die Hauptgefahr bei zufälligen Verletzungen besteht in primärer bezw. sekundärer Blutung. Lufteintritt spielt eine geringfügige Rolle.

4. Am häufigsten unterliegen zufälligen Verletzungen die am oberflächlichsten gelegenen Vena jugularis interna und Vena femoralis; es folgen dann die Vena subclavia und die Vena axillaris; zufällige isolirte Verletzungen anderer Venenstämme sind äusserst selten.

Literatur.

1. Oppel. Letopis Russki Chirurgij, 1898, H. 3, S. 411.
2. Popow. Chirurgija, 1900, Bd. 8, S. 37.
3. Pasca. Bollettino della Societa Lancisiana. Ref. nach Virchow-Hirschs Jahresbericht, 1896.
4. Schestopal. Russisches Archiv f. Bakteriologie, klinische Medizin und Pathologie, 1898, Bd. 5, S. 51, 137.
5. Dabrowski. Przegląd chirurgiczny, Bd. II. Ref. nach Centralblatt f. Chirurgie, 1895, No. 5, S. 119.
6. Cholzow. Chirurgitscheskij Westnik, 1892, Juni-Dezember.
7. Grekow. Bolnitschnaja Gazeta Botkina, 1897, No. 47 u. 48.
8. Rohrbach. Beiträge zur klin. Chirurgie, Bd. 17.
9. Kummer. Revue de chirurgie, 1899, S. 531.
10. Kümmel. Beiträge zur klin. Chirurgie, 1900, Bd. 26, S. 128.
11. Napalkow. Naht des Herzens und der Blutgefässe. Dissertation Moskau, 1900.
12. Klemm. Deutsche medizin. Wochenschrift 1897, No. 18, S. 279.
13. Herbing. Centralblatt f. Chirurgie, 1893, No. 30.
14. Körte. Ibidem, 1899, No. 16.
15. Ziegler. Münchener medizin. Wochenschr. 1897, No. 27 u. 28.
16. König. Berliner klin. Wochenschr., 1900, No. 2—5.
17. Weljaminow. Chirurgitscheskij Westnik, 1893, Juni. Protokolle der chirurgischen Gesellschaft Pirogows, S. 10.
18. Lindner. Münchener medizin. Wochenschr., 1901, No. 48.
19. Zoege v. Manteuffel. Centralbl. f. Chirurgie, 1899, No. 27, S. 763.
20. Robson. British Medical Journal, 1897, 10. Jan.
21. Koslowski. Chirurgija, 1897, Bd. I, S. 219.
22. Thiel. Centralbl. f. Chirurgie, 1899, No. 46.
23. Arendt. Ibidem, 1893, No. 34.
24. Loi. Gazzetta degli ospedali, 1898, S. 155.
25. Trzebieky u. Karpinski. Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. XLV.
26. Niebergall. Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, Bd. 27, S. 268.
27. Baumann. Centralbl. f. Chirurgie, 1896, No. 5.
28. Jordan. Beiträge zur klin. Chirurgie, 1895, Bd. 14.
29. Sokolow. Medicinskoe Obosrenie, 1896, No. 14.
30. Brohl. Centralbl. f. Chirurgie, 1896, No. 17.
31. Napalkow. Chirurgija, 1897, Bd. II, S. 47.
32. Müller. Archiv f. Anatomie u. Physiologie, 1897.

33. A. Bergmann, Centralbl. f. Chirurgie, 1893, No. 17.

34. Commandeur. Lyon médical, 1895, No. 14.

35. Fränkel. Beiträge zur klin. Chirurgie, 1901, Bd. 30, S. 81.

36. Taddei. Gazzetta degli ospedali, 1901, 1. Oktober.

Referate.

Chirurgie.

Ueber einen Fall von Fremdkörper im rechten Bronchus.

Von Dr. Pan-Kasan.

(Russki Wratsch 1902, Nr. 88.)

Pan wurde eines Tages zu einem 12jährigen Mädchen wegen hochgradigen Blutspeiens gerufen. Aus der Anamnese stellte sich heraus, dass das Kind früher stets vollkommen gesund gewesen war und nur ab und zu fieberhafte Temperaturbewegungen gezeigt hatte. Eltern gesund. Anzeichen von Syphilis und Tuberkulose nicht vorhanden. Den Beginn der Erkrankung führen die Eltern auf einen vom Kinde Ende August oder Anfang September 1899 erlittenen Unfall zurück, der darin bestand, dass das Mädchen, auf dem Hofe spielend, in eine Dunggrube gestürzt war und dabei von der Dungjauche etwas verschluckt hatte, zurück. Seit dieser Zeit hustelte das Kind, litt an Athemnoth, an Appetitlosigkeit und empfand bei jeder Bewegung einen tiefen Schmerz im Gebiet der rechten Brustwarze. Beim Husten entleerte sich sehr wenig schleimigen Auswurfs, der bisweilen mit Blut untermischt war. Die Untersuchung ergab: Einziehung der 6 unteren Interkostalräume rechts; Athmung 28 Züge in der Minute, Dämpfung im unteren Theile der rechten Hälfte des Brustkorbes, deutlicher Lungenschall im oberen Theile derselben Seite und in der ganzen linken Hälfte des Brustkorbes. Die obere Grenze der Dämpfung verlief durch folgende Punkte: rechts an der vorderen Vertebrallinie in der Richtung zum Dornfortsatz des dritten Brustwirbels, an der rechten Skapularlinie — durch den Angulus scapulae, drei Querfingerbreiten oberhalb desselben, an der mittleren Axillarlinie rechts unter der Achselhöhle selbst, an der rechten Mammillarlinie an der fünften Rippe, an der rechten Pleurasternallinie an der sechsten Rippe. Die untere Grenze der Dämpfung ging direkt in die Leberdämpfung über. Im Gebiet der Dämpfung waren Rassengeräusche nicht zu hören. Bei Lagewechsel trat eine Aenderung des Schalles nicht ein. Im Gebiet des Lungenschalles überall vesikuläres Athmen. Im vierten Interkostalraum rechts waren an einer ca. thalergrossen Stelle klingende, subkrepitirende Rassengeräusche zu hören. Im Herzen an der Spitze zwei deutliche Töne. Pulmonalton accentuirt, der rechte Herzventrikel hypertrophisch. Temperatur 36,8—37,0 morgens und 37,5—37,8 abends; des Nachts Schweisse. Dieses klinische Bild hielt unverändert vier Monate lang an; dann hustete eines Tages das Kind nach einem hartnäckigen und quälenden Hustenanfall ein „Stückchen Fleisch“, das in der Mitte einen Kirschstein enthielt, aus. Hierauf änderte sich das Bild sofort: dort, wo der Schall gedämpft war, hörte man reinen Lungenschall. Die Accentuirung des Pulmonaltones verschwand, desgleichen die Hypertrophie des rechten Herzventrikels. Husten und Asthma haben bedeutend nachgelassen, nur die klingenden Geräusche im vierten Interkostalraum blieben noch zwei Monate bestehen, um dann mit dem Husten endgiltig zu verschwinden. Das Kind erholte sich rasch und ist gegenwärtig ein vollständig gesundes, blühendes Mädchen. Die Behandlung war eine symptomatische, da in eine chirurgische Intervention nicht eingewilligt wurde. Die besonders beachtenswerthen Momente dieses Falles bestehen darin, dass der Fremdkörper hier zur Zusammenschrumpfung des ganzen unteren

rechten Lungenlappens geführt hat, zweitens dass nach Entfernung des Fremdkörpers der vier Monate lang zusammen-geschrunpft gewesene Lungenlappen sofort wieder zu funktionieren begonnen hat, und schliesslich, dass der mit der Dungauche in die Athmungswege gelangte Fremdkörper nur eine zirkumskripte Entzündung des Lungengewebes um sich herum und nicht, wie das häufig in solchen Fällen der Fall zu sein pflegt, eine Nekrose oder einen Abszess bewirkt hat. Lb.

Fremdkörper in der Herzwand und Karies der Wirbelsäule bei einem 13jährigen Knaben.

Von Dr. B. Fischer, Assistent am pathol. Institut in Bonn.

(D. med. Wochenschr. 1902, No. 35.)

Bei einem 13jährigen Schüler hatte sich nach einem vor zwei Jahren geschehenen Fall auf dem Eise anscheinend eine linksseitige Hüftgelenkentzündung gebildet. Bei der Operation wurde ein Abszess in der Nähe des Hüftgelenks gefunden, von dem aus man später rauhe Vorder- und Seitenflächen des VII.—IX. Brustwirbels abtasten konnte. Im Sekret fanden sich keine Tuberkelbazillen. Auffallend war vom Anfang der Erkrankung an die auch im (nicht immer geraden) Verhältniss zur Temperatur hohe Zahl des Pulses, der unregelmässig, oft aussetzend und durch Digitalis nicht zu beeinflussen war. Unter Amyloiderscheinungen, Herzschwäche, Thrombose der Vv. iliaca erfolgte der Tod am 16. Januar 1902.

