

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von M. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Alle Manuskripte, Mitteilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wikinger-Ufer No. 1. Korrekturen, Rezensionen-Exemplare, Sonderabdrücke, Inserate und Beilagen an die Verlagsbuchhandlung.

Organ für die gesamte Sachverständigentätigkeit des praktischen Arztes
sowie für
praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Redaktion:

Dr. L. Becker Geh. Med.-Rat Berlin.	Dr. Florschütz Professor Gotha.	Dr. Fürbringer Geh. Med.-Rat u. Prof. Berlin.	Dr. Haug Professor München.	Dr. Hoffa Geh. Med.-Rat u. Prof. Berlin.	Dr. Klonka Professor Jena.	Dr. Kirchner Geh. Ob.-Med.-R u Prof. Berlin.	Dr. A. Leppmann Med.-Rat Berlin.	
Dr. von Liszt Geh. Just.-Rat u. Prof. Berlin.	Dr. Ostertag Professor Berlin.	Dr. Puppe Professor Königsberg.	Radtke Kais. Reg.-Rat Berlin.	Dr. Roth Reg.- u. Geh. Med.-Rat Potsdam.	Dr. Schwechten Sanitätsrat Berlin.	Dr. Silex Professor Berlin.	Dr. P. Sto'per Professor Göttingen.	Dr. Windscheid Professor Leipzig.

Verantwortlicher Redakteur:

Dr. F. Leppmann

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

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

XI. Jahrgang 1905.

№ 8.

Ausgegeben am 15. April.

Inhalt:

Originalien: Schwechten, Bahnarztverhältnisse und Eisenbahnhygiene in Nordamerika. S. 145. — Marcus, Zwei Fälle von isolierter Lähmung der musculi rhomboidei nach Operationen. S. 148. — Pauly, Steht der Tod des an Herzfehler 1899 verstorbenen H. mit den Unfällen von 1891 und 1896 in Verbindung? S. 150. — Dietze, Nahrungsmittelverfälschungen. S. 151.

Referate. Allgemeines: Sadikoff, Tod eines Erwachsenen durch Verbrennen im Ofen. Ein seltener gerichtsarztlicher Fall. S. 152. — Meunier, Tod durch Überfahren. Bruch des rechten Schlüsselbeins und mehrerer Rippen. Äußere Bedeckung unverletzt. S. 152. — Meyer, Die Vernichtung des kindlichen Lebens während der Geburt. S. 153.

Chirurgie: Winkler, Über Herzruptur. S. 153. — Schubert, Schuß durch das Ventrikelseptum des Herzens. S. 153. — Stakemann, Haarnadel in der Blase einer geistesschwachen Epileptischen infolge von Masturbation. S. 154. — Feldmann, Über Schenkelhalsbrüche, namentlich vom Gesichtspunkt der gerichtlichen Medizin. S. 154. — Julliard, Über die isolierte Abrißfraktur des Trochanter minor. S. 154. — Lissauer, Sekundäre Verbiegung des Unterschenkels nach Fraktur. S. 154. — Christen, Nebenbewegungen im Kniegelenk und Ruptur der Menisci articulares. S. 154. — Bettmann, Über eine Abspaltung aus der Corticalis des rechten Femurbeines. S. 155. — Laroyenne und Morel, Contribution à l'étude des luxations de l'épaule en arrière. S. 155. — Ghillini, Bruch der unteren Epiphyse des Radius bei Automobiltechnikern. S. 155. — Immelmann, Einige seltene Handverletzungen. S. 155. — Wolff, Über die Komminutivfrakturen der Handwurzel durch indirekte Gewalt. S. 155.

Neurologie und Psychiatrie: Bleuler, Die psychologischen Kriterien der Unzurechnungsfähigkeit. S. 156. — Meyer, Aus der Begutachtung Marine-Angehöriger. S. 156. — Albrecht, Ein forensischer Fall von arteriosklerotischer Geistesstörung. S. 156. — Stempel, Die Syringomyelie und ihre Beziehungen zur sozialen Gesetzgebung. S. 157. — Tedecko, Über Knochenatrophie bei Syringomyelie. S. 158. — Hagelstam, Über Tabes und Taboparalyse

im Kindes- und Entwicklungsalter. S. 158. — Idelsohn, Ein Beitrag zur Pathologie und Histologie des „tabischen Fußes“. S. 158. — Strümpell, Die primäre Seitenstrangklerose (spastische Spinalparalyse). S. 158. — Dinkler, Zur Kasuistik der multiplen Herdklerose des Gehirns und Rückenmarks. S. 159. — Kichitaro, Ein Fall von Hämatomyelie im Anschluß an eine Karzinometastase im Lendenmark. S. 159. — Seidemann, Ein Fall von symmetrischer Gangrän der Extremitäten nach Pneumonie. S. 159. — Glitsch, Zur Pathogenese der Narkosenlähmung. S. 159.

Vergiftungen: Eichhorst, Über Quecksilber-Sepsis. S. 159. — Heidenreich, Über Leuchtgasvergiftungen. S. 160. — Buller u. Wood, Zur Frage der Methylalkoholvergiftung. Poisoning by Woodalcohol, Cases of Death and Blindness from Columbian Spirits and other Methylated Preparations. S. 160. — Gaßmann, Schwere Nephritis nach Einreibung eines Scabiösen mit Perubalsam. S. 161. — Fürth, Über eine Vergiftung mit Helleborus niger. S. 161. — Vergiftung durch Tomaten. S. 161. — Kob, Beitrag zur Kenntnis des Botulismus. S. 161.

Ohrenkrankheiten: Hammerschlag, Zur Kenntnis der hereditär-degenerativen Taubstummheit. S. 161.

Hygiene: Berger, Die Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten. S. 162. — Marcuse, Die sozialhygienischen Aufgaben der Gemeinden. S. 162. — Friedel, 1. Typhusuntersuchungen des Laboratoriums der Königlichen Regierung zu Koblenz. 2. Maßnahmen zur Typhusbekämpfung und gemeinverständliche Belehrung für sog. Typhusträger. S. 162. — Neumann, Ein Beitrag zur Statistik des Unterleibstyphus im Großherzogtum Hessen. S. 163. — Nesemann, Zur Ausbreitungsweise des Unterleibstyphus. S. 163.

Bücherbesprechungen und Anzeigen. S. 163.
Tagesgeschichte. Massenuntersuchungen von Renteneempfängern. S. 166. — Die Verwandtschaft der Berufskrankheiten mit den Betriebsunfällen. S. 167. — Zur ärztlichen Entschädigungspflicht wegen Kunstfehlers. S. 168. — Mord durch Chloroform. S. 168. — Wissenschaftliche Kurse zum Studium des Alkoholismus. S. 168.

Bahnarztverhältnisse und Eisenbahnhygiene in Nordamerika.

Vortrag, gehalten im Berliner Bahnärzte-Verein von Sanitätsrat
Dr. Schwechten am 7. April 1905.

Meine Herren! Das Material zu meinem heutigen Vortrage verdanke ich der großen Liebeshwürdigkeit der Herren Geheimen Ober-Reg.-Rat Hoff und Geh. Reg.-Rat Schwabach, welche auf einer mehrmonatlichen Studienreise das Eisenbahnwesen Nordamerikas kennen gelernt haben; es ist mir eine Ehrenpflicht, beiden Herren auch an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank dafür auszusprechen; als gedrucktes Material lagen mir vor die Regulations of Hospital department and roster of surgeons der Southern Pacific Comp. and List of Officers, agents and stations der Union Pacif. Railroad Comp.; beide aus dem Jahre 1904. Beide Gesellschaften unterstehen einem gemeinschaftlichen

Präsidenten. Die Bahnen haben ein Department of health, southern dpt. 6, Union 4 divisions. (Direktionen.)

Das gesamte Sanitätswesen, sowie alle in das Fach der Eisenbahnhygiene gehörigen Angelegenheiten unterstehen bei dieser Verwaltung und bei vielen anderen nordamerikanischen Eisenbahnbetrieben einem manager and chief surgeon, also nach unserer Ausdrucksweise: einem Chefarzt in der Stellung eines Direktors; er hat in allen einschlägigen Fragen völlig selbständige Entscheidung, gegen die es nur noch Berufung an den general manager (den Generaldirektor des Gesamtunternehmens) gibt, dessen Entscheidung endgültige Kraft besitzt. Alle schriftlichen Eingänge kommen direkt an den Chefarzt; seine Stellung dürfte in Europa annähernd diejenige der Chefärzte der ungarischen Staatsbahnen und vielleicht auch der serbischen Bahnen sein, während diejenige der preußischen, bayrischen und französischen Bahnen nicht so weittragende Macht-

befugnisse umfaßt. Der Chefarzt ist festangestellter Beamter mit Gehalt und darf und kann auch nebenamtlich keine Praxis ausüben.

Diesem Chefarzt unterstehen drei weitere Arten von Ärzten:

1. Die Divisionsärzte (division surgeons); sie haben die allgemeine Oberaufsicht über die Aufgaben ihres Departments in den ihnen unterstehenden Divisionen und gleichzeitig die ärztliche Tätigkeit in dem ihrer unmittelbaren Aufsicht unterstehenden Distrikte. Sie dürften annähernd unseren Vertrauensärzten der Direktionsbezirke entsprechen, da division — annähernd unserem Direktionsbezirk, district — unserm Bahnarztbezirk entspricht; auch sie sind fest angestellte, vollbesoldete Beamte, welchen keine Möglichkeit zu weiterer ärztlicher Tätigkeit bleibt.

2. Das gleiche gilt von den Distriktsärzten, welche den ärztlichen Dienst in den ihnen zugeteilten Bahnbezirken ebenfalls ohne Nebenbeschäftigung versehen. Sie entsprechen, abgesehen von dieser ausschließlichen Stellung bezüglich der ihnen zugewiesenen Tätigkeit, völlig unseren Bahnärzten, sie leisten medizinische und chirurgische Hilfe, sowohl in ihrer Wohnung, als auch in der Wohnung der Patienten innerhalb ihrer Bezirke.

3. Eine dritte Kategorie von Ärzten bilden die emergency surgeons, Hilfsärzte, in Notfällen; sie können zu vorübergehenden Dienstleistungen gerufen werden, wenn Gefahr im Verzuge und der zuständige Distriktsarzt aus irgend welchem Grunde nicht sofort zu haben ist; hierzu gehören auch Augen- und Ohrenärzte; ist weitere Behandlung notwendig, so ist unverzüglich der Distriktsarzt zu benachrichtigen. Wenn dieser den Fall nicht sofort übernehmen kann, ist telegraphisch von demjenigen Oberbeamten, welchem die Fürsorge für die ärztliche Hilfe untersteht, weitere Instruktion einzuholen. Rechnungen über ärztliche oder wundärztliche Hilfe werden nur für einmalige Hilfeleistung seitens der Hilfsärzte bezahlt und nur nach dem mit diesen vereinbarten, festgesetzten Tarif. So werden beispielsweise gezahlt für eine Konsultation in der Sprechstunde 2 Doll., für einen Besuch 2,50 Doll., für einen Nachtbesuch 3,50 Doll., für eine Konsultation mit einem andern Arzte 5 Doll. Nur zu letzterer Leistung können Meilengelder hinzugerechnet werden und zwar für einen Weg mit der Bahn 35 cts., für einen Weg, der nicht auf der Bahn zurückgelegt wird, 75 cts. Eine besondere Taxe besteht für chirurgische Leistungen, die ich hier nicht alle einzeln aufzählen will; erwähnen will ich nur, daß am höchsten bewertet wird die Amputation des Oberschenkels im Hüftgelenk mit 125 Doll. und daß eine höhere Liquidation als diese überhaupt nicht honoriert werden darf. Ausdrücklich ist ferner durch Verwaltungsanordnung bestimmt, daß Hilfsärzte Operationen nur im dringenden Notfalle ohne Zuziehung des Distrikts- oder Divisionsarztes ausführen, auch keine Überführung von Kranken und Verletzten in Krankenhäuser ohne Erlaubnis des Distriktsarztes vornehmen dürfen. Daß diese Vorschriften den Hilfsärzten bekannt und vollkommen geläufig sind, ist Sache des Oberbeamten, zu dessen Ressort die Versorgung mit ärztlicher Hilfe gehört. Eine Anweisung zur ärztlichen Behandlung nach einem bestimmten Muster, also ein Krankenschein würden wir sagen, muß dem Arzt bei der Forderung der ersten Behandlung vorgelegt und jeden Monat erneuert werden, es sei denn, daß der Patient im Krankenhause liegt. Ein solcher neuer Schein ist auch bei einer Neuerkrankung innerhalb eines Monats auszustellen. Im Falle weiterer Erkrankung oder in dringenden Fällen können statt dessen telegraphische Anweisungen ausgestellt werden. Ist das vorgeschriebene Formular bei der ersten Aufforderung zur ärztlichen Hilfeleistung nicht dem Arzte übersandt worden, so muß dies sobald als möglich nachgeholt werden. Berechtigt zur Ausstellung dieser Formulare für die Hilfsärzte sind nur die

Departementschefs, „die superintendents“, welche ungefähr unseren Betriebs-Inspektoren entsprechen, der zuständige erste Ingenieur, Maschinenmeister, Zugführer, Bremsmeister und Bahnmeister; nur in dringenden Fällen kann hiervon eine Ausnahme gemacht werden, und ein höherer Beamter anderer Art darf den Hilfsarzt herbeirufen, muß aber sofort den zuständigen höheren Beamten benachrichtigen und sich eines bestimmten anderen Formulars für den Arzt bedienen. Dagegen können für die Divisions- und Distriktsärzte Anweisungen zur Dienstleistung von jedem Beamten für seine Untergebenen ausgestellt werden, sie dürfen aber nur auf den zuständigen Distriktsarzt lauten. Im Behinderungsfalle des zuständigen Distriktsarztes muß jeder andere am Orte wohnende Distriktsarzt die erste Behandlung übernehmen, bis der zuständige Distriktsarzt wieder zu haben ist.

Überweisungen in Hospitäler dürfen nur Divisions- und Distriktsärzte ausführen.

Konsultationen anderer angestellter Ärzte mit dem behandelnden Arzte sind in unklaren oder langwierigen Fällen gestattet. In den Verordnungen heißt es darüber, der Kranke darf diese Konsultation von seinem zuständigen Distriktsarzt erbitten, „who will willingly arrange for such consultation as often, as may be required“ (und dieser wird sie gern, so oft als gewünscht wird, veranstalten).

Bei Wohnungswechsel der Patienten ist der Distriktsarzt berechtigt, die Überweisung allein vorzunehmen; ein neuer Krankenschein eines höheren Beamten ist dazu nicht erforderlich.

Bei größeren Unglücksfällen und zahlreichen Verletzungen müssen die Distrikts- und Divisionsärzte ebenso wie die Verwaltung sofort telegraphisch benachrichtigt werden mit möglichst genauer Angabe der Zahl der Verletzten und der Art der Verletzungen. Es entspricht dies genau unserer Alarmvorschrift. Die Distrikts- und Divisionsärzte sind verpflichtet, sofort auf die Unfallstelle zu eilen. Stellt sich dann noch etwa Mangel heraus an Ärzten, so sollen die Hilfsärzte und jeder erreichbare Arzt hinzugezogen werden. Von den Divisionsärzten wird erwartet, daß sie sofort nach ihrer Ankunft die Behandlung übernehmen und Hilfe leisten bei allen der Gesellschaft zur Last fallenden Kranken und Verletzten; auch ist es Aufgabe der Divisionsärzte allen anderen bereits anwesenden Ärzten mitzuteilen, daß die Gesellschaft für weitere Dienste nicht aufkommt, es sei denn, daß diese von den Divisionsärzten verlangt werden.