Bei der Sektion ergaben sich als Hauptbefunde: Karies an der Vorder- und Seitenfläche des VII.—XII. Brustwirbels, Verwachsung des grössten Theiles des Herzbeutels mit dem Herzen und in der Wand der rechten Kammer etwas nach hinten zu, eingebettet in festes fibröses Gewebe, eine 3 cm lange Nadel. Die Spitze sah nach dem Vorhofe, das stumpfe Ende nach der Herzspitze. Am Herzen fanden sich sonst keine makro- und mikroskopischen Befunde.

Die Nadel muss nach den vorgefundenen Veränderungen schon ziemlich lange sich im Herzen befunden haben. Für den Eingangsweg kommen hier in Betracht: Durchbohrung der Haut oder der Speiseröhren- oder Magenwand. Narben wurden an keiner dieser Stellen entdeckt; sie wurden freilich in vielen Fällen der Literatur vermisst. Verf. erörtert die topographisch-anatomischen Verhältnisse, welche für ein Eindringen von der Speiseröhre oder dem Magen aus in das Herz erleichternd oder erschwerend in Betracht kommen und hält es für das Wahrscheinlichste, dass die Nadel durch die Speiseröhre gewandert ist, da keine Verwachsung zwischen Magen und Zwerchfell bestand.

Die bei der Sektion zunächst entstandene Annahme, die Nadel hätte von der Speiseröhre aus auch die Wirbelsäule verletzt, wird sehr erschüttert durch den später noch gelungenen Nachweis von typischen Tuberkeln und von Tuberkelbazillen in den kariösen Herden der Wirbelsäule.

Angeschlossen sind die Literaturnachweise von 14 Fällen, in denen Fremdkörper von der Speiseröhre oder dem Magen aus in das Herz gedungen waren.

E. Wullenweber-Schleswig.

Unfallverletzung mit Todesfolge.

Tod durch Inkarceration einer traumatischen Hernia diaphragmatica.

Von Landgerichtsarzt Dr. Erdt-Schweinfurt.

(Münch. med. Wochenschr. 1902, No. 36.)

Ein 24jähriger Zimmermann wurde beim Einsturz eines Daches von Balken in der Weise verschüttet, dass, während der Kopf frei war, quer über den Rücken ein Balken lag, ein zweiter senkrecht dazu, die ganze linke Seite des Mannes bedeckend.

Am vierten Tage nach der Verletzung starb der Patient,

unter Frequentwerden der Athmung, zunehmender Unruhe, zunehmenden Schmerzen in Leib und Brust, häufiger werdendem Erbrechen, Aufhören der Blähungen, Herzschwäche. Anfänglich war ausser einer Luxation des linken Oberschenkels (obturatoria) und vielfachen Hautabschürfungen nur eine sehr heftige Schmerzhaftigkeit der linken Brustseite und des Rückens festzustellen gewesen.

Die am Tage nach dem Tode stattfindende gerichtliche Sektion stellte einen handbreiten unregelmässigen Riss im muskulären Theil der linken Zwerchfellhälfte fest, durch welchen der stark gefüllte Magen, ein grosser Theil des Kolon und ein Stück Netz in die Brusthöhle eingetreten waren, die linke Lunge zu einem kleinen grauen Klumpen komprimirt und das Herz ganz weit nach rechts verdrängt hatten, so dass dieser den rechten mittleren Lungenlappen bis zum Zustand der Atelektase zusammengedrückt hatte; die linke sechste, siebente, achte und neunte Rippe waren in der Achsellinie gebrochen, die Pleura im Bereich der siebenten Rippe zerrissen. Blutiger seröser Erguss in die linke Pleurahöhle, Blutergüsse in Milz- und Beckenmuskulatur und in das Skrotum. Seelhorst.

Tödliche Blutung in die Bursa omentalis unter dem Bilde des akuten Darmverschlusses verlaufend.

Von Dr. Carl Grassmann-München.

(Münch. Med. Woch., 1902, No. 32.)

Kein Trauma sondern spontane Blutung aus einem Adenom einer cirrhotisch entartenden Leber (Lobus Spigelii) mit Berstung der Leberkapsel war die Todesursache in einem, unter plötzlich eingetretenen Erscheinungen eines Verschlusses des Querkolon in die Behandlung des Verfassers gekommenen Falle. Eine Laparotomie mit Tamponade der unteren Leberfläche konnte den tödtlichen Ausgang nicht aufhalten, welcher 35 Stunden nach dem Beginn der Erkrankung erfolgte. Erst die Obduktion deckte den Befund klar auf. Die Darmverschlusserscheinungen wurden erklärt durch Druck der prall mit Blutgerinnsel angefüllten Bursa omentalis, in welche das Blut durchs Foramen Winslowii aus dem ihm direkt anliegenden Lobus Spigelii eingelaufen war, auf Magen und Querkolon.

Bemerkenswerth ist, dass Zeichen des Blutverlustes vor der Operation nicht bemerkbar waren. Bei derartiger Entartung des sonst gegen Verletzungen so geschützt liegenden Lobus Spigelii könnte auch ein Trauma eine Blutung herbeiführen, ein Umstand, der dem Falle unfallgutachtliches Interesse verleiht.

Seelhorst.

Neurologie.

Beitrag zur Symptomatologie und Diagnostik der Gehirntumoren und des chronischen Hydrocephalus.

Von Rudolf Finkelburg.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 21. Band, 5. und 6. Heft.)

Verf. bearbeitet in vorliegendem Aufsatz das Material der Bonner Klinik aus den letzten 10 Jahren, im Ganzen 67 Fälle, in diagnostischer, symptomatologischer und pathologisch-anatomischer Hinsicht.

In 4, auch durch die Obduktion bestätigten Fällen von Kleinhirntumor fehlte die Stauungspapille. Dreimal liess sich durch Lageveränderung des Kopfes eine Verschlimmerung der subjektiven Beschwerden (Kopfschmerz, Schwindel) hervorrufen und objektive Veränderungen der Herzthätigkeit (Irregularität, Beschleunigung, Verlangsamung des Pulses) und der Athmungsthätigkeit (Cheyne-Stokes'sches Athmen) auslösen. Frühzeitiges Auftreten von Herz- und Athmungsstörungen spricht für einen unterhalb des Hirnzeltz gelegenen Tumor. Die Prognose scheint in derartigen Fällen besonders schlecht zu sein; der Tod trat plötzlich, 3, 6 beziehungsweise 12 Wochen nach dem ersten Auftreten cerebraler Erscheinungen ein.

In $\frac{1}{4}$ der Zahl der Grosshirntumoren war der Patellarreflex gesteigert auf der dem Hirnherd gegenüberliegenden Seite, auch ohne gleichzeitige motorische Funktionsstörung. In einem Fall von Tumor des rechten Stirnbeins waren die Patellarreflexe beiderseits erheblich geschwächt, offenbar auf Grund der bekannten Veränderungen in den Rückenmarkshintersträngen bei Hirntumoren. Einseitiges Fehlen des Bauchreflexes kann diagnostisch werthvoll sein. Bei einem Tumor des vierten Ventrikels wurden bulbäre Erscheinungen vermisst; der Symptomenkomplex trug einen unbestimmten, funktionellen Charakter. Ein Kranker mit Tumor der seitlichen Theile des Türkensattels hatte 16 Jahre lang halbseitigen und zwar gleichseitigen, periodischen Kopfschmerz. In einem Falle wurde mehrmalige Besserung nach Jodkali und Quecksilber bei multiplen Sarkomen beobachtet, so dass fälschlicher Weise Gummata angenommen wurden. Zweimal trat plötzlicher Tod nach einer Lumbalpunktion auf; ein direkter ursächlicher Zusammenhang ist nicht ohne Weiteres anzunehmen, da plötzliche Todesfälle bei Hirntumoren auch so beobachtet werden.

Ernst Schultze.

Die Frühdiagnose der Gehirnlues.

Von Prof. W. Tschisch-Dorpat.

(Journal of Mental Pathology. Juli 1901.)

Die Frühdiagnose von Lues cerebri ist sehr wichtig, denn nirgends sonst ist die Prognose von der rechtzeitigen Diagnose abhängiger als hierbei. Lues cerebri, sagt Verfasser, ist heilbar, wenn sie im Frühstadium erkannt wird, sonst sterben die Patienten entweder an ihren direkten Folgen oder an Paralyse.

Von den Frühsymptomen ist diffuser, dumpfer Kopfschmerz charakteristisch. Dieses Symptom führt freilich öfter zu schwerwiegenden diagnostischen Irrthümern. Häufig wird er für neurasthenischen Kopfschmerz gehalten, von dem er sich besonders durch sein Auftreten bei Nacht unterscheidet. Der Neurastheniker fühlt sich morgens matt und abends wohl, umgekehrt ist es bei Lues cerebri. In seltenen Fällen fehlt das Kopfweh. Manchmal wird man trotz sorgfältiger Behandlung von Paralyse überrascht.

Schlaflosigkeit ist ein anderes nur bei einer Minorität vorkommendes Symptom, das viele Patienten im Anfang übersehen würden, wenn sie nicht danach gefragt werden. Immerhin giebt es Fälle mit hartnäckiger Schlaflosigkeit als Frühsymptom, wobei die Anamnese eine etwa 5 bis 20 Jahre zuvor durchgemachte Lues ergibt. Derlei Fälle heilen oft überraschend rasch in ein paar Tagen. Bei nichtneurasthenischen Menschen mittleren Alters ist eine genaue Nachforschung von grosser Wichtigkeit. Man muss dabei immer an beginnende Lues cerebri denken und entsprechend therapeutisch vorgehen.

Ungleichheit der Pupillen hat weniger symptomatischen Werth, als ihr zugeschrieben wird. Einmal muss man sich vergewissern, ob die Pupillen vorher gleich waren, dann ob eine Akkommodations- oder Refraktionsanomalie vorliegt. Wenige Patienten können korrekte Angaben machen, wann die Ungleichheit einsetzte. Weder Ungleichheit noch die Reflexe sind frühe Zeichen; sie sind keine Hilfsmittel der Frühdiagnose, sie sind schon Zeichen von tiefgreifender Störung im Hirngewebe.

Die Knie- und Sehnenreflexe haben, sowohl was Steigerung als Herabsetzung betrifft, nur dann symptomatischen Werth, wenn der Untersucher schon vor der Krankheit ihr Verhalten kannte.

Das Allgemeinbefinden ändert sich gewöhnlich erst später.

Den Hauptwerth bei der Frühdiagnose legt Tschisch auf die Zeichen von Seiten des Gefässsystems, speziell die

Arteriosklerose. Sind die Retinalgefässe affizirt, so ist das schon ein Zeichen vorgeschrittener Erkrankung mit ungünstiger Prognose. Die Prädilektionsstelle ist der vordere Ast der Temporalis und zwar in der Nähe der Haargrenze etwa in der Mitte der Schläfe. Arteriosklerose an dieser Stelle ist das wichtigste diagnostische Zeichen der Lues cerebri, das nur in seltenen Fällen fehlt. Weiter zieht Verfasser folgende Schlüsse: Meist beginnt der Prozess an der linken Seite, bei seinen 22 Fällen waren nur zwei Ausnahmen.

Diese Arteriosklerose ist ex iuvantibus ein absolutes Zeichen von Lues cerebri.

Die Differentialdiagnose zwischen Arteriosklerose bei Lues cerebri und chronischem Alkoholismus wird gestellt aus der Krankengeschichte. Arteriosklerose bei Alkoholismus tritt erst nach jahrelangem Abusus spirituos. auf. In Mischfällen fängt die Arteriosklerose früh an.

In der Schlussbemerkung sagt Verfasser, dass psychopathische oder neuropathische Personen nie an Arteriosklerose durch Lues cerebri leiden. Solche Leute bekommen nur ausnahmsweise Lues cerebri oder Paralyse. In zweifelhaften Fällen kann dies diagnostisch verwerthet werden. Er verweist auf die ähnlichen Erfahrungen von Joffroy und Jombault.

L. Mann-Ulm.

Die psychogene Pseudomeningitis.

Von Hugo Starck.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 21. Band, 5. u. 6. Heft.)

Unter Pseudomeningitis versteht man nach dem Vorgange der Franzosen einen Symptomenkomplex, der dem der Meningitis gleicht, der aber seelischen Ursprungs ist und niemals zum Tode führt.

Einen einschlägigen, bemerkenswerthen Fall theilt Verf. mit. Der Fall verdient besonderes Interesse wegen der ausführlichen Mittheilung der Lebensgeschichte des Kranken: Er wurde von Mitte 1899 bis Ende 1901 in den verschiedensten Krankenhäusern im Ganzen 14 mal aufgenommen. Bald wurde Meningitis (tuberkulöse oder epidemische), bald Tumor cerebri, Hydrocephalus acutus, Wirbelcaries, Tetanus traumaticus diagnostizirt; des Oeffteren wurde die Uebertreibung hervorgehoben, einmal wurde auch Hysterie angenommen. Meningitis wurde siebenmal diagnostizirt, und in der That wurde kaum eines ihrer Symptome vermisst. Meist sind verzeichnet Fieber, Nackensteifigkeit, Schmerzen im Kopf, Nacken und im Verlauf der Wirbelsäule, Erbrechen, Obstipation, Hyperästhesie der Haut und Muskeln, Rigidität der Nacken- und Extremitätenmuskulatur, verlangsamte Herzaktion, gesteigerte Reflexe, Krampfanfälle der verschiedensten Art.

Auch der Verf. kam auf Grund seiner Untersuchung zuerst zu der Diagnose Meningitis; doch machten ihn manche Widersprüche im Krankheitsbilde (normale Temperatur, fast unnatürlich schwere Kontraste des Befindens innerhalb kurzer Zeit; korrekte Antworten trotz anscheinend tiefer Somnolenz, leichte Ablenkbarkeit von seinen Schmerzen, gleicher therapeutischer Effekt von Morphinum und aqua destillata) stutzig, und eine Hypnose stellte innerhalb $\frac{3}{4}$ Stunden den Kranken fast völlig wieder her von seinen bedrohlichen Erscheinungen.

Nachdem Verf. die Lebensgeschichte seines Patienten kennen gelernt hatte, kam er zu der Ueberzeugung, dass dieser ein psychisch abnormes Individuum sei, das theils durch wissentlichen Betrug, theils auf unbeabsichtigtem, psychogenem Wege im Stande sei, eine organische Erkrankung ausserordentlich geschickt vorzutäuschen. Während er in Heidelberg ausser einem, seiner Natur nach zuerst verkannten Anfall kein Anzeichen von Hysterie bot, waren solche andernorts in grösster Menge und in bunter Mannigfaltigkeit konstatiert. Während seiner langen Spitalpraxis — oder, wie einer

meiner früheren Chefs sich ausdrückte, Mensurpraxis — hatte er wohl einen oder mehrere Fälle von Meningitis gesehen, die sich seiner Psyche so lebhaft einzuprägen vermochten, dass eine Reproduktion auf psychogenem Wege gelegentlich zum Vorschein kam. Aerztliche Besprechungen an seinem Krankenbette, schriftliche Bescheinigungen seitens des betreffenden Krankenhauses werden mitgewirkt haben.

Verf. stellt 18 Fälle aus der französischen Literatur — in Deutschland ist die psychogene Pseudomeningitis nur wenig bekannt — zusammen und entwirft an der Hand dieser Beobachtungen ein kurzes Krankheitsbild.

Auffallend ist die unerwartete Wendung zur Besserung, die oft über Nacht eintritt, trotzdem vorher die schwersten Krankheitsercheinungen vorlagen. Selten lassen sich in der Anamnese, im Verlauf oder im Abklingen der stürmischen Erscheinungen Symptome vermissen, die auf Hysterie deuten. Das weibliche Geschlecht ist bevorzugt (17 Weiber : 2 Männer). Fast stets löst eine bestimmte Ursache wie psychische Erregung den Anfall aus. Vor Allem sind vorhanden: Kopfschmerzen, Erbrechen (typisches cerebrales, ohne Nausea), Obstipation, Nackenschmerz, Nackensteifigkeit, Rigidität der Nackenmuskeln, Krampfzustände, vasomotorische Lähmungen, Tâches méningitiques, Hyperästhesie der Haut und der Sinnesorgane; das Sensorium ist auffallend benommen trotz nicht oder nur wenig erhöhter Temperatur. Wichtig für eine richtige Diagnose sind: Anzeichen früherer Hysterie, auffallende psychische Veränderung der Kranken vor dem Anfall, hysterische Stigmata, Kontrast zwischen schwerem Symptomenkomplex und vorzüglichem Allgemeinzustand, Fehlen einer erheblichen Abmagerung, verblüffend rasche Heilung, Effekt einer psychischen Behandlung, Auftreten von ähnlich gestalteten Rezidiven.

Vor Allem liegt die Gefahr nahe, dass eine tuberkulöse Meningitis vorgetäuscht wird; und dieser Umstand stellt die sogenannten Heilungen von tuberkulöser Meningitis in ein recht fragwürdiges Licht. Ernst Schultze.

Gynäkologie.

Zwei Fälle von Fremdkörpern im Uterus.

Von Dr. E. Toff, Frauenarzt in Braila, Rumänien.
(Münch. med. W. 1902, No. 38.)

Bei einer 31jährigen Wittfrau entfernte Verfasser aus dem Uterus einen 30 cm langen, 2 Finger breiten Jodoformgazestreifen, welcher vor einem Jahr bei Gelegenheit einer Abortbehandlung eingeführt worden war und das ganze Jahr hindurch heftige Leib- und Kreuzschmerzen und Ausfluss verschuldet hatte.