Für den Transport der Kranken und Verletzten bestehen folgende Einrichtungen und Vorschriften: Tragbahnen mit voller Ausrüstung sind an großen Stationen vorhanden, Notverbände und alle Arten Hilfsvorrichtungen an geeigneten Orten. Bei Beförderung ins Krankenhaus ist tunlichste Eile erforderlich. Die Distriktsärzte haben für die Begleitung zu sorgen oder sie selbst zu übernehmen. Sind Krankenträger nötig, so sind sie telegraphisch vom Krankenhause zu verlangen unter Angabe aller notwendigen Einzelheiten. Ich will hier gleich bemerken, daß die erwähnten Gesellschaften zum Teil eigene Hospitäler besitzen, zum Teil mit Hospitälern Kontrakte abgeschlossen haben, welche es ihnen ermöglichen, jederzeit die Aufnahme der Bediensteten und Verletzten ins Krankenhaus zu erlangen. Die Verwaltung kann alle ihre Kranken und Angestellten, welche besondere ärztliche Behandlung oder besondere Ernährung erfordern, oder zu Hause keine genügende Pflege erhalten können, in diese Krankenhäuser überweisen; Kost und Pflege außerhalb des Krankenhauses wird nicht gewährt. Die Gesellschaft besitzt ein eigenes General-Hospital in San Francisco und sechs division hospitals und acht zum Teil im Bau befindliche emergency hospitals. Wenn möglich sind die der Hospitalpflege Bedürftigen in das General-Hospital zu überweisen, wenn das nicht angeht, zunächst in die Divisions-

Hospitälern, von wo sie später, sobald es angängig ist, in das General-Hospital verlegt werden können. Die Entlassung aus dem Krankenhaus erfolgt auf die Entscheidung des Krankenhausarztes; wollen Patienten gegen die Anordnung des Hospitalarztes noch länger im Krankenhaus verbleiben, so ist darüber unter Angabe aller Einzelheiten an das Departement, also an die Zentralabteilung zu berichten.

Divisions- und Distriktsärzte haben Vordrucke zur Berichterstattung; wenn Hilfsärzte Dienst tun, erhalten sie vom diensthabenden Beamten ein besonderes Formular, welches sie genau ausgefüllt zugleich mit ihrer Rechnung an die oberste Dienststelle zu senden haben.

Für die neu anzustellenden Beamten gelten folgende Aufnahmebedingungen:

Alle Bewerber um eine Dienststelle im Zug- und Stationsdienst sind einer körperlichen Untersuchung zu unterziehen, und alle, welche nicht völlig tauglich sind, müssen, wie bei uns, abgelehnt werden, doch vermisste ich bestimmte Vorschriften über die Tauglichkeit. Bestehen Zweifel an der Tauglichkeit, so sind die Betroffenen zum nächsten Vertrauens- oder Bahnarzt zu senden. Unausgebildete Eisenbahner dürfen bei der Einstellung nicht über 35, ausgebildete nicht über 45 Jahr alt sein, doch können die Präsidial-Assistenten Leute bis zur Dauer von sechs Monaten ohne Rücksicht auf ihr Alter einstellen; diese Anstellung kann noch ausgedehnt werden bis zur Beendigung der ihnen übertragenen Arbeit, für welche sie besonders angestellt werden, und ferner können Leute mit besonderen professionellen Kenntnissen ohne Altersgrenze angestellt werden. Die Divisions- und Distriktsärzte haben alle Gesundheitsverhältnisse auf ihrer Strecke zu beachten und über alles zu berichten, was die Gesundheit der Beamten und Reisenden gefährden kann.

Jeder höhere und niedere Beamte, mit Ausnahme der Chinesen, hat für einen monatlichen Beitrag von 50 cts. oder bei einer geringeren Dienstdauer als sieben Tage für 25 cts. das Recht auf

1. Freie Behandlung im Krankenhaus.
2. Eine ärztliche und chirurgische Behandlung bei den zuständigen, angestellten Ärzten.
3. Freie Medizin und Verbände.
4. Anspruch auf künstliche Glieder und Unterweisung in ihrem Gebrauch.
5. Vorschüsse auf Kosten in den Eisenbahn- und kontraktlich diesen gleichgestellten Hospitälern für von ihnen abhängige Familienmitglieder.

Medizin und Verbände werden in den zuständigen Hospitälern und an den Dienststellen der Divisions- und Distriktsärzte vorrätig gehalten und geliefert. Auch sind Rechnungen für Drogen und Medizin seitens der Hilfsärzte in billigen Grenzen zulässig. Auf Erfordern werden Verbände an die Distriktsärzte vom Departement geliefert, weitere Verbände können von den angestellten Drogisten übernommen werden. Die Apotheker dürfen nur auf geschriebene Rezepte hin Arzneien verabfolgen und müssen alle Rechnungen in duplo einsenden.

Künstliche Glieder und künstliche Augen werden allen Beamten während der Dauer ihrer Zugehörigkeit zum Verbandsverband auf Verordnung des zuständigen Arztes geliefert, doch findet keine Erneuerung dieser Gegenstände statt. Krücken, Bruchbänder, Suspensorien, Inhalationsapparate, elastische Bandagen werden, soweit nötig, an die Ärzte ausgeliefert.

Für zeitweilig an Patienten ausgeliehene derartige Gegenstände müssen diese auf bestimmten Vordrucken Quittung leisten. Brillen werden nicht geliefert.

Familienangehörige finden Aufnahme in den zuständigen Krankenhäusern, soweit nach Aufnahme der berechtigten Beamten noch Platz vorhanden ist.

Alle Beamten haben Anspruch auf diese Leistungen, doch sind davon ausgeschlossen:

1. Geschlechtskranke, Trunksüchtige, Leute mit lasterhaften Gewohnheiten, Verletzungen, welche in Raufereien oder bei ungesetzlichen Handlungen entstanden sind oder chronisch Kranke, welche die Krankheit vor dem Eintritt in den Bahndienst erworben haben.

Für unsere Rekruten wunderbar sind folgende Vorschriften:

2. Ausgeschlossen sind nämlich auch Kranke, welche an Pocken, Gelbfieber, Bubonepest oder anderen ansteckenden Krankheiten leiden, welche der Quarantäne unterliegen; von der Hospitalbehandlung sind auch ausgeschlossen: Diphtherie, Masern, Scharlach, Mumps, doch wird in diesen letzteren Fällen häusliche Behandlung und Medizin gewährt, dasselbe gilt für die Tuberkulösen. Geisteskranke haben keinerlei Anspruch an die Verwaltung; freie Impfung wird gewährt.

Sie sehen, meine Herren, daß das freie Amerika in bezug auf Geschlechts- und Infektionskrankheiten einschließlich Tuberkulose, sowie auf Geisteskranke weit weniger gewährt, als unsere Preussische Eisenbahnverwaltung, auch wird die Behandlung im Hospital auch in Amerika nur bis zur Dauer eines Jahres, im Hause nicht über 2 Jahre gewährt.

Mißbrauch oder hartnäckige Verletzung der Bestimmungen bedingt Ausschluß von den Leistungen. Eintritt der Krankheit nach Aufhören der Zahlung der Beiträge oder nach Verlassen des Dienstes schließt die Leistungen seitens der Gesellschaft aus, doch kann rechtzeitige Berufung an den Chefarzt, d. h. am Tage der Beendigung der Tätigkeit, die Weitergewährung der Leistungen bis zum Ende der Krankheit ermöglichen. Beamte verlieren das Anrecht auf Leistungen der Gesellschaft, wenn sie entlassen oder geheilt sind, oder wenn der Ausschluß aus den oben angegebenen Gründen erfolgte.

Verletzte Reisende, welche die Verletzung auf den Linien der Gesellschaft erhielten, bekommen freie, ärztliche Behandlung durch die Gesellschaftsärzte bis anderweitig darüber entschieden wird.

Verletzte Wanderer sollen zu ihren Freunden oder in die städtischen oder Gemeindebehörden gebracht werden; bis dahin ist der Departementsarzt zur Behandlung verpflichtet; es ist notwendig hierzu zu bemerken, daß in Amerika Schranken, Sperren u. a. unbekannt sind. Jede ärztliche Behandlung, welche anderen Verletzten als Beamten zu teil wird, wird besonders auf Kosten der Gesellschaft vergütet; doch dürfen solche Patienten nur auf Anordnung des Betriebsdirektors (des Superintendent) oder des Generaldirektors (general officers) auf Kosten der Gesellschaft in ein Krankenhaus geschickt werden.

Die Pensionsverhältnisse bei der Southern Pacific Comp. verlangen, daß alle Ober- und Unterbeamten mit dem 70. Lebensjahre aus dem Dienst zurückzuziehen sind. Lokomotivführer und Heizer, Zugführer und Bahnwärter, Bremser, Gepäckträger, Güterbodenaufseher, Weichensteller, Brückenwärter, Aufseher und Bahnmeister können mit 65 Jahren außer Dienst gestellt werden; diese erhalten nach 20jähriger Dienstzeit Pension. 61—70jährige Beamte mit 20jähriger Dienstzeit können pensioniert werden. Höhere und niedere Beamte, zwischen 61 und 70 Jahren, welche sich selbst dienstunfähig fühlen oder dies nach Ansicht ihres Vorgesetzten sind, können ihre Außerdienststellung beantragen, die Entscheidung darüber untersteht dem board of pensions. Ärztliche Untersuchung ist notwendig bei Leuten, welche unter 70 Jahren Pension beantragen, ein Bericht hierüber, der vom Chefarzt befürwortet sein muß, unterliegt ebenfalls der Entscheidung des board of pensions. Die Pensionierung erfolgt am 1. des Monats, in welchem das gesetzliche Alter erreicht wird, oder am 1. eines vom board of pensions bestimmten Monats.

Meine Herren! In ganz kurzen Zügen habe ich versucht, Ihnen ein Bild zu entwerfen von den bahnärztlichen Verhältnissen bei zwei der größten Bahnen Nordamerikas, welche sich ergänzend den Kontinent vom Atlantischen bis zum Stillen Ozean durchqueren, welche nicht ein staatlich geleitetes Institut darstellen, sondern von großen Privatgesellschaften geleitet werden; ich konnte Ihnen außer den ärztlichen Verhältnissen auch einen Teil der dort geübten Eisenbahn-Hygiene vorführen, nämlich die Bedingungen für die Anstellung, die Überwachung und die Pensionierung der Beamten, die Hilfeleistung bei Unfällen und die Gewährung besonderer Leistungen in Erkrankungsfällen der Beamten. Sie können daraus ersehen, daß auch im freien Amerika es für notwendig für die Betriebssicherheit gehalten wird, ein geschlossenes Korps von Ärzten zur Verfügung zu haben, welches allein der Verwaltung verantwortlich ist, welches allein von der Verwaltung Vorschriften erhält. Auch jenseits des Ozeans können und wollen die Verwaltungen die Anstellung, Begutachtung und Pensionierung nicht von der Behandlung trennen. Auch im freien Amerika ist der freien Ärztwahl des freien Amerikaners eine Grenze gezogen durch die Schienenstränge, welche die Ozeane verbinden, ebenso wie dies bei uns und in unseren europäischen Nachbarländern der Fall ist.

Manches mag Sie in den Vorschriften seltsam berühren, doch ziemt es m. E. nicht, da Kritik zu üben, wo die Gründe für die einzelnen Maßnahmen für uns nicht völlig klar ersichtlich sind.

Zwei Fälle von isolierter Lähmung der musculi rhomboidei nach Operationen.

Von
Dr. Marcus,
Spezialarzt für Orthopädie in Posen.

Isolierte Lähmung der Rhomboidei scheint recht selten beobachtet zu sein. In der Literatur, soweit sie mir zu Gebote stand, habe ich nur die folgenden Bemerkungen darüber gefunden.

Oppenheim sah in einem Falle von Lähmung des levator anguli scapulae und Parese der rhomboidei eine abnorme Haltung des Schulterblattes, indem der innere obere Winkel tiefer stand und weiter von der Wirbelsäule abgerückt war als der der gesunden Seite.

Jorns beschreibt traumatische Lähmung des nervus dorsalis scapulae.

Infolge des Ausfalles der rhomboidei war das Schulterblatt nach oben und außen verschoben, sodaß namentlich der untere Winkel von der Wirbelsäule abgerückt war; der innere Rand hob sich flügel förmig vom Thorax ab.

Es mag diese Seltenheit der Beobachtung einmal an der Lage des diese Muskel versorgenden Nerven liegen, des n. dorsalis scapulae, insofern, als Verletzungen, die durch äußere Gewalteinwirkungen hervorgerufen werden, wohl immer mehrere und wichtigere Nerven treffen werden. Sodann dürfte die Geringfügigkeit des Funktionsausfalles Schuld an der Nichtbeobachtung sein.

Die m. rhomboidei sind eigentlich nur als Hilfsmuskeln des cucullaris und latissimus zu betrachten und werden bei Lähmung so fast vollkommen von diesen Muskeln ersetzt, daß eine wesentliche Störung in der Funktion nicht eintritt.

Ich hatte in den letzten Monaten Gelegenheit, zwei Fälle von solchen isolierten Lähmungen zu beobachten.

In beiden Fällen wurde mit Sicherheit angegeben, daß die durch die Lähmung hervorgerufene Stellungsveränderung des Schulterblattes nach einer Drüsenoperation am Halse entstanden sei.

Bevor ich die Fälle beschreibe, seien mir einige anatomische Vorbemerkungen gestattet.

Der m. rhomboideus minor, der obere der beiden Muskeln, entspringt an den Dornfortsätzen der zwei untersten Halswirbel und setzt sich an das obere Drittel des medialen Schulterblattes an. Der rhomboideus major, der untere der beiden Muskeln, entspringt an den vier obersten Brustwirbeln und setzt sich an das mittlere und untere Drittel des medialen Schulterblattes an.

Die Innervation der Muskeln wird besorgt vom n. dorsalis scapulae.

Derselbe kommt aus dem 4. und 5. Aste des plexus cervicalis und brachialis ganz in der Nähe des äußeren Randes des m. sternocleidomastoideus, verläuft zunächst auf dem m. scalenus medius und tritt dann auf den m. levator anguli scapulae über, läuft auf dessen vorderer Fläche abwärts bis zur ventralen Fläche des m. rhomboidei. Er versorgt die untersten Zacken des levator anguli scapulae und die beiden rhomboidei.

Dort wo der Nerv auf dem scalenus medius und levator anguli scapulae verläuft, liegt er ziemlich oberflächlich und ist bei Operationen in dieser Gegend Verletzungen sehr leicht ausgesetzt, umsomehr, als er sehr dünn ist und leicht übersehen werden kann.

Nach diesen Vorbemerkungen will ich die beiden Fälle kurz beschreiben.

I. Im ersten Falle handelt es sich um eine jetzt 17jährige Patientin. Dieselbe gab mir an, es wären ihr vor sechs Jahren einige Drüsen an der rechten Halsseite operativ entfernt worden. Der Heilungsverlauf war ein vollkommen normaler. Nach drei Wochen war die Operationswunde vollkommen vernarbt.

Etwa ein halbes Jahr nach der Operation hat sie zum ersten Male bemerkt, daß ihre rechte Schulter tiefer stand als die linke und daß sie den rechten Arm nicht so vollständig hoch heben konnte wie den linken.

Der sofort konsultierte Arzt verordnete Massage. Dieselbe ist lange Zeit hindurch ausgeführt worden ohne rechten Erfolg. Eine merkliche Besserung ist erst eingetreten durch methodische Übungen in einem mediko-mechanischen Institut.

Bei meiner Untersuchung ergab sich folgender Befund:

(Grazil gebaute, kräftige, ihrem Alter entsprechend aussehende Patientin.

Auf der rechten Seite des Halses zweifingerbreit unterhalb des Unterkieferendes verläuft von der Mittellinie aus parallel dem Unterkiefer eine $\frac{1}{2}$ cm breite, 7 cm lange, alte, vollkommen reaktionslose Narbe. Dieselbe ist überall frei verschieblich.

Die Stellung des Kopfes ist gerade.

Eine Beweglichkeitsbeschränkung des Kopfes nach irgend einer Richtung liegt nicht vor. Bei der Vergleichung beider Schultergelenkgegenden fällt zunächst auf ein Tiefer- und Mehrnachvornstehen des rechten Schultergelenkes. Vorn erscheint das Schlüsselbein, besonders in seinem mittleren und äußeren Teil stark hervorspringend, hinten steht der innere Schulterblatt- rand flügel förmig von der Brustwand ab.

Eine Abtastung der einzelnen Knochen des Schultergürtels ergibt nirgends eine Verdickung, nirgends eine Deformität. Das rechte Schulterblatt entspricht in Form und Größe genau dem linken, nicht aber in der Stellung.

Das Schulterblatt bedeckt normalerweise die Hinterfläche der 2.—7.—8. Rippe. Der innere Rand des Schulterblattes verläuft der Wirbelsäule parallel.

Die Fossa supra- und infraspinata liegen annähernd in der Vertikalebene, die spina scapulae ist gerade nach hinten gerichtet. Hier ist die Stellung des Schulterblattes folgende:

Die Spitze des Schulterblattes bedeckt die Hinterfläche der sechsten Rippe.

Der innere Rand des Schulterblattes verläuft von oben innen nach außen vorn. Die Entfernung zwischen oberem inneren Winkel und Wirbelsäule beträgt rechts 5,0 cm, links 8,0 cm. Die Entfernung zwischen unterem inneren Winkel und Wirbelsäule beträgt rechts 8,5 cm, links 6,5 cm. Die Spitze des Schulterblattes ist soweit von der Brustwand abgehoben, daß man bequem zwei Finger zwischen Brustwand und Schulterblatt legen kann.

Fossa supra- und infraspinata liegen nicht mehr in einer senkrechten, sondern in einer schrägen, von oben vorn nach unten hinten gerichteten Ebene. Die spina scapulae ist nicht gerade nach hinten, sondern mehr nach oben gerichtet. Es ist auf diese Weise hier die sogenannte Oberschulterblattgegend weggefallen und der Nacken wird hier gebildet von der Schulterblattgräte und der Obergrätengrube.

Infolge dieser Verschiebung des Schulterblattes steht das Akromion mehr nach vorn und tiefer als normal; dasselbe ist mit dem Oberarmkopf der Fall und die clavicula steht gleichfalls im ganzen tiefer und ragt im mittleren und äußeren Drittel über das Niveau des Thorax hervor.

Es ist also genau das Bild, wie es Jorns beschreibt. Verschiebung des Schulterblattes im ganzen nach oben und außen, so daß namentlich der untere Winkel von der Wirbelsäule abgerückt war und der innere Rand des Schulterblattes sich flügel förmig vom Thorax abhob.

Die Erhebungsfähigkeit des rechten Armes nach vorn bis zur Horizontalen, die rein im Schultergelenk ohne Mitbeteiligung des Schulterblattes vor sich geht, zeigt keinen Ausfall.

Auch über die Horizontale hinaus ist die Erhebung des rechten Armes bis zu einem Winkel von 160 Grad möglich.

Dieser Akt der Armerhebung von 90—160 Grad geht im Schulterblatt-Schlüsselbeingelenk vor sich, dadurch, daß das Schulterblatt nach außen gedreht wird.

Der letzte Teil der Armerhebung von 160—180 Grad geht im Schlüsselbein-Brustbeingelenk vor sich und zwar in der Weise, daß das Schulterblatt möglichst stark an die Wirbelsäule herangezogen wird.

Hierbei treten die rhomboidei in Wirksamkeit.

Dieser Teil der Armerhebung ist hier nicht möglich.

Während bei der gleichzeitigen größtmöglichen Armerhebung beiderseits das linke Schulterblatt bis auf 1—2 cm an die Wirbelsäule herangezogen wird, bleibt das rechte Schulterblatt mit seinem inneren Rande 5—6 cm von der Wirbelsäule ab und der emporgehobene rechte Arm bildet mit der Brustwand einen Winkel von 160 Grad, links 180 Grad.

Es ist das Fehlen des allerletzten Teiles der Armerhebung die einzige durch die Rhomboideus-Lähmung bedingte Funktionsstörung. Und dieser geringe Ausfall der Erhebungsfähigkeit beansprucht praktisch keinerlei Wert.

Ein höherer Grad der Abmagerung ist in diesem Falle weder an den Muskeln der Schulter noch des Armes zu konstatieren. Es ist aber nicht zweifelhaft, daß früher eine deutliche Atrophie vorgelegen hat, denn einmal ergeben die vergleichenden Umfangsmessungen an beiden Oberextremitäten heute noch überall nur die gleichen Werte, während normalerweise der Umfang des rechten Armes den des linken um ca. 1 cm übertrifft und sodann gibt die Patientin mit voller Bestimmtheit an, daß der rechte Arm nach der Operation schwächer geworden sei als der linke und erst allmählich nach langer Behandlung sich gekräftigt habe.

Die Kräftigung der Muskulatur ist wohl auf die ausgiebige Massage zurückzuführen. Und eine stärkere Atrophie hat wahrscheinlich überhaupt nicht bestanden.

Die elektrische Untersuchung der rhomboidei ist eigentlich nicht recht ausführbar.

Der motorische Punkt für den dorsalis scapulae liegt nach

Erb fast genau in der Mitte des vom sternocleidomastoideus, cucullaris und der clavicula gebildeten Dreiecks.

Bei galvanischer und faradischer Reizung dieses motorischen Punktes erfolgten jedesmal prompte Reaktionen im levator anguli scapulae, dagegen niemals in der Gegend der rhomboidei.

Die Reizung vom Muskel aus läßt sich nicht durchführen, da die rhomboidei vom cucullaris bedeckt werden.

Es ist aber wohl für die Lähmung der rhomboidei beweisend, daß bei faradischer Reizung der Gegend zwischen Wirbelsäule und innerem Schulterblattrande der letztere links fast ganz an die Wirbelsäule herangezogen werden konnte, rechts nur sehr wenig.

Sensibilitätsstörungen waren nirgends nachweisbar.

II. Der zweite Fall betrifft ein zehn Jahre altes Mädchen, das seit zwei Jahren in meiner Behandlung steht.

Vor ca. drei Jahren wurden dem Kinde, wie die Mutter mir angab, auf der linken Halsseite Drüsen operativ entfernt. Die Heilung war sehr verzögert worden dadurch, daß die Narbe an einzelnen Stellen immer wieder aufbrach. Das Kind hat infolgedessen ca. dreiviertel Jahre hindurch einen Verband tragen müssen.

Schon während das Kind noch den Verband trug, war der Mutter ein Tieferstehen der linken Schulter aufgefallen. Dieses Tieferstehen war noch viel auffälliger nach Abnahme des Verbandes geworden. Als Ursache dafür hatte die Mutter zunächst das lange Tragen des Verbandes angenommen, dann aber eine Verbiegung der Wirbelsäule.

Bei der Untersuchung ergab sich das Bild einer Lähmung der rhomboidei.

Der Befund deckt sich, abgesehen davon, daß es sich hier um das linke Schulterblatt handelt, so vollständig mit dem im ersten Fall beschriebenen Befunde, daß ich von einer Wiederholung wohl absehen kann.

Es handelt sich im übrigen um ein kräftiges, seinem Alter entsprechend entwickeltes und gesundes Kind.

Die Stellungsveränderung des Schulterblattes war jedoch lange nicht so hochgradig wie im ersten Falle, was wohl auf das kurze Bestehen der Lähmung zurück zu führen war, und sie hat in diesem Falle auch den hohen Grad nicht erreicht.

Und das dürfte wohl auf die Therapie zurück zu führen sein. Es wurde die beiden Jahre hindurch angewandt Massage, Elektrisieren und Übungen. Und es ist zweifellos, daß das Kind heute das linke Schulterblatt bedeutend weiter an die Wirbelsäule heranbringen kann als früher, allerdings noch nicht so vollständig, wie auf der gesunden Seite.

Die Fälle von Rhomboideuslähmung dürften wegen ihres seltenen Vorkommens auf einiges Interesse Anspruch machen.

Der Ausfall der Funktion ist, wie schon eingangs erwähnt, gering. Es ist vielmehr nur die durch die Stellungsveränderung des Schulterblattes bedingte Deformität, die die Patienten veranlaßt, ärztliche Hilfe nachzusuchen.

Die Diagnose dürfte nicht schwer sein.

Es kann differentialdiagnostisch eigentlich nur beginnende Scoliose in Frage kommen.

Beginnende Scoliose zeigt oft als erstes Zeichen ein Abstehen eines der beiden Schulterblätter vom Thorax.

Anamnese und genaue Untersuchung werden diesen Irrtum wohl stets vermeiden lassen.

Therapeutisch kommt in erster Reihe Behandlung mittels des galvanischen und faradischen Stromes in Frage. Massage und Übungen werden gleichzeitig vorgenommen werden müssen.

Diese Behandlung, die ich in Fall II. lange Zeit energisch durchgeführt habe, ist von gutem Erfolge begleitet gewesen.

Ich bin der Überzeugung, daß die geringe, jetzt noch bestehende Stellungsveränderung des Schulterblattes durch weitere Behandlung sich vollständig heben lassen wird.

Steht der Tod des an Herzfehler 1899 verstorbenen H. mit den Unfällen von 1891 und 1896 in Verbindung?

Von
Geh. San.-Rat Dr. Pauly-Posen.

Auf Ersuchen der Brauerei- und Mälzerei-Berufsgenossenschaft gebe ich folgendes Gutachten über den am 25. November 1899 verstorbenen Maschinenmeister Otto H. aus Posen ab. Derselbe, geboren im Jahre 1861 erlitt am 8. Januar 1891 einen Betriebsunfall indem er von einer Leiter auf den noch ungepflasterten Fußboden hintenüber herunterfiel. Er erlitt damals eine Gehirnerschütterung angeblich ohne Schädelbruch und bezog auf das Attest seines behandelnden Arztes, Herrn Dr. F. hin, bis zu Ende des Jahres eine Rente. In dem Gutachten des Herrn Dr. F. vom 12. April 1891 steht folgendes: „Das Herz hat einen organischen Fehler, der zurzeit beschwerdenlos und deshalb dem p. H. unbekannt ist.“

Bekanntlich können Herzklappenfehler dadurch, daß sie kompensiert sind, den Patienten unbekannt bleiben, worüber unten noch weiter gesprochen werden wird.

Am 17. April 1896 erlitt H. wiederum einen Betriebsunfall, indem er von der Leiter fiel und sich einen Knöchelbruch am rechten Fuß zuzog. Als ich den Patienten mit Herrn Dr. F. *) am 24. April 1896 sah, machte mich letzterer auf den gut kompensierten Herzfehler aufmerksam. Der rechte Unterschenkel erschien nach der Außenseite bis oben herauf mit Blutaustritt bedeckt, und dieser ausgedehnte Bluterguß war möglicherweise auf den vorhandenen Herzfehler zu schieben gewesen. Der Patient wurde im Einvernehmen mit dem Sektionsvorstande von seinem Kassenarzt weiter behandelt, nach der Heilung des Bruches massiert, und kam am 25. Juni 1896 in das medico-mechanische Institut des Herrn Dr. Hönig in Berlin. Am 17. Juli 1896 untersuchte Herr Sanitätsrat Dr. H. den p. H. In seinem Gutachten ist allerdings der Herzfehler nicht erwähnt, indessen war derselbe zweifellos vorhanden. Da der Erfolg der medico-mechanischen Behandlung ein ungenügender war, so empfahl Herr Dr. H. die Fortsetzung derselben. Am 1. September 1896 begutachtete Herr Dr. H. den Patienten, welcher behauptete, daß sein Zustand sich nur sehr wenig gebessert habe, nochmals und erachtete ihn für 60 % invalide, wenn es ihm auch zweifellos erschien, daß der Patient übertreibe. Patient erhielt einen Schienentiefel.

Am 5. April 1897 untersuchte ich den Patienten wiederum und fand die Unfallsfolgen insofern gebessert, als die Gewöhnung eingetreten war. Allerdings war der rechte Unterschenkel noch $4\frac{1}{2}$ cm dünner wie der linke, der Herzfehler war vollständig kompensiert. Ich erachtete den Patienten für nur 40% invalide durch seine Unfallsfolgen.

Der Verletzte appellierte an das Schiedsgericht, welches meinen Ausführungen beitrug, so daß Patient von da ab nur eine 40%ige Rente erhielt. Ich bedaure nachträglich, daß ich damals die Herabsetzung der Rente um 20% veranlaßt habe, weil ich den Herzfehler in seinem Einfluß auf die Erwerbsfähigkeit unterschätzte, da er kompensiert war. Übrigens ist in der Entscheidung des Schiedsgerichts vom 21. Mai 1897 der Herzfehler gar nicht erwähnt.

Am 6. August 1897 untersuchte in meiner Abwesenheit Herr Oberarzt Dr. Borchard den Patienten und betonte das schlechte Aussehen desselben, es war das eines Herzkranken. Wenn auch Kompensationsstörungen nicht vorliegen, so hat doch Patient unter seinem Herzfehler sicher zu leiden. Damit Patient sich nicht erkälte, wurde ein neuer Stiefel beschafft und der Fortbezug der Rente empfohlen.

*) Ich habe als Vertrauensarzt stets den Kassenarzt zu meinen Besuchen hinzugebeten. Die Br. u. M. B. G. honorierte auch den K. A.

Am 9. November 1897 entschied das Reichsversicherungsamt, bei welchem p. H. den Fortbezug der 60% Rente beantragt hatte, gegen ihn, da der Gang sich gebessert habe. Der Herzfehler ist in der Entscheidung des Reichsversicherungsamts nicht erwähnt.