Im anderen Falle wurde bei Gelegenheit der Behandlung einer abundanten Blutung aus dem Uterus einer 27jährigen Schwangeren ein 5 cm langes, 2 1/2 mm dickes Stäbchen von Helleborus niger mit der Plazenta zu Tage gefördert, welches zu abortivem Zwecke eingeführt worden war. „Dieser — gewerbsmässig betriebenen — Aborteinleitung steht man leider machtlos gegenüber, da die Patientin dem Gesetz nach Mitschuldige ist und man die dem Arzt übrigens unbekannte Urheberin nicht denunzieren kann, ohne die Kranke ebenfalls dem Gericht auszuliefern und so das ärztliche Geheimniss preiszugeben.“ Seelhorst.

Beitrag zur instrumentellen Perforation des Uterus.

Von Schultze-Vellinghausen.
(Centralbl. f. Gyn., Nr. 27/1902.)

Verfasser hat zwei Fälle mikroskopisch untersucht, bei denen von ihm gelegentlich einer Sondirung bzw. Kurettag mit grösster Leichtigkeit ohne jede Gewaltanwendung das Gewebe des fundus uteri durchbohrt worden ist. Er fand ein

starkes Auseinanderweichen der Muskulatur, eine ödematöse bzw. exsudative Durchtränkung zwischen den Muskelbündeln. Vor Allem aber — als primäre Ursache dieser Veränderungen — eine ausgesprochene Gefässveränderung, bestehend in Verdickung der Muskelschicht und Wucherung der Adventitia und Intima. Derartige Veränderungen sind auch schon von anderen Autoren beobachtet worden.

Er fordert bei der forensischen Beurtheilung deshalb zur grössten Vorsicht auf und verlangt die genaueste mikroskopische Untersuchung, da es sich nicht allein um atrophische oder tuberkulös erkrankte oder hochgradig anämische Organe zu handeln braucht, bei denen das operative Unglück vor kommt. Schwarze.

Kaiserschnitt an einer plötzlich verstorbenen Schwangeren mit Extraduktion eines lebenden gesunden Kindes.

Von Dr. H. Jungeblodt-Volkmar.

(D. med. W.-Schr. 1902, 33.)

Eine 31 jährige, zum fünften Male schwangere Frau starb etwa acht Tage vor der erwarteten Niederkunft ohne vorangehende Krankheit plötzlich, unbekannt aus welcher Ursache. J. war nach 6 Minuten zur Stelle, machte 5 Minuten lang vergebliche Wiederbelebungsversuche. Da noch das Anschlagen der kindlichen Theile an die Bauchwand fühlbar war, wurde der Kaiserschnitt beschlossen und, nachdem abermals 6 Minuten zum Herbeiholen der Instrumente, im Ganzen 17 Minuten seit dem Tode der Mutter verflossen waren, ausgeführt. Das extrahierte Kind war tief asphyktisch, wurde aber durch 20 Minuten lange Bemühungen wiederbelebt; es ist ein Mädchen, wog 5 Pfund und war zur Zeit der Korrektur der Veröffentlichung noch gesund und gut entwickelt.

E. Wullenweber-Schleswig.

Ueber einen Fall von Leberzerreissung bei einem neugeborenen Kinde.

Von Privatdozent W. P. Shukowski-Petersburg.

(Praktischeski Wratsch 1902, No. 21.)

Chirurgische Erkrankungen werden bei Neugeborenen sehr häufig beobachtet, und zwar desto häufiger, je energischer die operative Intervention bei der Geburt ist. Das Trauma, dem nicht nur der Kopf, sondern nicht selten auch der ganze Körper des Kindes bei der Geburt unterworfen ist, spielt eine zweifelloso Rolle, und wenn man die nicht selten vorkommende angeborene Schwäche der Blutgefässe und die mehr oder minder mangelhafte Funktion der Athmung in Betracht zieht, so erscheint es verständlich, weshalb beispielsweise im frühen Kindesalter so häufig verschiedene Blutergüsse angetroffen werden. Andererseits kommen bei Neugeborenen Verletzungen vor, deren Entstehung in Dunkel gehüllt ist. Einen solchen Fall hat nun Verf. zu beobachten Gelegenheit gehabt. In der Anamnese schwere Zangengeburt. Bei zweiter Hinterhauptslage der Frucht dauerte die Geburt 48 1/2 Stunde. Das 3800 g wiegende Kind wurde in leichter Asphyxie geboren, aber bald ins Leben zurückgerufen; am Rücken und behaarten Kopftheil zahlreiche Kontusionen und Erosionen. In der Umgebung des rechten Ohres und hinter demselben grosse und tiefe Erosionen, unter dem rechten Tuber frontale eine 1 1/2 cm lange, längliche, oberflächliche Wunde. Ausserdem Erosionen und Kontusionen des oberen Lides des rechten Auges; lineäre Erosion und Kontusion an der Nasenspitze; an der linken Seite des Halses unterhalb des Ohres befindet sich eine starke Kontusion mit grossem Bluterguss unter die Haut. Die Kopfgeschwulst breitet sich über die Scheitelgegend beiderseits aus und greift auf die Stirnknochen über. Bald nach der Geburt bemerkte man bei dem Kinde eine stark ausgesprochene Lähmung der Gesichtsnerven

links. Am ersten Tage war das Kind sehr aufgeregt, schrie viel, dann wurde es aber still, schlief sehr lange, wurde stark gelb, verweigerte die Brust und wurde am dritten Tage todt aufgefunden. Die Sektion ergab: Zerreiſsung der Leber mit sehr grossem Bluterguss in die Peritonealhöhle, Kontusion des Kopfes, herbeigeführt durch Anlegung der Zange, und Zerreiſsung der Schädelnähte mit Blutergüssen. Lb.

Ohrenheilkunde.

Die Unfallverletzungen des Gehörorganes und die prozentuale Abschätzung der durch sie herbeigeführten Einbusse an Erwerbsfähigkeit im Sinne des Unfallversicherungsgesetzes.

Von Röpke-Solingen.

(Archiv für Ohrenheilkunde, Bd. 56, 1. und 2. Heft. Bericht über die Versammlung der Deutschen otologischen Gesellschaft in Trier, Mai 1902. v. Reinhard, Duisburg.)

Referent entnimmt den Akten des Reichsversicherungsamtes, dass anno 1897 auf 45 971 entschädigte Betriebsunfälle 57 als Folgen von Gehörorgansverletzungen kamen. Die Frage: „Welche Folgezustände nach Unfallverletzungen des Gehörorganes können eine zeitweise oder dauernde völlige oder theilweise Erwerbsunfähigkeit des Verletzten im Sinne des Unfallversicherungsgesetzes herbeiführen?“ beantwortet Referent folgendermassen: Ohrmuschelverunstaltungen bedingen keine Rente; für Verlust der ersteren sei eine kleine Rente angezeigt. Die Verletzungen des äusseren Gehörganges sind oft durch die Entstehung von Narben die Ursachen für Schwerhörigkeit und subjektive Geräusche, wodurch also eine theilweise Erwerbsunfähigkeit bedingt werden kann. Diese tritt auch ein bei Traumen des Trommelfells und des Mittelohres, wenn sie ohne Eiterung heilen. Tritt letztere auf, so ist mit Festsetzung einer Dauerrente bis zum Stillstand der Eiterung zu warten; die Erwerbsfähigkeit erleidet natürlich eine weitere Einbusse durch die bei Eiterung auftretenden sonstigen Beschwerden, wie Schwindelgefühl, Kopfschmerzen, subjektive Geräusche. Die Beurtheilung von Verletzungen des inneren Ohres, die meist mit Schädelverletzungen verbunden sind, ist nur dem Spezialisten möglich; solche Fälle sollten deshalb möglichst frühzeitig einem Facharzte zugeführt werden.

Bei der „prozentualen Abschätzung der Einbusse an Erwerbsfähigkeit“ kommen in Betracht der Beruf, das Alter, Geschlecht und der allgemeine Gesundheitszustand des Verletzten. Das Anrecht auf Rentenzubilligung wird hauptsächlich bedingt durch Schwerhörigkeit oder Taubheit mit oder ohne Ohreiterung; durch Schwindelgefühle, Kopfschmerzen, subjektive Geräusche und durch Entstellungen.

Bei Verminderung des Hörvermögens ist natürlich Ein- oder Doppelseitigkeit zu unterscheiden. Die Erwerbsfähigkeit wird beschränkt, sobald man, „bei normalem Hörvermögen“ auf der einen Seite, Flüstersprache auf dem anderen Ohre auf vier Meter Entfernung nicht mehr hört. Einseitige hochgradige Schwerhörigkeit bedingt 10 Prozent der Vollrente. Einseitige Taubheit 20 Prozent. Schwindelercheinungen bedingen 10 Prozent; desgleichen subjektive Geräusche und endlich Entstellung durch Verlust der Ohrmuschel.