Am 7. März 1898 gab ich mein letztes Gutachten über H. ab, auf welches ich hiermit verweise. Ich schlug den Fortbezug der 40%igen Rente vor, welche p. H. auch bis zu seinem Tode erhalten hat. Damals war der Herzfehler noch ganz kompensiert. Wann der p. H. aus der Aktienbrauerei entlassen worden ist, ist mir unbekannt. Am 6. November 99 wurde er mir in einem trostlosen Zustande mit ausgedehnter Wassersucht und schweren Veränderungen der inneren Organe, alles Folgen des Herzfehlers, auf die innere Station des hiesigen städtischen Krankenhauses gebracht und starb am 25. November 1899. Die Leichenöffnung fand im Einverständnis mit dem Sektionsvorstand durch Herrn Professor Dr. Lubarsch hierselbst statt. Die in der Leiche gefundenen Veränderungen waren folgende:

„Schlußunfähigkeit der zweizipfligen Klappe (valvula mitralis) infolge chronischer retrahirender Herzinnenhautentzündung und hochgradige Erweiterung der linken Kammer, geringere des linken Vorhofs. Geringe Muskulhypertrophie des linken Herzmuskels, vereinzelte Herzschielen, braune Induration der Lungen mit Kompression beider Unterlappen. Wasseransammlung im Brustkorb, wassersüchtige Schwellung des unteren Hautzellgewebes an den Beinen und im Rücken. Geringe Wasseransammlung in der Bauchhöhle, Stauungsblutungen im Magen und Darm, im Gewebe um die Speiseröhre sowie in der Scheide des Zwerchfellnerven. Stauungsmilz, Stauungsniere, Stauungsleber mit Fettinfiltration, Magengeschwüre, geringe Sklerose der Arterien, Gerinnungen in den Blutadern um die Vorstehdrüse.

Nach diesem Befunde handelt es sich um die schweren ausgedehnten Veränderungen, wie sie bei einem Herzklappenfehler vorkommen, dessen Kompensation aufhört.

Aus dieser Darstellung geht hervor, daß p. H. zwei Unfälle erlitten hat, den ersten im Januar 1891, den zweiten im April 1896. Ob es sich bei dem ersten Unfall um eine bloße Gehirnerschütterung ohne Schädelbruch gehandelt hat oder ob doch ein Schädelbruch damals entstanden war, konnte bei der Sektion nicht festgestellt werden, da die Ehefrau die Öffnung der Kopfhöhle sich verbeten hatte. Wie dem auch sei, so ist kein Zweifel, daß der p. H. trotz des schweren Unfalls wieder zu seiner Arbeit zurückkehren konnte. Vor allem ist hervorzuheben, daß schon im April 1891 der Herzfehler von Herrn Dr. F. konstatiert worden war, sicherlich mit dem Unfall von 1891 nichts zu tun hat.

Es würde zu weit führen, die Lehre von Herzklappenfehlern hier zu erörtern; es genüge die Erwähnung, daß das Entstehen derselben in das Alter zwischen 18 und 40 Jahren fällt. Die Wirkung eines jeden Klappenfehlers äußert sich auf den Blutstrom zunächst in der Weise, daß stromaufwärts von der erkrankten Klappe eine Stauung des Blutes eintritt. Diese würde den verderblichsten Einfluß auf den gesamten Körper ausüben, wenn nicht im Herzen Kompensation sich entwickelte. Die Zirkulationsstörung wird bei jedem einzelnen Herzklappenfehler durch die Mehrarbeit bestimmter Herzabschnitte überwunden, und das Herz entspricht diesen an seine Arbeitskraft gestellten erhöhten Anforderungen. Es gehört, wie in allen Lehrbüchern der Medizin steht, zu den zweckmäßigsten Einrichtungen unseres Organismus, daß das Herz über einen Reservevorrat an Kraft gebietet, welcher in entsprechender Weise in Funktion tritt, wenn es gilt, eine irgendwie eingetretene Störung der Zirkulation nach Möglichkeit auszugleichen. So wird es verständlich, daß zahlreiche Menschen mit Herzklappenfehlern lange Zeit sich fast

vollständig wohlbefinden können, eben weil die vermehrte Arbeit gewisser Abschnitte ihres Herzens trotz des bestehenden Klappenfehlers eine annähernd normale Zirkulation zu unterhalten instande ist. Man nennt einen Herzklappenfehler, bei welchem wenigstens keine hochgradigeren Folgezustände gestörter Zirkulation bestehen, einen kompensierten Herzfehler. Diese Kompensation ist es auch, welche viele Menschen über Herzfehler täuscht, so daß derselbe vom Arzte, der nicht den ganzen Menschen untersucht, übersehen werden kann.

Dies war bei H. nicht der Fall, da Herr Dr. F. den Herzfehler schon im Jahre 1891 konstatiert hatte. Hätte der damalige Unfall den Herzfehler verschlimmert, was immerhin möglich gewesen wäre, so wäre dies in irgend einer Weise zum Ausdruck gekommen; dies war nicht der Fall.

Wodurch p. H. seinen Herzfehler erworben hat, darüber konnte er keine Auskunft geben.

Ebensowenig wie durch den Unfall im Jahre 1891 ist der Herzfehler durch den Unfall im Jahre 1896 verschlimmert worden. Es ist allerdings für mich wahrscheinlich, daß die Unfallfolgen des Knöchelbruches durch den vorhandenen Herzfehler nicht vollständig beseitigt worden sind, weil doch immerhin trotz aller Kompensation der Einfluß eines Herzfehlers auf die Blutverteilung vorhanden ist. Es schien mir aber in der anfänglich 60 prozentigen Unfallrente genügend dem Rechnung getragen zu sein. Ich bedauere, wie erwähnt, die von mir veranlaßte Herabsetzung der Rente auf 40% muß aber doch andererseits hervorheben, daß auch dieser Satz für die vorhandenen Unfallfolgen des Knöchelbruchs im ganzen ein genügender war. Der p. H. ist mit seinen mannigfachen Klagen wohl von mir und seinen Arbeitsgebern unterschätzt worden und hat auch schließlich in der Aktienbrauerei keinen Platz mehr gefunden. Indessen ist sein Schicksal nicht durch die Unfallfolgen sondern durch die Kompensation des Herzfehlers bedingt worden. Es ist somit der Tod des p. H. in keinem Zusammenhange mit dem Unfall gewesen, auch liegt kein deutliches Zeichen vor, daß die Kompensation des früher vorhandenen Herzfehlers durch den Betriebsunfall beeinflußt worden ist.

Nahrungsmittelverfälschungen.

Von

Dr. Dietze, Düsseldorf-Obercassel.

Mit dem Wachstum der industriellen Bevölkerungsschichten eines Staates wechselt auch das Bild ihrer Lebensmittelbedürfnisse. An die Stelle der natürlichen Nahrungsmittel treten mehr oder weniger äquivalente Surrogate. Die Erzeugnisse der Industrie für den Markt sind nicht immer einwandfrei; häufig genug finden sie nur Absatz mittelst einer schlaue eingeleiteten Reklametriebkraft. Es ist Aufgabe der wissenschaftlichen Hygiene, ein wachsames Auge über alle ähnlichen Erscheinungen zu haben, und den Staat zu veranlassen, Gesetze zu erlassen, welche die Beschaffenheit der Lebens- bzw. Nahrungsmittel sozusagen normieren. In Deutschland ist dies in reichem Maße der Fall, dessenungeachtet sind die Prozesse wegen Nahrungsmittelverfälschungen nicht weniger geworden. Im Gegenteil fast scheint es, als ob gerade die Gesetzgebung schuld an dieser Prozeßkategorie hätte.

In Gelsenkirchen gingen 500 Menschen an Typhus zugrunde; siebenmal soviel waren erkrankt. Die Schuld traf die Wasserverwaltung; sie lieferte verseuchtes Wasser und setzte sich mit unglaublicher Frivolität über die Warnungen aus ärztlichen Konsumentkreisen hinweg. Die Anklage war wegen Körperverletzung mit tödlichem Ausgange erhoben worden. Der Staatsanwalt warf indessen die Frage auf, ob Wasser etwa ein Nahrungsmittel sei, bezüglich dessen dann die Angeklagten nur der

Nahrungsmittelverfälschung beschuldigt werden könnten. Richter, Ankläger samt der Verteidigung, standen vor einem offenen Ignoramus. Der Rechtsanwalt Dr. Wallach verstieg sich sogar in die Tiefen des griechischen Altertums und wollte glauben machen, Aristoteles habe Wasser für ein Nahrungsmittel gehalten. Er meinte offenbar die Elemente des Empedokles, die man ja auch die aristotelischen nennt: die heutigen Chemiker haben aber die Zahl der bekannten Elemente auf 73 gebracht, was beweist, wie eminent der wissenschaftliche Scharfsinn seitdem doch fortgeschritten ist.

Daß Wasser ein Nahrungsmittel ist, darüber braucht nicht mehr gerechnet zu werden, nachdem es längst jedem x-beliebigen Handbuch der Physiologie einverleibt worden ist. Aber Wasser ist richtiger nicht das Nahrungsmittel, sondern auch ein solches, weil es von absoluten Gesichtspunkten eben ein Lebensmittel, dessen Verwendung sehr mannigfaltig ist.

Bei der Beurteilung des Wassers als Nahrungsmittelssubstrat ist lediglich seine chemische Beschaffenheit zu berücksichtigen. Soweit es indessen nur aus H_2O zusammengesetzt ist, kann es nicht als Nahrungsmittel angesehen werden, sondern als das Lösungsmittel der festen Nährstoffe, die es durch den Verdauungskanal hindurchbewegt, sie in die Körpersäfte aufsaugt und somit auch seinen Anteil an der Blutbildung hat. Man kann nicht sagen, ob der Sauerstoff des Wassers Blutsauerstoff bildet; die Medizin behauptet, daß das Wasser als H_2O den Magen neutral passiert. Zweifellos kann aber der Sauerstoff dem Körper auf anderem Wege zugeführt werden. Im vorliegenden Falle kann H_2O nur als absolutes Lebensmittel aufgefaßt werden; enthält es Mineralbestandteile, Eisen, Kalisalze etc., hat es auf diese Bezeichnung entschieden keinen Anspruch mehr, vielmehr erscheint es als ein Surrogat von medikamentärer Wirkung; enthält es Ammoniak, Chlor etc., also fäulnisverdächtige Stoffe, ist es unter allen Umständen eben kein Lebensmittel mehr. Denn gerade seine chemische Reinheit ist es, welche es für den gesamten menschlichen Haushalt verwendbar macht. Zu Reinigungszwecken, namentlich für die Hautpflege ist chemisch reines Wasser am zuträglichsten. Hierüber hat W. Dönitz in Leydens Deutscher Klinik eingehende Erörterungen gegeben. Und gerade dieser Gelehrte spricht die beherzigenswerten Worte aus: Traurig nur, daß die Wasserverwaltungen, die dem Volke Jauche anstatt Wasser bieten, noch Gnade vor sonst rücksichtslosen Staatsanwälten finden! Unter Nahrungsmittelverfälschung muß füglich doch verstanden werden die bewußte künstliche Veränderung eines Nährmittels, wodurch es verschlechtert, gesundheitsschädlich gemacht wird, wie beispielsweise, wenn jemand Schwerspat dem Kornmehle zum Zwecke der Täuschung und aus Gewinnsucht beimengt. Das ist der Sinn des Gesetzes. Wenn jemand fauliges Mehl, das früher einmal gut war, verkauft, so macht er sich nicht etwa einer Nahrungsmittelverfälschung schuldig, sondern des Feilhaltens verdorbener Nahrungsmittel. Das Gelsenkirchener Wasser kann sicherlich einmal gesund, rein gewesen sein; erwiesen ist, daß es verdorben, also gesundheitsschädlich war. Die Angeklagten hatten es leichtfertigerweise dem Verderben ausgesetzt; aber, es zu verfälschen, dazu ist die Natur der Straftat viel zu konträr dem Sinne des Gesetzes. Danach liegt keine Verfälschung, sondern Vergiftung des Wassers vor. Wenn ein einzelner fremde giftige Stoffe dem Wasser, das er einem Bekannten zu trinken gibt, beimischt, so hat er die Absicht, die Person zu vergiften, zu töten. Ein Vergiftungsdelikt bleibt es auch, wenn er aus Fahrlässigkeit handelt; niemals wird Nahrungsmittelverfälschung angenommen werden können.

Wenn uns diese Deduktionen richtig erscheinen, so befremdet der folgende Fall von Nahrungsmittelverfälschung vor der Heilbronner Strafkammer noch mehr. Die Angeklagten waren beschuldigt, die Armeekonserven dadurch verfälscht zu haben, daß

sie es unterließen, das in einem aus dem Jahre 1864—69 stammenden Rezept vorgeschriebene Quantum von Bouillon bzw. Liebigs Fleischextrakt beizumengen, ganz abgesehen, daß sie Liebigextrakt in der von ihnen für gut befundenen Menge beifügten.

Die Ärzte sind nicht mehr unter den Lebenden, die Fleischbrühe und Fleischextrakt als ein unersetzliches Surrogat der menschlichen Ernährung ansehen. Es ist längst klargelegt, daß die Fleischbrühe eigentliche Nährstoffe wie Eiweiß, Fett und Kohlehydrate nicht enthält, die Extraktivstoffe aber nur den Wert der Nährsalze haben, als Brenn- und Baustoffe für den Organismus überhaupt nicht in Betracht kommen. Ihr Wert ist ein wesentlich medikamentärer. Man hat gefunden, daß die das Nervensystem belebende Wirkung der Fleischbrühe vorzugsweise dem Kreatinin und den phosphorsauren Kalisalzen zuzuschreiben ist. Man hat aber auch an Experimenten nachgewiesen, daß reichliche, in das Blut gelangende Mengen dieser Stoffe Ermüdungszustände herbeiführen und die Extraktivstoffe der Fleischbrühe eine Änderung der molekularen Konzentration des Blutes bewirken. Nach den Forschungsergebnissen Naunyns, Senators u. a. erscheint es nicht ausgeschlossen, daß der fortgesetzte Genuß, wie er bei gewissen Kranken beobachtet wird, Azidosis oder Säurevergiftung nach sich zieht. Fleischbrühe hemmt die Verdauung; sie wirkt konstitutiv. Sie häuft im Blute oder in den Geweben entstandene Gifte an. Der Genuß von Fleischbrühe bedeutet nicht Nahrungszuführung, sondern Nahrungsentziehung; sie steigert allein genossen den Stoffverbrauch des hungernden Organismus, anstatt die Stoffverluste desselben zu ersetzen. Dasselbe gilt vom Fleischextrakt, wobei der künstliche Leimzusatz den Wert des Extraktes keineswegs erhöht. Sein Preis steht jedenfalls außer allem Verhältnis zu dem, den er für die menschliche Ernährung haben soll. Den Zusatz billigen Leimes zum Fleischextrakt erklärt J. Ranke als eine Verfälschung desselben. Wie soll es denn nun eine Nahrungsmittelverfälschung sein, wenn jemand etwas Verfälschtes aus einem Surrogat fortläßt? —

Literatur.

- Liebreich, Gewürze, Ther. Mon. 1904/2.
 Fleischersatzmittel von Dr. Chotzen.
 Fleischextrakt von Dr. Dornblüth.
 Fleischersatz von Dr. S. Herzberg.
 Gruber, Fleischvergiftungen.
 Ranke, Ernährung.
 Frenzel, Prof. Dr., Ernährung.
 Büchner, hyg. Vorträge.
 Senator, Autointoxikationen.
 Dönitz, Infektionen.
 Dietze, L'énergie et l'alimentation 1902.

Referate.

Allgemeines.

Tod eines Erwachsenen durch Verbrennen im Ofen. Ein seltener gerichtsarztlicher Fall.

Von Dr. J. Sadikoff (Talsen).

(St. Petersburger med. Wochenschrift, 1905, Nr. 6.)

In Anbetracht der ungewöhnlichen Seltenheit des Falles sei der Tatbestand an dieser Stelle ausführlich wiedergegeben.

Der 79 Jahre alte Patient Str. wurde in der Badestube des Tischlers N. . . . von letzterem tot im Ofen der Badestube liegend gefunden. Str. hatte sich um ca. 6 Uhr nachmittags in die Badestube begeben. Um ca. 8 Uhr fand ihn N., als er selbst baden ging, völlig nackt im Ofen liegend, so daß nur die Unterschenkel aus demselben hervorragten. Da N. allein war und Str. tot zu sein schien, so rief N. sofort Leute, und erst dann wurde Str. herausgezogen. Er lag im Ofen mit dem Gesicht

nach unten, mit über der Brust liegenden Armen. Vor Str. hatte eine Magd des Tischlers N. gebadet. Dunst war in der Badestube nicht vorhanden. Die Badestube war unverschlossen und konnte überhaupt von innen nicht verschlossen werden, da die Türen nur einfache Klinken hatten. Str. hat sich allein in die Badestube begeben, und es ist nicht bemerkt worden, daß noch jemand anders sich dort während seines Aufenthalts, wenn auch nur zeitweilig, befunden hat. Es ist nach der Lage der Badestube, welche ca. 30 Schritte vom Hause des N. in einer Einsenkung an einem Teiche liegt, möglich, daß jemand aus dem anstoßenden Walde oder aus der sonstigen Nachbarschaft in dieselbe, ohne bemerkt zu werden, hineingelangen kann. Str. hat vor seinem Tode nie etwas Außergewöhnliches getan oder gezeigt, auch nicht alkoholische Getränke zu sich genommen.

Die Sektion ergab folgendes: Der Verstorbene war mittleren Wuchses, sein Ernährungszustand und Habitus normal. Die Haut auf der ganzen Vorderseite des Körpers bis zu den Knien ist geschwärzt und geht in Stücken herunter, die Farbe derselben ist bläurot. An den Seiten befinden sich viele Blasen mit flüssigem Inhalt. Am Scheitel, am Unterarm, an den Fingern und Knien ist die Haut hart und dunkelbraun, auf dem Kopf und Rücken angedrungen und mit Flüssigkeit durchtränkt, von blutroter Farbe. Augenlider, Ohren und Nase gedunsen, in den Lidern Blutaustritte. In Nase und Mund Aschenteile und blutige Flüssigkeit. Andere äußere Verletzungen sind nicht vorhanden. Die Kopfhaut ist stellenweise durch die Verbrennung an die Knochen angebacken. Die inneren Teile, z. B. Muskeln. Hirn, Baueingeweide etc., sind wie gebacken, d. h. blaß und leicht zerreiblich oder brüchig. Im Kehlkopf findet sich, außer blutiger Flüssigkeit, Asche. In den Lungen ist das Blut dick wie Teer. In der rechten Herzhälfte und den zum Herzen führenden Gefäßen befindet sich dunkles, flüssiges Blut. Innere Verletzungen durch Gewalt sind nicht zu finden.

Wie sich aus diesen Daten ergibt, ist der Tod durch Erstickung, und zwar, nach den Aschenteilen in den Atmungswegen zu urteilen, durch Erstickung im Ofen erfolgt, der verstorbene Str. ist also durch Verbrennung im Ofen ums Leben gekommen. Daß er lebend in den Ofen gekommen, ergibt außer der in den Luftwegen befindlichen Asche auch das Vorhandensein der mit Flüssigkeit gefüllten Brandblasen. Die Todesursache ergibt also nicht die geringsten Schwierigkeiten. Sehr schwierig dagegen ist bei diesem Falle die Schuldfrage: Handelt es sich um Mord, Selbstmord oder unglücklichen Zufall? Trotz eingehender Erörterung aller in Betracht kommenden Umstände kann Verf. doch keine entscheidende Behauptung aufstellen. Lb.

Tod durch Überfahren. Bruch des rechten Schlüsselbeins und mehrerer Rippen. Äußere Bedeckung unverletzt.

Von Dr. Meunier.

(Korrespondenz-Blätter des allgemeinen ärztlichen Vereins von Thüringen. XXXII. Jahrg. Nr. 8.)

Wieder ein Fall von Tod durch Überfahren werden, wo sich bei der Obduktion schwere innere Verletzungen fanden, während die äußere Besichtigung fast gar keinen Anlaß bot, der auf eine Verletzung schließen ließ. Der äußere Befund in dem Falle Meuniers, wo ein Mann tot neben seinem von Kühen gezogenen Dungwagen gefunden war, war noch geringer als der in dem Schlaumannschen Falle, der kürzlich hier referiert wurde. Denn dort waren äußere Verletzungen überhaupt nicht vorhanden, doch ergab die Sektion einen Bruch der rechten Klavikel, der 2. und 3. Rippe rechts nahe am Sternum, der linken 4. und der rechten 5. Rippe in der Axillarlinie. Es ergibt sich daraus die Notwendigkeit der Leichenöffnung in allen irgendwie zweifelhaften Fällen.

Schaumkell-Ronneburg.

Die Vernichtung des kindlichen Lebens während der Geburt.

Von Meyer-Wirz.

(Correspondenzblatt f. Schweizer Ärzte 1905. 3.)

Die deutschen Geburtshelfer stehen im großen ganzen nicht auf dem Standpunkt Pinards: „L'embryotomie sur l'enfant vivant a vécue“ und anderer zustimmender französischer Geburtshelfer. Kobmanns Satz „Wer für diese einfache Manipulation (die sectio caesarea) nicht die erforderlichen technischen Fähigkeiten besitzt, dürfte gewissermaßen überhaupt keine ärztliche Praxis betreiben“ wird nicht von allen, vielleicht nicht einmal von vielen praktischen Ärzten gutgeheißen werden. Man wird als Mensch mit praktischer Lebensauffassung wohl allgemein Leopold (Amsterdamer Gynäkologenkongreß 1899) zustimmen: „Man suche lieber ein gesichertes Leben, das der Mutter, als ein erlöschendes zu erhalten, anstatt möglicherweise beide zu verlieren. Man perforiere daher lieber einmal mehr als einmal zu wenig. Die überlebende Mutter kann noch mehrere Kinder zur Welt bringen und wenn nötig durch die künstliche Frühgeburt die gefährlichen Klippen vermeiden.“

Meyer-Wirz steht auf dem Standpunkt, daß der Arzt bei der Beurteilung der Willensäußerung der Mutter sich nicht von ethischen Gefühlen leiten lassen darf, aber auch keine Berechtigung hat, gegen deren Wunsch und Willen einen Eingriff vorzunehmen, wie es Pinard empfiehlt. Aber zu warten, etwa bis das Kind abgestorben, kann für die Mutter ebenfalls den Tod bringen. So bleibt der Satz bestehen, wie Stooß (Chirurg. Operationen und ärztliche Behandlung) hervorhebt, „Salus aegroti lex esto“. Es wird, wie Zweifel (Lehrbuch) schon betont hat, der Kaiserschnitt vorwiegend eine Operation der Gebäranstalten, die Perforation dagegen die Operation der alltäglichen Praxis bleiben.

Die katholische Kirche verbietet bekanntlich die Vernichtung des kindlichen Lebens in der Geburt. Die Strafrechtslehrer überlassen die Entscheidung über die Berechtigung der Kraniotomie der medizinischen Wissenschaft und suchen nur die merkwürdige Tatsache zu erklären, warum diese Tötungshandlung der Strafpflicht entzogen ist und wie die Statthaftigkeit derselben, wenn man sie annimmt, juristisch konstatiert werden müsse. Weder Gewohnheitsrecht, noch Berufsrecht, noch die Annahme von Notwehr, wobei das unschuldige Kind als aggressor injustus angesehen werden müßte, können dafür herangezogen werden. Mittermaier, Nägeli, Binding nehmen deshalb für den Arzt das Recht des Notstandes in Anspruch und der neueste Entwurf des schweizerischen Strafgesetzes lautet dementsprechend und ist auf unsere Frage anwendbar: „Die Tat, die jemand begeht, um sein oder eines anderen Gut, so namentlich Leib, Leben, Freiheit, Ehre, Vermögen aus einer unmittelbaren, nicht abwendbaren Gefahr zu retten, ist kein Verbrechen, wenn dem Täter den Umständen nach nicht zugemutet werden kann, das gefährdete Gut preiszugeben. Andersfalls mildert der Richter die Strafe nach freiem Ermessen“.

Aber nach dem bisherigen deutschen Strafgesetz tritt Notstand nur dann ein, wenn eine gegenwärtige Gefahr Leib und Leben des Täters oder seiner Angehörigen bedroht und wenn die Gefahr unverschuldet ist und nicht anders als durch eine sonst strafbare Handlung abgewendet werden kann. Bei einer Reform des Strafgesetzbuches wird also die Fassung des Schweizer Entwurfs Berücksichtigung verdienen. Stolper-Göttingen.

Chirurgie.

Über Herzruptur.

Vortrag von Dr. K. Winkler, Privatdozent und 1. Assistent am kgl. pathol. anat. Institut zu Breslau.

(Allgem. Med. Zentralzeitung 1905. Nr. 8.)

Die Spontanruptur kommt bei völlig gesundem Herzen nicht vor. Bei allgemeiner Fettsucht kann das verfettete und atro-

phische Myocard reißen; auch ohne besondere Anstrengung; sogar im Schlaf. Häufiger geben Ernährungsstörungen Anlaß, so die von Orth beschriebene partielle Myomalaxie infolge Gefäßobliteration. Die Ruptur kommt da durch Erweichung und Zerfall eines Herdes zu stande. Unter denselben Umständen kann es zur Bildung von Herzaneurysmen kommen, die gelegentlich zerreißen. Abszesse im Myocard gehören zu den großen Seltenheiten; ebenso Neubildungen. Doch sind Metastasen von Sarkomen und Karzinomen, auch Echinokokken und Gummata beobachtet. Ihr Zerfall kann Ruptur herbeiführen. Zerreißen der Art. coronaria ist bei schwerster Arteriosklerose vorgekommen. Häufiger sind Rupturen durch Aneurysmen im Anfangsteile der Aorta.

Von den traumatischen Rupturen behandelt Verf. nur die durch stumpfe Gewalt, ohne Durchtrennung der Brustwand. Dazu ist eine besonders schwere Einwirkung erforderlich: Überfahren durch Lastwagen, Fall aus großer Höhe, Verschütten, Hufschlag. Meist betrifft diese Ruptur die rechte Herzhälfte; sehr selten das Septum. Vgl. die Zusammenstellung in der Abhandlung von Revenstorf im XI. Bande (1903) der Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. Eine bestimmte Regel für den Mechanismus der traumatischen Rupturen kann nicht aufgestellt werden. Form und Lokalisation der einwirkenden Gewalt wird annähernd Schlüsse erlauben. Die meisten Zerreißen kommen durch Platzen des zwischen Brustbein und Wirbelsäule eingeklemmten Herzens zu stande; doch kommt auch direkte Zermalmung und Zerrung vor. Die Gewalt führt auch zu Rissen im Anfangsteil der großen Gefäße. In foro wird oft aus der Sektion kein genügend sicheres Urteil über die Entstehungsart abzugeben sein. — Verf. erwähnt schließlich einen klinisch beobachteten Tod durch Herzinsuffizienz, der nach großer Aufregung binnen vier Minuten eintrat. Bei der Sektion fand sich keine Ruptur, doch starke Dilatation beider Ventrikel neben Aorteninsuffizienz und Stenose. Auch derartige Fälle können die Sachverständigentätigkeit des Arztes in Anspruch nehmen. Ktg.

Schuß durch das Ventrikelseptum des Herzens. Herznaht-Heilung.

Aus dem Hafenkrankehaus Hamburg; Oberarzt Dr. Lauenstein.
Von Dr. Schubert.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 75, Heft 1.)

Ein junger Mann wurde eine halbe Stunde nach einem Selbstmordversuch besinnungslos in das Krankenhaus eingeliefert. Im vierten Zwischenrippenraum, 3 cm innerhalb der Brustwarzenlinie, befand sich eine Einschußöffnung, aus der kein Blut, jedoch einige Luftblasen hervorquollen. Über der Lunge links hinten unten bestand Dämpfung (Blutung); andere Veränderungen konnten nicht nachgewiesen werden. Da der Puls während der Untersuchung schlechter wurde, schritt Schubert zur Operation und eröffnete durch einen im vierten Zwischenrippenraume vom linken Brustbeinrande durch die Wunde bis 13 cm über diese hinaus verlaufenden Schnitt den Brustkorb. Der Schußkanal führte zunächst in die Pleurahöhle, aus welcher ein Liter Blut entfernt wurde. An der Vorderwand des Herzbeutels und am Herzen, zwei Finger breit von der Spitze, 1 cm rechts von den Gefäßen, befanden sich linsengroße nicht blutende Löcher, außerdem an der Hinterwand des Herzens und des Herzbeutels, etwas höher liegend als vorn eine ebenso große ziemlich starkblutende Öffnung. Alle Wunden, auch der Einschnitt in den Herzbeutel, wurden mit Catgut genäht und die Hautwunde mit Seide verschlossen. Der Wundverlauf war gut; der Kranke wurde nach 1½ Monaten geheilt entlassen, nachdem mittels Röntgenstrahlen festgestellt war, daß die Kugel im linken Pleuraraum an der Wirbelsäule auf dem Zwerchfell lag.

Niehues-Berlin.

Haarnadel in der Blase einer geistesschwachen Epileptischen infolge von Masturbation.

Von Dr. Stakemann, leitender Arzt des Asyls für Epileptische in Rotenburg i. H.

(Zeitschr. f. Med. Beamte, 1905. Nr. 4. S. 89.)

Die Einführung der Nadel hatte am 13. Dezember stattgefunden; der Arzt erfuhr aber erst am 21. davon, als die bleiche Farbe und der schwere Gang der Patientin auffiel. Es wurde nunmehr gemeldet, daß die Mitkranken der Stationschwester gleich nach dem Vorkommnis Mitteilung gemacht hatten. Die Schwester hatte das vergessen. Es gelang, die Nadel nach Dilatation der Harnröhre durch diese ohne üble Folgen zu entfernen. Aus der Kranken war über die Art der von ihr vorgenommenen Masturbation nichts zu erfahren; der Fall lehrt aber, wie wichtig es namentlich in der psychiatrischen Krankenpflege ist, daß das Pflegepersonal gut beobachtet und dem Arzt unverzüglich Meldung abstattet. Ktg.

Über Schenkelhalsbrüche, namentlich vom Gesichtspunkt der gerichtlichen Medizin.