Diskussion: Reinhard-Duisburg tritt für die alte Forderung ein, dass Ohrverletzungen möglichst bald dem Spezialisten übergeben werden. R. reicht eine diesbezügliche Resolution ein, die von der westdeutschen Versammlung der Hals- und Ohrenärzte in Köln an 103 Berufsgenossenschaften versandt worden ist und folgenden Wortlaut hat: „Es ist von den Mitgliedern dieses Vereins wiederholt beobachtet worden, dass Ohrenunfallverletzte fast stets erst so spät nach dem

Unfall dem Ohrenarzt behufs Begutachtung zugeführt werden, dass es dem Ohrenarzt schwer, in vielen Fällen sogar unmöglich ist, eine sichere Entscheidung zu treffen oder den Grad der Erwerbsbeeinträchtigung in Folge des Ohrenunfalls zu bestimmen. Zunächst sind die Veränderungen am Ohr selbst gleich nach der Verletzung ganz andere, als einige Zeit nachher; sodann hat die Erfahrung gezeigt, dass Ohrverletzte kurz nach der Verletzung ein viel günstigeres Hörvermögen zugeben als später, weil sie unter dem Eindruck der Freude, noch so glücklich mit ihrer Beschädigung davongekommen zu sein, sofort nach dem Unfall richtige Angaben über das Hörvermögen zu machen pflegen, während spätere Angaben über die verbliebene Hörkraft durchweg viel ungünstiger ausfallen. Der obengenannte Verein hat deshalb in seinen Sitzungen vom 25. November 1901 und 27. April 1902 beschlossen, die Berufsgenossenschaften unter Hinweis auf Obiges zu ersuchen, dafür Bestimmungen zu treffen, dass bei Schädelverletzungen, die so häufig eine Beeinträchtigung des Hörvermögens zur Folge haben, und bei direkten Ohrbeschädigungen ein Ohrenarzt möglichst sofort nach dem Unfall behufs Feststellung des Befundes zugezogen wird.

Es dürfte dies Verfahren im Interesse der Verletzten als auch im Sinne der Berufsgenossenschaften liegen.“

Auf Antrag Reinhardts nahm die Deutsche otologische Gesellschaft einstimmig ein Rundschreiben an, das die obige Resolution unterstützt und an sämtliche Berufsgenossenschaften versandt wird.

Weiss.

Aus Vereinen und Versammlungen.

27. Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege.

Die Eröffnung des Kongresses.

Am 17. September, Vormittags 9 Uhr begannen die offiziellen Verhandlungen. Der grosse Festsaal des „Bayerischen Hofes“ vermochte mit Mühe die bedeutende Anzahl der Tagenden aufzunehmen, denen sich Professor Dr. Fränkel-Halle an Stelle des erkrankten Medizinalrathes Dr. Reinke-Hamburg als Kongressvorsitzender vorstellte. Im Auftrage des kgl. Staatsministeriums des Innern begrüsst Obermedizinalrath Dr. v. Grashof die Kongresstheilnehmer, Bürgermeister v. Borscht gedachte der ersten Sitzung des Vereins in München — im Jahre 1875 — zu einer Zeit, da die Bevölkerung noch unter dem furchtbaren Eindruck der Choleraepidemie gestanden habe. Das sei eine Zeit der Rückständigkeit in der Erfüllung der sanitären Aufgaben gewesen. Der aber habe nun das ehrliche Streben Platz gemacht, eine massgebende Stellung zu allen hygienischen Tagesfragen zu erringen und der vordem wohlverdiente schlechte Ruf sei der allseitigen Anerkennung gewichen, dass München zu den gesündesten Städten Deutschlands zähle. In dieser Stadt, in der Stadt Pettenkofer's, heisse er die Tagenden willkommen. Im Namen des ärztlichen Vereins München und der kgl. bayerischen Armeeverwaltung begrüsst sodann Generalarzt Dr. v. Bestelmeyer die Versammlung, Dr. Karl Becker im Namen des ärztlichen Bezirksvereins, Rechtsrath Wölzl als Vertreter der Münchener Ortsgruppe des deutschen Vereins für Volkshygiene.

Jedem Einzelnen dankte der Vorsitzende Professor Dr. Fränkel in formvoller, übergeistvoller Rede. München habe der Hygiene einen Pettenkofer gegeben und ohne Pettenkofer sei für den Verein eine solche blühende Entfaltung, wie die gegenwärtige, nicht möglich gewesen.

Dem Bericht über das abgelaufene Vereinsjahr, der nun

vom Sekretär des Vereins verlesen wurde, entnehmen wir, dass der Mitgliederstand zur Zeit 1531 betrug, von denen 111 ausschieden, darunter 27 durch den Tod. Dem stehen 230 Neuaufnahmen gegenüber. Mit vielen Anderen haben Ziemssen, Hans Bucher, James Hobrecht und Rudolf Virchow die Erde verlassen, auf der sie so viel gethan zur Hebung der öffentlichen Gesundheitspflege. Der Vorsitzende gedachte der grossen Todten mit warmen Worten.

Ueber das Thema, die hygienische Ueberwachung der Wasserläufe, das als erstes auf dem Tagesprogramm stand, referirte Geheimer Hofrath Prof. Dr. A. Gärtner-Jena. Bezüglich des Verhaltens pathogener Kleinwesen, speziell der Typhuserreger, sei es zweifellos, dass sie längere Zeit lebensfähig bleiben und durch die Flussläufe bis ins Meer gelangen können. Die Hauptquelle der Flussverunreinigung sei die Industrie; eine kleine Zuckerfabrik erzeuge so viel Abwasser, wie eine Stadt von 20000 Einwohnern und soviel organische Substanz wie eine Stadt von 50000 Einwohner. Wenn schon die Forderung, im Flusswasser ein brauchbares Trinkwasser zu erhalten, fallen zu lassen ist, so muss doch ein solcher Reinheitsgrad verlangt werden, von öffentlichen wie auch privaten Wasserläufen, dass ihr Wasser für den Hausgebrauch, zum Baden und für die Zwecke der Industrie benutzbar ist. Dazu ist eine ständige technische wie sanitäre Ueberwachung der Wasserläufe von Nöthen zur Feststellung des Reinheitsgrades, zur Markirung der drohenden Verunreinigungen und zur Feststellung des Selbstreinigungsprozesses. Diese Ueberwachung sei einer Kommission, bestehend aus je einem Verwaltungs-, Wasserbau-, Medizinal- und Gewerbebeamten anzuvertrauen und von Staatswegen zu organisiren. Bezüglich der sog. Selbstreinigung für Flüsse sei noch so viel wie nichts bekannt.

Das Korreferat, das Wasserbauinspektor Schumann-Berlin übernommen hatte, behandelte die bestehenden hygienischen Bestrebungen in ihrer Anwendung auf die Reinhaltung der Wasserläufe unter besonderer Bezugnahme Berliner Verhältnisse. Aus der Diskussion, die an Umfang wie an Lebhaftigkeit nichts zu wünschen übrig liess, ist hervorzuheben, dass Professor Emmerich sich gegen einen seiner Zeit gehaltenen Vortrag von Haubenschmid wandte. Haubenschmid habe sich dahin geäussert, als wolle man schädliche Verhältnisse im Isarlaufe unterhalb Münchens verschleiern. Demgegenüber könne er aus den Resultaten eigener Forschungen feststellen, dass der Sauerstoffgehalt der Isar durch die Einleitung der Fäkalien nur in geringem Grade gesunken sei. An hygienischer Flusskontrolle fehle es nicht und gerade die Isar werde von Zeit zu Zeit in ihrem Unterlaufe ab München chemisch untersucht. Demgegenüber blieb Baurath Haubenschmid bei seiner Behauptung von hygienischen Unzuträglichkeiten im Flussbette bestehen und forderte eine Reinigung der Fäkalien vor ihrer Einleitung in das Flussbett.