Von Dr. G. Feldmann in Stuttgart.

(Vierteljahrsschrift für gerichtl. Med. und öffentl. Sanitätswesen, 3. Folge XXVII. Suppl.-Heft.)

Feldmann bespricht die pathologische Anatomie und den Krankheitsverlauf des Schenkelhalsbruches nur insoweit, als deren Kenntnis zur gerichtsärztlichen Beurteilung erforderlich ist, äußert sich dagegen in eingehender, zusammenfassender Weise über die Ursachen, die Erkennung und die Folgen der Verletzung.

„Zur Entstehung eines Schenkelhalsbruches bei alten Personen genügt eine außerordentlich minimale Gewalt; Schenkelhalsbrüche bei jugendlichen Personen setzen fast ausnahmslos eine starke Gewalteinwirkung voraus. Unter gewissen, noch nicht aufgeklärten Umständen erfolgen auch bei jugendlichen Personen sogen. Spontanbrüche des Schenkelhalses; ein Teil derselben gehört zu den Riß- oder Belastungsbrüchen, ein anderer, kleinerer Teil ist auf vorher bestandene Knochenkrankheiten zurückzuführen, einige wenige bleiben unaufgeklärt.“

Bezüglich der Fälle, in denen der Bruch bei einem Versuche der Einrichtung einer Hüftgelenksluxation entstand, äußert F. sich dahin, daß der Operateur keinesfalls mit Sicherheit darauf rechnen kann, daß ihm die Verantwortlichkeit für einen solchen Fall nicht werde aufgeladen werden, es sei denn, daß er zuvor den Kranken von der Möglichkeit eines Schenkelhalsbruches verständigt und mit dessen Zustimmung forcierte Repositionsversuche vorgenommen hat.

Die Aufzählung der Symptome bietet nichts Neues. Die wesentlichsten Erscheinungen sind die Verkürzung und Drehung des Beines nach außen.

Unter den Folgen des Schenkelhalsbruches werden zunächst diejenigen allgemeiner Natur, Tod durch Sepsis, Fettembolie, Lungenerkrankungen, Dekubitus usw. besprochen. Eine Erörterung der lokalen Schädigung, Mitteilungen über Heilungsverlauf (im Durchschnitt acht Monate) und Schätzung der Erwerbsunfähigkeit (15—83 $\frac{1}{3}$ %) schließen sich an.

Niehues-Berlin.

Über die isolierte Abrißfraktur des Trochanter minor.

Von Privatdozent Dr. Charles Julliard in Genf.

(Archiv für klinische Chirurgie, Band 72. Heft 1.)

Julliard teilt die Krankengeschichte eines 87jährigen Greises mit, welcher im Anschluß an einen Fall auf die Seite eine Abrißfraktur des kleinen Rollhügels erlitt, verbreitet sich im genaueren über die Knochenarchitektur im oberen Ende des Oberschenkelknochens, sowie die Ätiologie, Symptomatologie, Prognose

und Behandlung der Verletzung und beschließt seine Arbeit mit folgenden Sätzen:

1. Es gibt eine isolierte Fraktur des Trochanter minor durch Abreißung (Wirkung des M. ileopsoas).

2. Sie ist von nicht genau lokalisiertem Schmerz, Ekchymose und Schwellung begleitet. Das auffallendste Symptom ist die vollständige Auswärtsrotation des Beines.

3. Sie wurde bis jetzt nur in einem einzigen Falle, und zwar bei einem Greise, beobachtet.

4. Es ist fast unmöglich, ohne Zuhilfe der Röntgenstrahlen die genaue klinische Diagnose festzustellen, und im speziellen sie von der Schenkelhalsfraktur zu unterscheiden. (Im vorliegenden Falle wurde sie erst post mortem gestellt. Ref.)

5. Ihre Prognose, welche sich nach Beobachtung eines einzigen Falles natürlich nicht feststellen läßt, scheint denjenigen der Halsfrakturen gleich zu sein. Die funktionellen Heilresultate konnten noch nicht beobachtet werden.

6. Die rationelle Behandlung besteht darin, den Oberschenkel in Beugung und leichter Auswärtsrotation zu fixieren. Niehues-Berlin.

Sekundäre Verbiegung des Unterschenkels nach Fraktur.

Von Dr. Lissauer in Düsseldorf.

(Monatsschr. f. Unfallheilkunde 1905 Heft 3.)

Ein Jahr nach Wiederaufnahme der Arbeit nach normaler Konsolidation eines einfachen Unterschenkelbruches trat ziemlich plötzlich heftiger Druckschmerz an der Bruchstelle mit Ödem und Verdickungen in den umgebenden Weichteilen auf. Die Röntgenuntersuchung ergab nichts Besonderes. Heilung durch Ruhe. 1 $\frac{1}{2}$ Jahre später ähnlicher Anfall. Diesmal zeigte der Unterschenkel eine deutliche Krümmung. Erweichung des Knochens war indes durch die Untersuchung nicht zu erweisen. Die Erscheinungen schwanden unter Ruhe, doch blieb die Verkrümmung dauernd. Bei einem dritten Anfall, zwei Jahre später, hatte sie jedenfalls nicht zugenommen. Jedem dieser Anfälle war eine stärkere Anstrengung des Beines vorausgegangen. In diesem Umstande wird die Ursache der entzündlichen Vorgänge erblickt. Der Fall ist um so bemerkenswerter, als es sich um einen gesunden, kräftigen, jungen Menschen handelte. Zu frühe Belastung des noch weichen Kallus war absolut auszuschließen, da die Fraktur bei der Wiederaufnahme der Arbeit fest vereinigt war. Bei manchen Verbildungen der Wirbelsäule nach Traumen dürften ähnliche Prozesse — Ostitis rareficans — eine hervorragende Rolle spielen. Die Rente betrug nach den entzündlichen Zwischenfällen 20, später dauernd 10 %.

Ktg.

Nebenbewegungen im Kniegelenk und Ruptur der Menisci articulares.

Von Dr. Th. Christen in Kirschdorf (Bern).

(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 34. Jahrg. Nr. 23.)

Christen unterscheidet 4 Arten von Nebenbewegungen im Kniegelenk, rotierende Gleitung, geradlinige Gleitung, Rollung und Abhebung.

1. Rotation der Tibia um ihre Längsachse ist bei völlig gestrecktem Kniegelenk unmöglich. Je mehr das Knie gebeugt wird, desto ausgiebiger wird die Rotation, um bei Stellung im rechten Winkel eine Amplitude von 55° zu erreichen.

2. Die Parallelverschiebung der Tibia senkrecht zu ihrer Längsachse vollzieht sich unter Gleiten ihrer Gelenkfläche über die Femurkondylen; sie ist am meisten ausgebildet bei Verschiebung des Unterschenkels nach innen, weniger bei einer solchen nach außen. Die Verschiebung nach hinten ist gleichfalls deutlich wahrnehmbar und kann bei gebeugtem Kniegelenk durch

Kontraktion der Flexoren aktiv hervorgerufen werden; weniger ergiebig ist die Verschiebung nach vorn.

3. Theoretisch muß auch eine Rotation des im Kniegelenk rechtwinklig gebeugten Unterschenkels um den Oberschenkel als Achse vorhanden sein, doch wird diese Bewegung durch die Rotation des Oberschenkels im Hüftgelenk verdeckt.

Namentlich die Forcierung der unter 2 und 3 genannten Nebenbewegungen ist für das Zustandekommen von Meniskusrupturen verantwortlich zu machen, da durch sie die Knorpelscheiben aus dem Gelenk herausgedrängt werden. Im Gegensatz hierzu kommt.

4. die Entfernung der Gelenkflächen voneinander durch Zug in der Längsrichtung der Tibia für die Therapie der Meniskusrupturen in Betracht.

N i e h u e s - Berlin.

Über eine Absplitterung aus der Corticalis des rechten Fersenbeines.

Ein weiterer Beitrag zur Vielgestaltigkeit der Fersenbrüche.

Von Dr. Bettmann in Leipzig.

(Monatsschr. f. Unfallheilkunde 1905. Heft 3.)

Ein junger Arbeiter zog sich beim Ausgleiten durch Umknicken des rechten Fußes eine Verletzung zu, die sich in starker Anschwellung und Schmerzen äußerte. Nach drei Monaten war Patient noch nicht imstande zu arbeiten, weil er nicht längere Zeit stehen konnte und Schmerzen im Fuß und Knie hatte. In der Anstalt des Verf. zeigte sich das Bein etwas abgemagert. Eine Röntgenaufnahme blieb negativ. Die Erscheinungen besserten sich, und Patient wurde mit 20% Rente entlassen. Fünf Monate nachher ging er mit denselben Klagen wieder zu, bezeichnete aber diesmal einen 4 cm vor dem Ende der Ferse mitten in der Fußsohle gelegenen Punkt als besonders empfindlich. An dieser Stelle war eine flache Vorwölbung zu fühlen. Abermalige Durchleuchtung ließ ein längliches Knochenstückchen erkennen, welches aus der Rinde des Calcaneus direkt vor dem Tuber calcis abgesprengt war und zwischen den Weichteilen der Sohle lag. Es wurde operativ entfernt; darauf trat baldige Heilung ein. Der Fall lehrt erstens wie heftige Beschwerden durch solche kleinen Knochensplitter hervorgerufen werden können, und zweitens, daß man sich nie mit einer einzigen Röntgenaufnahme begnügen soll, um die Diagnose zu sichern.

Ktg.

Contribution à l'étude des luxations de l'épaule en arrière.

Von Prof. Laroyenne und Dr. Morel in Lyon.

(Bulletin médical. April 1904.)

Die Verfasser beschreiben zwei Fälle der seltenen Luxation des Humerus nach hinten. Für die Diagnose ist wesentlich, daß man zwar das Fehlen des Humeruskopfes an der gewohnten Stelle durch Palpation feststellen, den Kopf selbst aber gewöhnlich nicht fühlen kann. Er wird von der Schulterwölbung und den gespannten Muskeln (Deltoides, Infraspinatus und Teres minor) verdeckt. Die Achse des Oberarmes, die normalerweise das vordere Ende des Akromion trifft, läuft bei dieser Luxation nach unten und innen davon. In den beiden von den Verfassern beobachteten Fällen fanden sie eine vollständige motorische Lähmung des N. axillaris, in einem Falle auch des Radialis. Wahrscheinlich ist die Lähmung des Axillaris für diese Fälle charakteristisch, da Versuche an der Leiche eine starke Zerrung des Nerven bei der Luxation nach hinten zeigten. Für das Zustandekommen der Luxation ist wesentlich die Rotation des Armes nach innen; die angewandte Gewalt braucht nicht sehr groß zu sein. Ob der Humeruskopf direkt von vorn nach hinten geht, oder ob er sich, wie Petit und Bottey annehmen, erst am unteren Rande der Gelenkpfanne anstemmt und dann erst sekundär nach hinten gezogen wird, ist noch fraglich.

Lehfeldt.

Bruch der unteren Epiphyse des Radius bei Automobil-technikern.

Von Prof. Dr. C. Ghillini in Bologna.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie, Band 13, Heft 4.)

Ghillini beobachtete bei Chauffeuren das häufige Vorkommen von Radiusfraktionen, deren Entstehen durch die Art der Handhabung des Motors bedingt ist.

„Um den Motor eines Automobils in Bewegung zu setzen, muß man mit der Kurbel eine Bewegung machen, um den Druck des Gases im Zylinder zu fühlen. Da man jedoch die Kurbel ergreifen muß, wenn sich dieselbe in horizontaler Lage befindet, um den Druck des Zylinders zu bewältigen, so muß man eine große Kraft anwenden, damit die Kurbel ihren tiefsten Punkt erreicht.

Geschieht die Entzündung des Gases auf normale Weise, d. h. nicht zu früh und nicht zu spät, so muß die Kraftanwendung, um den Druck zu überwinden, ganz plötzlich ausgeführt werden; die Kurbel macht dann eine Vierteldrehung, die Explosion des Gases bewegt den Motor und die Kurbel bleibt frei.

Wenn jedoch die Entzündung des Gases zu rasch vor sich geht, d. h. bevor der Kolben (im Zylinder) den Punkt des höchsten Druckes erreicht, dann geht durch die Explosion der Kolben zurück, gibt der Kurbel, welche tief steht, einen heftigen Stoß, und die Hand, welche sich auf derselben in vertikaler Stellung befindet, erhält den Stoß auf die Handfläche in der Gegend des Ballens.“

Man soll die Mechaniker gegen solche Unfälle versichern. Die Entstehungsweise war Gegenstand der Besprechung in einer Sitzung der chirurgischen Gesellschaft in Paris.

Auch Madelung hat kürzlich auf das häufige Vorkommen des Bruches bei Automobilisten aufmerksam gemacht (Ref.).

Niehues-Berlin.

Einige seltene Handverletzungen.

Demonstration des Herrn Immelmann in der Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins am 12. Dezember 1904.

(Deutsch. med. Wochenschr. 1905. Nr. 9. S. 364.)

Der erste Fall betraf einen Patienten, der sich beim Auswringen eines Beutels durch Distorsion des linken Handgelenkes einen Bruch des Os naviculare zuzog. Der zweite die äußerst seltene Luxation der Grundphalanx des Mittelfingers auf die Dorsalfäche des zugehörigen Mittelhandknochens. Hier war die Verletzung durch Fall auf die gespreizten Finger der vorgestreckten Hand bedingt. Zuletzt wurde ein Radiogramm demonstriert, welches eine Fraktur der Basis der Grundphalanx des Daumens mit Abweichen des Knochens vom Os multangulum majus zeigte. Der Fall war mit der Diagnose einer Luxation zugegangen.

Für die Demonstration des ersten Falles bedient sich Vortragender neuer stereoskopischer Röntgenaufnahmen, über deren Herstellung Bemerkungen angeknüpft wurden.

Ktg.

Über die Komminutivfrakturen der Handwurzel durch indirekte Gewalt.

Von Dr. R. Wolff.

(Monatsschr. f. Unfallheilkunde 1905, Nr. 2, S. 33.)

Nach einem Fall aus großer Höhe auf die vorgestreckte dorsalflektierte Hand zeigte sich im Röntgenbilde eine Zerreißen der Gelenkverbindungen zwischen den proximalen und distalen Handwurzelknochen. Naviculare und Capitatum waren gebrochen; die Hand samt der distalen Handwurzelknochenreihe gegen den Vorderarm radial und etwas dorsalwärts verschoben. Der Mann wurde mit Schienen-, später Gipsverband behandelt und nach 19 Tagen entlassen. Nach einem Vierteljahr war die Hand noch geschwollen, die Bewegung sehr beschränkt, Schluß

zur Faust unmöglich. Weitere fünf Monate später war die Beugung der Hand nur um 10 Grad möglich. Eine leichte radiale Abweichung bestand fort. Der Händedruck, Zug, Stoß war schwach; jede Bewegung bis zur Grenze der Leistungsmöglichkeit rief Schmerz hervor. Die Rente betrug erst 100, nachher 60 Prozent.

Die Veränderungen hatten in diesem, wie in zwei früher beschriebenen Fällen das Gemeinsame, daß nur der proximale Bogen der Handwurzel eingebrochen war, und zwar mit Lösung der zentral gelegenen Bruchstücke aus ihrem Zusammenhange mit den Knochen und Weichteilen des Handgelenkes. Verf. sieht die proximale Reihe als den knöchernen, in sich beweglichen Meniscus des Handgelenkes an, der zwischen der festen Einheit der distalen Reihe und der bei Beuge- und Seitenbewegungen ebenfalls festen Gelenkfläche der beiden Vorderarmknochen eingeschoben ist, um die Exkursionsfähigkeit des Handgelenkes zu steigern. Fast alle indirekt entstehenden Verletzungen des Handgelenkes spielen sich in diesem Meniscus ab. Gewöhnlich zerreißen dabei auch die Bänder zwischen Lunatum und Triquetrum und das Radio-carpale volare, seltener das Dorsale und die Seitenbänder. Reposition und Konsolidation dieser Frakturen wird im allgemeinen nicht erreicht. Die im Gelenk liegenbleibenden Bruchstücke wirken als Bewegungshemmnis und chronischer Reiz. Operatives Eingreifen ist indiziert bei offenen Brüchen, um bessere Wundverhältnisse zu schaffen und Eiterung zu verhüten. Bei den subkutanen Frakturen genügt Fixation der Hand in richtiger Stellung und baldige Mobilisation der Finger. Entfernung loser Fragmente kommt in Frage, wenn dauernd Schmerzen zurückbleiben und sich ein chronischer Reizzustand im Handgelenk etabliert. Ktg.

Neurologie und Psychiatrie.

Die psychologischen Kriterien der Unzurechnungsfähigkeit.

Von Prof. Dr. Bleuler - Zürich.

(Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. Januar 1905.)

Bleuler tritt für die ursprüngliche Fassung des Zurechnungsfähigkeits-Paragraphen im Vorentwurf zum Schweizerischen Strafrecht ein, welcher lautet:

Art. 11. „Wer zurzeit der Tat geisteskrank oder blödsinnig oder bewußtlos war, ist nicht strafbar.

War die geistige Gesundheit oder das Bewußtsein des Täters nur beeinträchtigt, oder war er geistig mangelhaft entwickelt, so mildert der Richter die Strafe nach freiem Ermessen.“

Später war diese Fassung mit Zustimmung von Stoos in dem Sinne abgeändert worden, daß es hieß (Art. 16):

„Wer zurzeit außerstande war, vernunftgemäß zu handeln, wer insbesondere . . . usw.“

„Außerstande“ sowohl, als „Vernunftgemäß“, beide Worte sind nach Bleuler völlig unbrauchbar, weil völlig von der Subjektivität des Experten abhängig, der bestenfalls einsähe, daß sie absolut unmöglich zu beantworten sind, und sich für seinen Gebrauch an den Grundsatz halten würde, daß außerstande vernunftgemäß zu handeln der Geisteskranke ist.

Was im besonderen das „außerstande“ anlangt, so ist im Einzelfall die Entscheidung, ob der Kranke auch anders hätte handeln können, eine Bilanzierung der Motive und Hemmungen eines Täters, eine absolute Unmöglichkeit.

Der Ausdruck vernunftgemäß aber ist klar in den schweren Fällen, die auch ohne Definition klar sind; für die zweifelhaften sagt er uns nichts, setzt aber für einen Begriff ein Wort ein und das ist viel schlimmer als nichts!

Mit anderen Worten: Die Formel „Unzurechnungsfähig ist, wer außerstande ist vernunftgemäß zu handeln“, ist praktisch

absolut gleichwertig der anderen: „Unzurechnungsfähig ist der, den der Experte, eventuell der Richter für unzurechnungsfähig hält.“

Die Richtigkeit seiner Auffassung tut Bleuler dar, indem er auf die Hauptformen von Geistesstörung ihre praktische Nutzenanwendung zieht.

Bei der Benutzung des Begriffes der Geisteskrankheit dagegen würden unklare Grenzen nur auf dem Gebiete der Übergangsfälle bleiben. Diese lassen sich in der Natur aber nicht dadurch beseitigen, daß ein Gesetz künstliche Grenzen zieht: ihre Schwierigkeiten aber lassen sich leicht beseitigen, wenn das Gesetz die Grenzfälle kennt und berücksichtigt.

„Die „freie Würdigung“ des Gutachtens ist zurzeit so weit sie wahr ist, in psychiatrischen Dingen eine Art Unfug, im allgemeinen aber gar nicht wahr“

Bleuler faßt seinen Standpunkt in folgenden Thesen zusammen:

1. Der Glaube, daß psychologische Kriterien eine scharfe oder nur brauchbare Grenze der Zurechnungsfähigkeit ziehen könnten, beruht auf Täuschung.
2. Gerade weil sie die unüberwindlichen Schwierigkeiten, die sich einer scharfen Abgrenzung entgegenstellen, verdecken, sind sie so gefährlich.
3. Der Begriff der Geisteskrankheit ist viel bestimmter als der irgendeiner psychologischen Definition.
4. Den tatsächlich vorhandenen Übergangszuständen kann man nur gerecht werden durch eine besondere Berücksichtigung im Gesetz, nicht durch Ignorierung oder künstliche Scheidung.
5. Die Definition der schweizerischen Psychiater ist ganz brauchbar; man täte indes vielleicht gut, den Ausdruck „bewußtlos“ umzuändern in „in Bewußtsein erheblich gestört“ oder etwas Ähnliches. Paul Bernhardt-Dalldorf.

Aus der Begutachtung Marine-Angehöriger.

Von E. Meyer.

(Archiv für Psychiatrie 1905. Bd. 29.)

Meyer hatte in der psychiatrischen Klinik zu Kiel Gelegenheit gehabt 24 Angehörige der Marine längere Zeit zu beobachten. Bei 18 handelte es sich um Feststellung der kriminellen Zurechnungsfähigkeit. Nur 2 Fälle gehörten zu den einfachen Seelenstörungen (1 typische Katatonie und 1 Hebephrenie). 6 Begutachtete waren Imbecille, wie ja erfahrungsgemäß die von Geburt Geistesschwachen mit der militärischen Disziplin und dem militärischen Strafgesetzbuch besonders häufig in Konflikt kommen. Es würde deshalb für Militär- und Justizbehörden sehr vorteilhaft sein, vorher Kenntnis von denen zu erhalten, die auf der Schule schon als schwachbegabt galten oder eine Hilfsschule besuchen mußten. In den weiteren Fällen handelte es sich 4mal um Hysterie, 1mal um traumatische Neurose, 3mal um Epilepsie und 4mal um pathologischen Rauschzustand bei psychopathischen Individuen. Es scheint, daß der Dienst bei der Marine, der aufreibender ist, als der in der Armee, Psychopathen besonders leicht verderblich wird und ihre Widerstandskraft gegen Schädlichkeiten (Alkohol usw.) bedeutend herabsetzt. Zu wünschen wäre, daß die Sanitätsberichte Mitteilungen brächten, ob etwa bestimmte Dienstzweige (Dienst auf Torpedobooten, als Heizer usw.) oder der Dienst in den Tropen eine ungünstige Wirkung auf das Nervensystem, und besonders die Psyche auszuüben scheinen. Hoppe-Uchtsprunge.

Ein forensischer Fall von arteriosklerotischer Geistesstörung.

Von Oberarzt Dr. Albrecht-Treptow a. R.

(Zeitschr. f. Med.-Beamte 1904. Nr. 21.)

Ein 43jähriger Steuereinnahmer wird wegen Unregelmäßigkeiten im Amt in Untersuchung gezogen. Nach 3 Wochen

kommt er wegen Geisteskrankheit ins Krankenhaus, und dann in die Irrenanstalt. Hier liegt er in der ersten Zeit stumpf und benommen, klagt über heftigen Kopfschmerz, regt sich kaum im Bett. Fragen faßt er schwer und langsam auf. Auffallend war bei seinen Antworten schneller Wechsel zwischen ganz verkehrten und richtigen Antworten. Bald weiß er die einfachsten Fragen nicht zu beantworten, bald erzählt er, und zwar im Lauf derselben Unterhaltung, ganz richtig Einzelheiten aus seinem Vorleben. Körperlich zeigt er Starrwandigkeit und Schlingelung der Schläfen- und Speichenschlagadern, verstärkten breiten Aortenton, fast weißen Bart, Faserzuckungen der Zunge, Schläffheit der linken Gesichtshälfte, Unsicherheit beim Gehen, Rombergsches Symptom, Hypästhesie der Haut an den Beinen. Pupillenstörungen nicht deutlich, Sprache langsam. Später besserten sich die psychischen und somatischen Erscheinungen, doch blieb Vergeßlichkeit und Weinerlichkeit bestehen. Das Krankheitsbild entspricht dem arteriosklerotischen Irresein, zumal mit dem sprunghaften Wechsel zwischen geistiger Klarheit und völligem Versagen der Geisteskräfte. Gegen eine Melancholia cum stupore spricht das Fehlen des ängstlichen Effekts und die körperlichen Erscheinungen, gegen Dementia senilis das Alter. Am ehesten wäre an eine progressive Paralyse zu denken. Doch fehlt die Pupillenstarre und die typische Sprachstörung, sowie der progressive Verlauf. Gegen Simulation sprachen die nicht vorzutäuschenden körperlichen Erscheinungen. Auch würde ein Simulant kaum auf den Gedanken kommen, bald falsch, bald richtig zu antworten. Daß beim Kranken die Arteriosklerose so frühzeitig auftrat, beruhte nach den Erhebungen wahrscheinlich auf familiärer Anlage. Lehfeldt.

Die Syringomyelie und ihre Beziehungen zur sozialen Gesetzgebung.

Von Dr. W. Stempel, Dir. Arzt des Diakonissenkrankenhauses Bethlehem, Breslau.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 73, S. 481).

Obgleich die Syringomyelie keineswegs zu den seltenen Erkrankungen gehört, ist sie einer großen Mehrzahl der Ärzte so gut wie unbekannt.

Das Krankheitsbild ist in den meisten Fällen wohl ausgebildet und bei genauer Untersuchung unschwer zu erkennen. Wir finden bei ihr Störungen auf motorischem, sensiblem, trophischem und sekretorischem Gebiet. Von den motorischen sind im Beginn der Erkrankung die Muskelatrophien, zu denen sich später spastische Paresen und motorische Reizerscheinungen gesellen, am konstantesten.

Die für die Erkrankung charakteristischsten Erscheinungen finden sich auf sensiblem Gebiet, nämlich typische Störungen der Schmerz- und Temperaturempfindung. Hypo- und Anästhesien in meist symmetrischer Anordnung sind mit starker Abnahme oder völligem Verschwinden der Temperaturempfindung verbunden. Es kommt daher häufig im Anschluß an nicht empfundene kleine Verletzungen zu heftigen Verbrennungen und schweren Phlegmonen.

Die trophischen Störungen betreffen in erster Linie die Haut und ihre Gebilde; es finden sich ödematöse Durchtränkungen der Finger und Hände, die zu walzenförmigen Verunstaltungen führen; die Nägel sind oft verdickt, rissig, spröde und mißgestaltet. Daneben bilden sich Veränderungen der Knochen und Gelenke aus, welche eine gewisse Ähnlichkeit mit den bei Arthritis deformans vorkommenden besitzen. Nicht selten beobachtet man auch eine Verbiegung der Wirbelsäule in Form einer Skoliose. — Die Schweißabsonderung kann vermehrt und vermindert sein.

Geht die Höhlenbildung im Rückenmark auf die Medulla über, so finden sich naturgemäß Veränderungen bulbärer Natur.

Differentialdiagnostisch kommen Tabes (Vorherrschen der Ataxie), amyotrophische Lateralsklerose (Fehlen von trophischen Störungen bei Beschränkung der Sensibilitätsstörungen auf einzelne Gliedabschnitte), spastische Spinalparalyse (Fehlen der Sensibilitäts- und trophischen Störungen), multiple Sklerose (nur mäßiger Grad von Muskelatrophie und Empfindungsstörung), progressive Muskelatrophie und Dystrophia musculorum progressiva (Fehlen der Sensibilitätsstörungen), sowie die Hysterie, die zu schweren Täuschungen führen kann, in Betracht. Auch mit Arthritis deformans und Lepra ist die Krankheit verwechselt worden. —

Bei der Beurteilung des Erkrankten in bezug auf die Invaliditätsversicherung handelt es sich, da Teilrenten nicht gewährt werden, darum, festzustellen, ob der Antragsteller trotz seiner Krankheit noch ein gewisses Maß von Arbeit leistet, welche ihm das Erreichen einer vom Gesetz genau vorgeschriebenen Summe, der Mindestverdienstgrenze, gestattet oder nicht.

Bei der bisher üblichen Art und Weise der Beurteilung haben die Versicherungsgesellschaften schlecht abgeschnitten, da man bisher bei feststehender Diagnose ohne weitere Reflexionen die Rente zu bewilligen pflegte. Es ist jedoch notwendig, hierin gewisse Modifikationen eintreten zu lassen. Der Verlauf der Erkrankung ist meistens ein langsamer, und der krankhafte Prozeß begrenzt sich oft früh und für Jahrzehnte lang, so daß es dem Erkrankten sowohl im landwirtschaftlichen, als auch in vielen industriellen Betrieben möglich ist, die Mindestgrenze zu erreichen.

Wenn es auch auf den ersten Blick scheinen möchte, daß Kranke, welche neben Atrophien der Armmuskeln noch schwere trophische Veränderungen der Finger und Hände zeigen, zur Verrichtung jedweder Handarbeit unfähig sind, so lehrt doch die Erfahrung, daß sie alle gröberen Arbeiten noch recht gut und ziemlich andauernd zu verrichten vermögen. Selbstverständlich ist die Ausführung aller der Arbeiten, welche wie die Handarbeiten, die Arbeiten in Spinnereien, Webereien u. dgl. feine Hand- und Fingerbewegungen erfordern, unmöglich.

Man kann daher annehmen, daß jugendliche, im übrigen gesunde und kräftige Kranke, bei denen sich die Erscheinungen auf die oberen Gliedmaßen beschränken und paretische Erscheinungen an den Muskeln fehlen, noch imstande sind, die Mindestgrenze zu erreichen. Lassen sich jedoch spastisch-pletische Zustände der Muskeln an den oberen oder besonders an den unteren Gliedmaßen nachweisen, führt die vorhandene Skoliose durch Umlagerung der Eingeweide zu Hemmungserscheinungen, sind tabische Symptome, Ataxie, Blasen- und Mastdarmstörungen, oder bulbäre Erscheinungen vorhanden, oder besteht dauernde Neigung zu schweren septischen Erkrankungen nach Schrunden und Rissen an den Fingern, so ist stets dauernde Arbeitsunfähigkeit anzunehmen. Das gleiche gilt beim Vorhandensein von Gelenkversteifungen an den unteren Gliedmaßen infolge von Knochenveränderungen. Ein Befallensein der Gelenke der oberen Extremitäten bedingt jedoch nicht von vornherein Arbeitsunfähigkeit.