Ueber den Einfluss der Kurpfuscherei auf Gesundheit und Leben der Bevölkerung referirte Dr. Karl Grassmann als Punkt 2 der Tagesordnung. Es sei ein förmliches System darin vorhanden, begann der Referent, die Erfolge der medizinischen Wissenschaft zu verdächtigen und mit ihren Vertretern auf Schleichwegen zu konkurriren. Das sei eine Schädigung von Treu und Glauben im öffentlichen Leben durch planmässige Untergrabung des Vertrauens zu den staatlich geprüften Aerzten, den berufenen Vertretern der Heilkunde. Das Heer der Kurpfuscher rekrutirt sich grösstentheils aus ungebildeten Leuten, wie verschiedene Enqueten ergaben. An 79% hatten lediglich die Volksschule besucht und in Berlin, wo derartige Kur-

pfuscher massenhaft gedeihen, hatte man männlicherseits nur 24% und weiblicherseits 1% besser gebildete Individuen gefunden; die Uebrigen gehörten früher irgend welchen Berufszweigen an, die mit der Medizin nicht das Geringste zu schaffen haben. Dagegen liess sich konstatiren, dass beinahe die Hälfte wegen gemeiner Verbrechen vorbestraft war. Für Bayern speziell ergab eine Enquete, dass die Kurpfuscher ihrem früheren Berufe nach Leichenträger, Sauschneider, Nachtwächter, Bauern, hauptsächlich Häckselschneider, Gemüsehändler, Schuster, Schornsteinfeger, Schäfer, Reporter, Abdecker und dergleichen waren. Die meisten hatten sich für ihren Beruf überhaupt nicht vorbereitet, etliche aber gab es, die einen neunmonatlichen Kurs für Naturheilkunde durchgemacht hatten und dann als „Naturärzte“ approbirt worden waren. Nachdem die Heilkunde durch die Reichsgewerbeordnung freigegeben war, konnte diesen Kurpfuschern von vorne herein nichts in den Weg gelegt werden. Allerdings gab es Einige darunter, deren Leistungen hoch über die der gewöhnlichen Kurpfuscher gestellt werden müssen, wenn man diese Laienärzte auch auf einen viel zu hohen Sockel erhebt, wie beispielsweise Kneipp. Die einzelnen der Laienheilkundigen haben sich manchmal direkte Heilmethoden zurechtgelegt, um nach einem Leisten die sämtlichen Krankheiten zu heilen. So entstanden die Wasserkuren, der Magnetismus in der Heilkunde, elektrische Kuren, Voltakuren, Sympathiekuren u. s. w., die theils direkt auf Humbug basiren, theils durch ihre Einseitigkeit zur direkten Gefahr werden können. Der Referent gab nun eine Anzahl der eklatantesten Kurpfuscherfälle zum Besten und hielt diesen die gesetzlichen Strafen gegenüber, die angesichts der grossen Gemeingefährlichkeit der Kurpfuscherei geradezu lächerlich klein zu nennen sind.

Was sollen die Pfuscher anfangen, wenn grosse Seuchen ins Land ziehen? Wer von der Gilde soll die Pest, die Cholera konstatiren? Wer von den Pfuschern soll die sanitären Massnahmen organisiren, um ein Weitergreifen der Seuche zu verhindern? Das sind Fälle, denen das Kurpfuscherthum noch machtloser gegenüber steht als den übrigen Krankheiten. Und dennoch führen diese Kurpfuscher ein geradezu grossartig erträgliches Dasein und ihre Einnahmen sind nicht die geringstbesteuerten, wie an einzelnen Beispielen dargethan wird.

Die Kurpfuscherei ist in einem fortwährenden Zunehmen begriffen und hat in Berlin innerhalb eines Jahres um 160% zugenommen. In München haben wir innerhalb eines Jahres wieder zehn neue annoncirende Pfuscher aufzuweisen. Der deutsche Verein für Naturheilkunde zählt nicht weniger als 810 Sondervereine mit 103 500 Mitgliedern, die wahrscheinlich zum grossen Theile Kurpfuscherei treiben.

Der Umfang der Schädigungen durch organisirte und nichtorganisirte Kurpfuscher ist leider nicht genügend bekannt. Das Studium dieser Frage aber verdiene das vollste Interesse nicht nur der Hygieniker, sondern auch der Verwaltungs- und Justizbeamten, sowie der Nationalökonomien. Das natürliche und berechtigte Interesse des deutschen Aerztestandes an der energischen Bekämpfung des Pfuscherthums wird heute weit übertroffen von dem Interesse des Gemeinwohles an der Verminderung desselben. Daher obliege der Kampf gegen das Pfuscherunwesen heute in erster Linie den Organen des Staates und der Gemeinden, denn er bilde einen nothwendigen Bestandtheil der öffentlichen Gesundheitspflege. (Schluss folgt).

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Eine Augenverletzung.

Entsch. vom 8. Juni 1901.

C. H. zu D. erlitt am 2. August v. J. im Betriebe einer Brauerei durch eine Ammoniakexplosion eine Verletzung der beiden Augen. Nach dem Gutachten des behandelnden Arztes Dr. S. vom 2. bis 18. Oktober 1900 ist durch die narbige Hornhauttrübung auf dem rechten Auge die Sehkraft auf $\frac{1}{20}$ also nahezu vollständig, herabgesetzt. Auf dem linken Auge, wo die Hornhauttrübung ganz geringfügig ist, besteht eine Sehschärfe von $\frac{2}{3}$ der normalen. Die Erwerbsunfähigkeit wird auf 30 pCt. geschätzt. Dieser Schätzung entsprechend hat die Genossenschaft die Rente auf 30 pCt. festgesetzt. Gegen diesen Bescheid hat H. fristgerechte Berufung eingelegt und 60 pCt. der Vollrente beantragt, da er nicht nur das Sehvermögen auf dem rechten Auge eingebüsst habe, sondern auch die Sehkraft des linken Auges herabgesetzt sei und verlangte Begutachtung durch Professor S. zu B. Die Brauerei- und Mälzerei-Berufsgenossenschaft beantragte Zurückweisung der Berufung und bezog sich dabei auf das Gutachten des Dr. S. sowie das nach eingelegter Berufung noch eingegangene ausführliche Gutachten des Dr. P. zu D. vom Dezember 1900. Nach dem fraglichen Gutachten ist die Trübung auf dem linken Auge ganz gering und kaum als krankhaft zu betrachten. Die Sehschärfe auf dem Auge beträgt ohne Glas $\frac{4}{5}$, — ist also fast normal, jedenfalls aber so gut, dass sie in erwerblicher Hinsicht als ausreichend bezeichnet werden kann, selbst ohne Brille. — H. ist unabhängig von dem Unfall auf dem linken Auge etwas übersichtig und bedarf zum scharfen Nahesehen einer schwachen Konvexbrille. — Das rechte Auge ist bis auf das Erkennen von Handbewegungen erblindet. — Die Erwerbsunfähigkeit wird auf 25 pCt. geschätzt. Das Schiedsgericht billigte dem Verletzten eine Rente in Höhe von 50 pCt. zu und führte u. A. aus: Die sachverständigen Beisitzer waren sämtlich der Ansicht, dass H., dem man auf den ersten Blick ansah, dass er eine schwere Augenverletzung erlitten hat, eine Stellung bei der Bedienung einer Dampfmaschine nicht mehr erhalten werde. Insbesondere betonten die Arbeitgeber, dass sie die Verantwortung nicht auf sich nehmen würden, einen derartigen Mann anzustellen. Es wurde darauf beschlossen, dem Verletzten 50 pCt. der Vollrente zuzubilligen. Es ist davon ausgegangen worden, dass die von den Beisitzern geäußerte Ansicht zweifellos allgemein Bedeutung hat. Es mag dieses ein unbegründetes Vorurtheil sein, wie das von dem Sachverständigen Dr. P. angenommen wird. Für den Verletzten ergibt sich aber zweifellos ein höherer Grad der Erwerbsunfähigkeit, und das Schiedsgericht ist genöthigt gewesen, diesen Umstand bei Bemessung der Rente mit zu berücksichtigen.

Das Reichs-Versicherungsamt erachtete eine Rente in Höhe von 40 pCt. für ausreichend, indem u. A. geltend gemacht wurde: Nach dem Gutachten des Augenarztes Dr. P. zu D. vom 15. Dezember 1900 ist das rechte Auge des Klägers in Folge des Betriebsunfalles fast ganz erblindet; der Kläger vermag mit diesem Auge nur Handbewegungen zu erkennen. Die linke Hornhaut zeigte nichts Krankhaftes mehr. Die Sehschärfe auf dem linken Auge beträgt $\frac{4}{5}$ des Normalen. Der Kläger ist unabhängig von dem Unfälle auf diesem Auge etwas übersichtig. Der Befund des Augenarztes erscheint, zumal er durch Dr. S. zu D. unterstützt wird, so zuverlässig, dass es der vom Kläger beantragten Einholung eines Obergutachtens nicht bedarf. Der vom Schiedsgericht hervorgehobene Umstand,

dass die Augenverletzung des Klägers sehr auffällig ist, und dass es dem Kläger schwer fällt, bei solcher Verstümmelung als Heizer Arbeit zu finden, lässt die von der Berufsgenossenschaft festgesetzte Rente von 30 pCt. als zu niedrig erscheinen. Das Rekursgericht hält nach Lage der Sache in diesem Falle eine Rente von 40 pCt. für nothwendig, aber auch für ausreichend und hat deshalb in diesem Sinne das Urtheil des Schiedsgerichts abgeändert. M.

Aus dem Kammergericht.

Eine ungiltige Verordnung.

Entscheidung vom 9. Oktober 1902.

Im Hinblick auf eine Regierungspolizeiverordnung vom 30. Januar 1886, wonach Aerzte Fälle von Kindbettfieber rechtzeitig dem zuständigen Kreisarzt anzuzeigen haben, hatte Dr. med. Sch. ein Strafmandat erhalten. Dr. Sch. beantragte richterliche Entscheidung und führte zu seiner Vertheidigung aus, er habe aus dem Grunde keine Anzeige erstattet, weil er angenommen, dass es sich nicht um Kindbettfieber gehandelt habe. Im Gegensatz zum Schöffengericht verurtheilte die Strafkammer Dr. Sch. zu einer Geldstrafe und führte aus, habe es sich auch nicht um Kindbettfieber gehandelt, so habe doch immer der Verdacht vorgelegen, dass Kindbettfieber vorliege; auch in einem solchen Falle müsse ein Arzt beim Kreisarzt Anzeige erstatten. Gegen diese Entscheidung legte der Arzt Revision beim Kammergericht ein und erklärte, nach der Temperaturhöhe der Kranken konnte nicht auf Kindbettfieber geschlossen werden. Das Kammergericht vernichtete auch die Vorentscheidung und erkannte auf Freisprechung des angeklagten Arztes mit der Begründung, die Anzeigepflicht, betreffend die ansteckenden Krankheiten, sei durch ein Regulativ erschöpfend geregelt worden, welches durch Kabinettsordre vom 8. August 1835 genehmigt sei. Da in dem erwähnten Regulative Kindbettfieber nicht aufgeführt werde, so sei anzunehmen, dass die Regierungspolizeiverordnung vom 30. Januar 1886 ungiltig sei. M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Das Sanitätswesen des Preussischen Staates während der Jahre 1895, 1896 und 1897. Im Auftrage Seiner Exzellenz des Herrn Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten, bearbeitet von der Medizinal-Abtheilung des Ministeriums. Berlin 1902 (Richard Schoetz). 632 S. Text, 176 S. Tabellen, Preis 18 M.

Zum dritten Male, seit die Zersplitterung des amtlichen Materials über das preussische Sanitätswesen in Einzelveröffentlichungen der Regierungs-Medizinal-Räthe aufgehört hat, erstattet die Medizinal-Abtheilung des Kultus-Ministeriums ihren Dreijahresbericht.

Der Zeitraum, auf den der Bericht sich erstreckt, liegt freilich jetzt schon um etliche Jahre zurück, doch wird Niemand hieran Anstoss nehmen, dem sich durch einen Blick in das umfangreiche Werk die ungeheure Fülle der hier zu ordnenden und übersichtlich darzustellenden Einzelheiten offenbart.

Die Verarbeitung dieses grossen Materials ist durchweg in glücklicher Weise erfolgt. Ueberall zeigt sich das erfolgreiche Bestreben, durch eine anregende und fassliche Diktion das Studium des Werkes zu erleichtern, überall ist die Gruppierung des Stoffes klar und übersichtlich.

Die Ueberschriften der einzelnen Abtheilungen lauten wie

in früheren Jahren: I. Stand und Bewegung der Bevölkerung. II. Ansteckende Krankheiten. III. Wohnstätten. IV. Beseitigung der Abfallstoffe. V. Wasserversorgung. VI. Nahrungs-Genussmittel und Gebrauchsgegenstände. VII. Schulen. VIII. Gewerbliche Anlagen. IX. Fürsorge für Kranke und Gebrechliche. X. Bäder. XI. Leichenschau und Begräbnisswesen. XII. Die wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen. XIII. Die Provinzial-Medizinalkollegien. XIV. Medizinalpersonal. Anhang: Kurpfuscherei und Geheimmittelwesen. F. L.

Kornfeld, Die Entmündigung Geistesgestörter. Für Juristen und Sachverständige. Stuttgart, Ferdinand Enke. 1901. 64 S. 2 M.

Von den drei Theilen des Buches giebt der erste, der lediglich die einschlägigen Gesetzesparagrafen, die Verfügung vom 28. November 1899 und eine Reichsgerichts-Entscheidung enthält, zu kritischen Bedenken keinen Anlass.

Nicht das Gleiche gilt von dem Rest des Buches. Es ist erstaunlich, wie da die wichtigsten Dinge mit wenigen Worten abgethan und andere, deren Zugehörigkeit zum Thema nicht leicht zu begreifen ist, breit behandelt werden.

Eine halbe Seite hält K. z. B. für genügend, um seine Ansicht zu begründen, dass die Lehre von den partiellen Seelenstörungen zu Recht besteht.

Ueber die „Geistesschwäche“ des B. G. B. macht er auch wieder nur kurze und in ihrer Anwendung durch ihn selbst unverständliche Andeutungen. Denn auf Seite 27 sagt er: „Grundlegend ist auch die Trennung zwischen denjenigen, die von akuter Geisteskrankheit befallen gewesen, nach oder in Folge derselben geistig schwach geblieben sind, und denen die von frühester Jugend auf eine Abschwächung gezeigt haben, aber einen eigentlichen Irrsinn nicht darbieten . . . im Einklang mit der englischen Judikatur, welche den im Volksbewusstsein festgehaltenen Unterschied zwischen einem schwachsinnigen und einem irren Menschen von jeher unbeirrt in der Rechtsprechung festgehalten hat, ist derselbe auch im § 6 B. G. B. klar zum Ausdruck gebracht.“ Dagegen wendet er auf Seite 37 und 54 die Geistesschwäche des B. G. B. auf „Monomaniaci“, d. h. chronisch Verrückte an, die keineswegs von frühester Jugend an schwachsinnig gewesen zu sein brauchen.

Eine Lieblingsidee des Verfassers, der er von den 13 Textseiten des zweiten Abschnitts nicht weniger als zweieinhalb und ausserdem später noch einen ganzen, höchst wundersam zu lesenden Anhang widmet, ist die, dass nicht das Gehirn, sondern das Blut der Sitz der Seele ist.

Als dritten Theil bringt Verf. fünf Gutachten des weil. Professor Heinrich Neumann, des geistvollen Breslauer Psychiaters, von dem K. mit Recht sagt, dass man seinen Werken mehr Beachtung schenken sollte, als es bis jetzt zu geschehen pflegt. Da wir nun aber jetzt unter dem Bürgerlichen Gesetzbuch leben, musste K. nothgedrungen die Schlussfolgerungen N.'s entsprechend abändern. Das thut er auf sehr einfache Weise durch kurze eingeklammerte Zusätze, bei denen er den Wortlaut des Gesetzes selbst bedenkenlos einer Aenderung unterzieht. Er sagt z. B. von einem im Sinne des Landrechts Blödsinnigen: „Im Sinne des B. G. B. würde er als ‚schwachsinnig‘ (! Ref.) zu erachten sein.“ Jeder Versuch, die Fälle vom Standpunkte des veränderten Gesetzes und seiner Motive auch nur etwas eingehender zu erörtern, wird unterlassen. F. L.

Pollatschek, Die Therapeutischen Leistungen des Jahres 1901. XIII. Jahrgang. Wiesbaden. J. F. Bergmann, 1902. 320 Seiten.

Der Pollatschek'sche Jahresbericht ist keine neue Erscheinung auf dem Büchermarkt, er hat sich schon seit einer Reihe von Jahren den Praktikern als brauchbares Nachschlagebuch bewährt. Wir brauchen auf das Erscheinen der neuen Auflage nur kurz hinzuweisen.

Sobotta, Atlas und Grundriss der Histologie und mikroskopischen Anatomie des Menschen. Lehmann's med. Handatlanten. Band XXVI. München, 1902. 247 Seiten. 20 Mk.

Der vorliegende Band der Lehmann'schen Handatlanten steht in Bezug auf die künstlerische Vollendung der Abbildungen vielleicht unter allen bisher erschienenen an erster Stelle. An der Hand solcher Bilder Histologie zu lernen oder zu lehren, muss ein Genuss sein.

Es entspricht nur dem Wesen des Atlas, wenn gegenüber den Bildern der Text an Bedeutung etwas zurücksteht, doch wollen wir nicht verfehlen, zu betonen, dass sich auch der Text durch Klarheit und Bündigkeit auszeichnet. F. L.

Tagesgeschichte.

Beelitz.

Ein kleiner einsamer Ort in der Märkischen Haide, nicht einmal das gewohnte Ziel Berliner Sonntags-Ausflüge — das war Beelitz bisher. Künftig aber wird es vielgenannt und vielbesucht sein; denn hier haben die Arbeiterheilstätten der Landesversicherungsanstalt Berlin ihren Platz gefunden, Volks-Heilstätten, wie sie grossartiger wohl nirgends in der Welt existiren.

Als kleinen Vorversuch hatte die Anstalt schon 1894 auf dem Stadtgut Gütergotz ein Sanatorium für nichttuberkulöse chronische Kranke errichtet und damit ermuthigende Erfahrungen gemacht. So entschloss man sich denn zu einem Heilstättenbau im grössten Stile, und es entstand auf einem 140 Hektar grossen Baugelände eine Anstalt, die fast einer kleinen Stadt gleichkommt. Die Hauptgebäude sind zwei Pavillons für Männer zu je 186 Betten, einer für Lungenkranke, einer für andere, hauptsächlich natürlich Nervenkrankte, und zwei Pavillons für Frauen, zu je 80 Betten. Dazu kommt eine imposante Kesselhausanlage, Gebäude für Koch- und Waschküche, Desinfektionshaus, eine ganz prachtvolle Zentralbadeanstalt, das Gotteshaus, das Verwaltungsgebäude, die Wohnungen der Aerzte und anderer Angestellter, ferner Liegehallen, Werkstätten u. s. w.

Alles ist von aussen so schmuck anzusehen und in seiner inneren Einrichtung so bis ins Kleinste durchdacht und ohne Luxus zweckmässig und schön, dass man es nicht ohne herzliche Befriedigung betrachten kann. Es ist eine Heilstätte, bei deren Anblick sich des Kranken wirklich das Hoffungsgefühl bemächtigen kann: Hier muss ich gesund werden!

Wer irgend als Arzt oder Laie an der Ausgestaltung der Arbeiterfürsorge und an der Volksgesundheitspflege überhaupt ein warmes Interesse nimmt, für den gehören künftig zum Sehenswerthesten an Berlin die Arbeiterheilstätten in Beelitz.

F. L.

Zur Beschaffung ärztlicher Gutachten für Rentenanwärter.

Dasselbe Thema, welchem wir kürzlich an dieser Stelle eine kurze Auseinandersetzung widmeten, behandelt in einer der letzten Nummern der „Sozialen Praxis“ Herr Kollege Hanauer-Frankfurt. Er führt die Abneigung vieler Aerzte, auf Ansuchen der Verletzten Gutachten abzugeben, grossen

Theils auf die mangelnde Uebung der Aerzte selbst und die ungenügende Information, die sie von den Rentenbewerbern erhalten, zurück.

Hiervon ausgehend, macht er den interessanten Vorschlag, dass denjenigen Aerzten, die sich dafür interessierten, das notorisch ungemein reiche Material der Arbeiter-Sekretariate an Unfallakten zugänglich gemacht werden möge. Aus diesen Akten könnten die Aerzte selbst diejenige praktische Schulung gewinnen, die für die Gutachter-Thätigkeit notwendig sei, und dieselben Aerzte würden dann gewiss auch bereit sein, durch Abfassung anderweitig nicht zu erreichender Gutachten die Aufgaben der Arbeiter-Sekretariate zu fördern.

Sicherlich verdient dieser originelle Vorschlag Beachtung, zumal er geeignet ist, auch die Ausbildung weiterer ärztlicher Kreise im Gutachterwesen zu fördern. Wir verfehlen daher nicht, ihn auch hier zur Diskussion zu stellen. F. L.

Aerzte und Gerichtsbehörden.

Folgenden selbsterlebten Fall berichtet im Aerzte-Vereinsblatt Dr. Creutz-Osterfeld in Westfalen. Er wurde eines Tages „auf Anordnung des Kgl. Amtsgerichts zu Bottrop“ um Mittheilung ersucht, wie lange die Krankheit eines von ihm behandelten Diätars noch dauern würde. Er antwortete und liquidirte für diesen „Befundschein“ 3 Mark. Diese bekam er nicht, auf seine Mahnung wurde ihm geschrieben, eine sachverständige Bescheinigung sei von ihm nicht gefordert worden, sondern nur eine Auskunft, die abzugeben in seinem Ermessen gelegen habe. Die Aerzte des dortigen Gerichtsbezirks pflegten mit ganz vereinzelt Ausnahmen derartige Anfragen immer zu beantworten.

Dr. Creutz hat sich hierbei nicht beruhigt, sondern verfolgt seinen Anspruch weiter — entschieden ist die Sache noch nicht.

Unseres Erachtens ist der Kollege zweifellos im vollen Recht. Wenn eine Behörde „Auskunft über den künftigen Verlauf einer Krankheit wünscht“, so ertheilt sie zweifellos damit den Auftrag zu einer sachverständigen Aeusserung und muss dieselbe auch bezahlen. Wir hoffen bestimmt, dass die höhere Instanz diese Ansicht bestätigen wird.

Etwas zu weit geht der Herr Kollege aber wohl, wenn er von seinem Fall aus schliesst, dass die Gerichtsbehörden im Allgemeinen eine Neigung haben, die Aerzte durch derartige Aufträge pekuniär hineinzulegen. Die Verfügung des Herrn Amtsrichters in Bottrop ist wohl mehr als ein ganz persönlicher Irrthum denn als Symptom einer allgemeinen Missachtung aufzufassen.

Auswahl der Sachverständigen im Entmündigungsverfahren.

Eine Verfügung des Justizministers, wonach als Sachverständiger im Entmündigungsverfahren in der Regel der Gerichtsarzt (bzw. Kreisarzt) und nur unter besonderen Umständen ein anderer Arzt zuzuziehen sein soll, ist in der Presse vielfach als Neuerung aufgefasst und kritisiert worden.

Offiziös wird jetzt darauf aufmerksam gemacht, dass es sich lediglich um einen Hinweis auf rechtlich feststehende Verhältnisse handelt. Nach §§ 404 und 653 der Zivilprozessordnung ist im Entmündigungsverfahren in der Regel der „öffentlich bestellte Sachverständige“ zuzuziehen. Dies ist aber nach § 9 des Kreisarztgesetzes der Kreis- bzw. Gerichtsarzt. Wie weit besondere Umstände vorhanden sind, die die Zu-

ziehung von Irrenärzten erwünscht machen, unterliegt nach wie vor im Einzelfall dem Ermessen des Gerichts.

Abstinentenheim.

Von der Anwendung grosser durchgreifenden Massnahmen im Kampfe gegen den Alkohol ist leider, aus nur zu leicht verständlichen Gründen, zur Zeit noch wenig zu merken. Aber wenigstens das Eine sollte sich durchsetzen lassen, dass der im Erwerbsleben stehende Mensch, welcher sich dem Alkohol fern halten will, auch Gelegenheit findet, sich anderweitig mit Speise und Trank ohne erhöhte Kosten zu ernähren, beziehungsweise ohne Trinkzwang nach Bedürfniss auszuruhen. Man gehe nur einmal durch die Strassen der Grossstadt Berlin, wo es angeblich „Alles giebt“ — ein Lokal, welches jenen Anforderungen entspricht, wird man gerade in den am dichtesten bevölkerten Gegenden vergeblich suchen. Kann man hier doch sogar im heissen Sommer halbe Stunden weit gehen, ohne auch nur auf eine Selterhalle zu stossen.

Erfreulicher Weise wird jetzt eine Wandlung in diesen Zuständen energisch angebahnt. Wie die „Arbeiter-Versorgung“ mittheilt, hat sich ein Verein unter dem Namen „Abstinentenheim“ gebildet, der, unter Ausschluss aller anderweitigen Bestrebungen, lediglich den Zweck hat, Lokale mit Lese-, Bibliothek-, Versammlungsräumen und Herbergen zu errichten, in denen, unter Ausschluss eines Kaufzwangs, nur alkoholfreie Speisen und Getränke verabfolgt werden.

Die Zugehörigkeit zu der Genossenschaft verpflichtet nicht zur Abstinenz, sondern auch Nicht-Abstinente können Mitglieder werden.

Es würde uns freuen, wenn der Hinweis auf dieses Unternehmen ihm auch unter den Aerzten Freunde werben und anderwärts zu ähnlichen Gründungen beitragen würden.

Neue Ministerial-Erlasse.

Erlass vom 18. September 1902 betr. Erhebungen über die Einnahmen der Kreismedizinalbeamten an Gebühren, Tagegeldern und Reisekosten.

Es soll geprüft werden, ob das Kreisarztgesetz bzw. die Einführung der Dienstanweisung eine Verschiebung in den Einnahmen der Kreismedizinalbeamten an Gebühren, Tagegeldern und Reisekosten bewirkt hat. Für die Jahre vor 1900 liegen die Unterlagen betr. dieser Einnahmen vor; nunmehr sollen dieselben für die eineinhalb Jahre von April 1901 bis September 1902 beschafft werden. Wie damals, sollen auch jetzt ausser den Kreisärztlichen auch die Gerichtsärztlichen Gebühren einschliesslich derjenigen für Unfall- und Invaliditätsbegutachtung berücksichtigt werden.

— vom 25. September 1902 betr. Besichtigung der in öffentlicher Benutzung stehenden Desinfektionsanstalten und -apparate sowie der zentralen Wasserversorgungsanlagen durch die Kreisärzte.

Der Erlass knüpft an die zur Zeit wieder in erhöhtem Masse vorhandene Cholera-Gefahr an. Die Kreisärzte sollen eine ausserordentliche Besichtigung der genannten Anstalten und Apparate vornehmen, binnen 8 Wochen über das Ergebniss nach einem bestimmten Frageschema berichten. Bei der Prüfung der Desinfektionsapparate sind Päckchen mit Milzbrandsporen zu benutzen, die von einer Reihe namentlich angeführter Institute geliefert werden.

— vom 20. September 1902 betr. Prüfung der in öffentlicher Benutzung stehenden Desinfektionsapparate für strömenden Wasserdampf durch die Kreisärzte.

Betrifft die Einforderung der oben genannten Päckchen mit Milzbrandsporen von den betreffenden Anstalten.