Wesentlich andere Gesichtspunkte kommen bei der Beurteilung der Beziehungen der Syringomyelie zu der Unfallgesetzgebung in Frage. Es liegt nahe, die Entstehung der Krankheit auf ein Trauma zurückführen zu wollen, welches eine lokale schwere Schädigung des Rückenmarks verursachte, die entweder in einer direkten Verletzung oder in einer Durchtränkung des Marks mit Blut (Hämatomyelie) bestehen kann. Zweifellos sind solche Verletzungen imstande, eine Krankheit hervorzurufen, welche pathologisch-anatomisch und klinisch die gleichen Befunde liefert, wie die Syringomyelie. Und doch sind beide Prozesse grundverschieden, da bei der durch die Verletzung

hervorgerufenen Erkrankung die Symptome niemals fortschreiten, vielmehr stets stationär bleiben oder sich sogar bessern. Dies geschieht bei der Syringomyelie nicht; sie bleibt eine Erkrankung für sich; ihre Entstehung durch eine Verletzung ist durch nichts bewiesen.

Anders liegen die Verhältnisse, wenn es sich darum handelt, zu beurteilen, ob eine Syringomyelie durch ein Trauma verschlimmert und in ihrem Verlaufe beschleunigt wurde. Eine solche Möglichkeit muß ohne weiteres zugegeben werden, da es einleuchtet, daß unscheinbare, durch eine Verletzung hervorgerufene Markläsionen in einem bereits erkrankten Rückenmark einen rascheren Zerfall der noch normalen Teile und ein Zugrundegehen neuer nervöser Elemente mit nachfolgenden Ausfallserscheinungen veranlassen können.

Nicht ganz so einfach ist die Beurteilung gewisser Veränderungen bei Syringomyeliekranken, welche sowohl Unfallfolgen darstellen, als auch lediglich durch die Krankheit bedingt sein können und sich mit einem Betriebsunfall nicht in Verbindung bringen lassen. Entwickeln sich im Anschluß an Risse und Schrunde in der atrophischen Haut phlegmonöse Prozesse, so ist es nicht angängig, diese Folgen auf einen Betriebsunfall zurückzuführen. Das ist erst dann statthaft, wenn der Hautdefekt durch einen Unfall, eine Verletzung bei der Arbeit entstanden ist. Dieser Nachweis gelingt oft nur schwer, da infolge der Herabsetzung des Gefühls kleine Verletzungen gar nicht empfunden und beachtet werden. Man versäume daher in solchen Fällen nie, bei der ersten Untersuchung die Eingangsöffnung festzustellen, um aus deren Beschaffenheit vielleicht Schlüsse auf ihre Entstehung ziehen zu können.

Einfacher gestaltet sich in den meisten Fällen die Beurteilung der bei Syringomyelie häufig beobachteten Frakturen, wenn ein nach den gesetzlichen Bestimmungen als Unfall anzusehendes Ereignis ihre Entstehung bedingt hat. Wir wissen jedoch, daß bei der Syringomyelie wahrscheinlich auf Grund der durch die Rückenmarkserkrankung bedingten Störungen im Knochensystem sehr häufig spontane Frakturen entstehen können. In solchen Fällen müssen wir nach ähnlichen Gesichtspunkten verfahren, wie bei der Beurteilung der Hernien. Ist der Bruch im Verlaufe der tagtäglich geübten und über dem Rahmen der gewohnten Beschäftigung nicht hinausgehenden Arbeit entstanden, so ist ein Betriebsunfall nicht anzuerkennen. Ging dagegen die das Ereignis bewirkende Verrichtung über das Maß des gewöhnlichen hinaus, so werden wir einen Unfall anzunehmen berechtigt sein. Eine Rentenentschädigung kommt auch in diesen Fällen nicht häufig in Frage, da trotz der Knochenerkrankung die Brüche vor Ablauf der 13. Woche zu heilen pflegen.

Es könnte noch die Frage aufgeworfen werden, ob nicht durch die Fraktur, die zunächst anscheinend gut verheilt ist, eine Verschlimmerung des Grundleidens bedingt wurde. Man hat als verbindendes Glied zwischen beiden eine chronische ascendierende Neuritis angenommen, doch ist ihr Vorkommen bisher nicht bewiesen. Ein Zusammenhang ist wenig verständlich; die Möglichkeit eines solchen soll jedoch nicht absolut geleugnet werden. Man muß dann jedoch verlangen, daß eine sichtliche Verschlechterung unmittelbar oder kurze Zeit nach dem Unfall eintritt, wenn z. B. nach einem Bruch der Vorderarmknochen die bis dahin anscheinend normalen Muskeln in wesentlich höherem Grade als sonst während des Heilungsprozesses eines Bruches, zu atrophieren beginnen, und sich deutliche spastisch-paretische Erscheinungen in der Muskulatur einstellen, die auf der anderen Seite fehlen. Machen sich die Erscheinungen jedoch nicht nach einem Jahr und noch später bemerkbar, so werden sie sich mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit nicht auf die Verletzung allein beziehen lassen, sondern ebenso sehr in der naturgemäßen Weiterentwicklung des Leidens bedingt sein.

Niehues-Berlin.

Über Knochenatrophie bei Syringomyelie.

Von Fritz Tedecko.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. 26 4.—6. Heft.)

Wenig bekannt und beachtet ist bei der Syringomyelie die unter dem Bilde der chronischen Knochenatrophie verlaufende Form. Dabei erscheint die äußere Form der Knochen nicht verändert, wohl aber die Struktur des betreffenden Skelettabschnitts. Das Schattenbild ist im ganzen mäßig aufgehellert, die Corticales der Diaphysen sind verschmälert und aufgelockert, die Spongiosen sind rarefiziert. Es ist also das Bild einer Osteoporose, einer Atrophie des Skeletts ohne Verschmächigung der Knochen. An den betroffenen Extremitäten findet sich vielfach Muskelatrophien, trophische Läsionen der Haut (Skleroderma, Glossy skin), Nagelveränderungen (Rissigsein, abnorme Riefung, krallenartige Verkrümmung, Glanzlosigkeit) sowie angioneurotische Störungen (Zyanose, akute Ödeme, Anomalien der Schweißsekretion). Inaktivität spielt bei der Knochenatrophie keine wesentliche Rolle; der Knochenprozeß verläuft latent, bis etwa eine Spontanfraktur auf ihn hinweist. Die erhöhte Brüchigkeit erklärt das Entstehen von Osteoarthropathien.

Ernst Schultze.

Über Tabes und Taboparalyse im Kindes- und Entwicklungsalter.

Von Karl Hagelstam.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. 26 Heft 3.)

Verf. verwertet zu seiner Arbeit einschließlich dreier von ihm in der Oppenheimschen Poliklinik beobachteten Fälle 45 Fälle. In der überwiegenden Zahl kann die Erkrankung auf eine hereditäre Syphilis zurückgeführt werden. Erbliche Belastung ist sehr viel häufiger als bei der Tabes der Erwachsenen, und zwar meist in der Form von Tabes, progressiver Paralyse oder Gehirnsyphilis der nächsten Aszendenz. Im frühen Alter erkrankt das weibliche Geschlecht gegenüber dem männlichen öfter an Tabes als im späteren Alter. Bei der Tabes der Jugendlichen fehlen oft Ataxie, sensible Störungen, namentlich ausgeprägtere lanzinierende Schmerzen. Häufig finden sich Augensymptome, insbesondere Sehnervenatrophie, und Blasenbeschwerden. Die Fälle juveniler Tabes verlaufen sehr langwierig und bieten zuweilen jahrelang das Bild einer beginnenden Tabes. Man kann sich fragen, ob das nicht die scheinbar in späterem Alter beginnenden Fälle mit Leugnen einer syphilitischen Infektion sein können.

Ernst Schultze.

Ein Beitrag zur Pathologie und Histologie des „tabischen Fußes“.

Von N. Idelsohn.

(Deutsche Zeitschr. für Nervenheilkunde. Bd. 27 1. und 2. Heft.)

Verf. untersuchte einen Fall von tabischem Fuß mit allen Symptomen der tabischen Arthropathie (geringe Schmerzhaftigkeit, torpider Verlauf ohne Entzündung, Verkürzung des Fußes, Abflachung des Fußgewölbes, Verlötung der Fußwurzelknochen), während fast alle klassische Zeichen der Tabes fehlten. Im Rückenmark fand sich die klassische Hinterstrangdegeneration. Verfasser spricht sich gegen die Annahme einer trophischen Störung spinaler Genese aus und ist mehr geneigt, die Erkrankung des Gefäßsystems, die mangelhafte Blutzufuhr durch die verengten Arterien und den behinderten Abfluß durch die sklerosierten Venen, für die Gelenkaffektion verantwortlich zu machen. Häufig ist die Kombination des tabischen Fußes mit Plattfuß.

Ernst Schultze.

Die primäre Seitenstrangsklerose (spastische Spinalparalyse).

Von Adolf Strümpell.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. 27 3. u. 4. Heft.)

An der Hand von drei weiteren klinischen und anatomischen Beobachtungen betont Verfasser, daß die spastische Spinal-

paralyse im Sinne einer primären Seitenstrangsklerose als vollkommen wohlcharakterisierte besondere Krankheitsform aufgefaßt werden muß. Diese Symptome sind Muskelrigidität im Sinne einer Hypertonie der Muskeln und Steigerung der Sehnenreflexe; paretische Symptome treten in den Hintergrund. Natürlich muß eine echte Lähmung von der Bewegungshemmung durch die spastischen Erscheinungen getrennt werden. Während Babinsky weniger deutlich ist, ist das Tibialisphänomen deutlich.

Die primäre Pyramidenbahnsklerose ist ein Glied der großen, eng zusammengehörigen Gruppe von endogenen, nervösen Systemerkrankungen; sie zeigt Übergänge zu andern verwandten Krankheitsformen wie z. B. zur amphotrophischen Lateralsklerose.

Verf. unterscheidet verschiedene Typen: einmal langsames Fortschreiten, später Auftreten von Paresen, Beschränkung auf die unteren Gliedmaßen, dann relativ rascheres Fortschreiten, Ausdehnung auf die gesamte Pyramidenbahn, spastische Symptome in den bulbozerebralen Gebieten, Neigung des Prozesses zum Übergang auf die peripherischen motorischen Neurone.

Ernst Schultze.

Zur Kasuistik der multiplen Herdsklerose des Gehirns und Rückenmarks.

Von Dinkler.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. 26 Heft 3.)

Die 43 Jahre alte Kranke beobachtete in ihrem 25. Jahre Ermüdung und zunehmende Schwäche der Beine; im Anschluß daran lange Zeit hindurch das Bild der spastischen Paraparese, öfters Schwindel mit Ohrensausen. Seit vier Wochen völlig gelähmt. Jetzt Dekubitus. Temporale Abblassung der Papillen. Lähmung des rechten internus. Vollkommene Lähmung der Beine. Keine Sensibilitätsstörung. Haut- und Sehnenreflexe vorhanden, aber verschieden stark auf den zwei Seiten. Babinski. Keine psychische Störung. Sichere Diagnose wurde nicht gestellt. Exitus unter dem Bild einer septischen Allgemeininfektion. Die Sektion ergab multiple Sklerose mit ungewöhnlichen Befunden (zahlreiche, unbeschriebene, kleine Herde in der Hirnrinde, diffus verbreitete Umscheidung der cortikalen Ganglienzellen durch Gliazellen, tumorartige Hyperplasie der Rückenmarkswurzeln).

Ernst Schultze.

Ein Fall von Hämatomyelie im Anschluß an eine Karzinometastase im Lendenmark.

Von Taniguchi Kichitaro.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. 27 1. u. 2. Heft.)

Die Mitteilung verdient deshalb eine Erwähnung, weil die Blutung, die durchaus der bekannten Schilderung von Minor entspricht, nicht auf eine Verletzung, sondern auf eine intramedullare Geschwulstentwicklung zurückzuführen ist.

Ernst Schultze.

Ein Fall von symmetrischer Gangrän der Extremitäten nach Pneumonie.

Von Wolfgang Seidelmann.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. 27 1. und 2. Heft.)

Die 29 Jahre alte Frau erkrankte im Anschluß an ein Wochenbett an doppelseitiger Pneumonie. Nach deren Abheilen Hämorrhagien der Haut der Hand, Schmerzen, Kältegefühl, Kriebeln sowie Zyanose der Fingerspitzen, Zunahme der Schmerzen, Schwellung der Finger und des Handrückens, kurz andauernde weiße Verfärbung und Kälte der von Zyanose zunächst nicht betroffenen Stellen, Gangrän, Mumifikation der ergriffenen Phalangen. Gleicher Prozeß auch an sämtlichen Zehen beider Füße. Vorübergehende Zyanose beider Ohr läppchen ohne Ausgang in Gangrän.

Mit dem Bilde der typischen Raynaudschen Krankheit stimmt der vorliegende Fall überein hinsichtlich der Symmetrie,

der vasomotorischen Störungen und Gangrän; andererseits verließ der Prozeß nicht anfallsweise, sondern kontinuierlich, und es fehlte nicht an einer Ursache (Pneumonie, vielleicht auch partus.)

Ernst Schultze.

Zur Pathogenese der Narkosenlähmung.

Von Dr. Glitsch, Frauenarzt, Stuttgart.

Vortrag gehalten in der Württb. geb.-gyn. Gesellschaft.

(Münch. Med. Woch. 1904. Nr. 42.)

Nach 1¼ stdg. Morphinchloroformnarkose trat bei einer 44jährigen Nullipara trotzdem sicher der Arm nicht dauernd in erhobener Stellung gehalten worden war, eine schlaife Lähmung des linken Armes ein, welche mit starken lancinierenden Schmerzen vereint war. Es kann sich dabei nicht um eine reine Drückung des Plexus brachialis zwischen 1. Rippe und Schlüsselbein gehandelt haben, wie in den meisten Fällen von Narkosenlähmung, sondern es muß ein direkter Druck des Oberarmkopfes auf die Nervenstränge mitgewirkt haben, so daß Medianus, Axillaris, Radialis und Ulnaris betroffen wurden. Ermöglicht wird dieser Druck wie Leichenversuche erwiesen nur bei Aufwärtshaltung und gleichzeitiger Innenrollung des Armes bei abnorm schlaffer Gelenkkapsel, welche letztere bei der Patientin in der Tat bestand infolge eines chronisch entzündlichen Gelenkleidens der linken Schulter. Auf Faradisation, Galvanisation sowie Wärmeanwendung auf das Gelenk mittelst Hilzingerschen Apparates wurde in etwa 5 Monate dauernder Behandlung das Leiden gehoben. Der Fall erweist, daß die noch immer angewendete Erhebung der Arme bei Narkosen, ganz besonders aber das Anbinden der Hände in dieser Stellung unbedingt zu verwerfen und daß der Narkotisierende die Pulskontrolle bei an den Körper gelegten Armen zu ermöglichen hat; als gerichtlich wichtig zu betrachten ist, daß eine Abnormität irgendwelcher Art im Bereich des Schultergelenkes bei derartigen Lähmungen — häufig wenigstens — eine prädisponierende Rolle spielt.

Seelhorst.

Vergiftungen.

Über Quecksilber-Sepsis.

Von H. Eichhorst.

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 4.)

Durch sorgfältig überwachten Gebrauch des Quecksilbers ist man heute dahin gelangt, daß das Eintreten einer Stomatitis mercurialis zwar als unangenehm, aber doch nicht als gefährdend betrachtet wird. E. teilt zwei durch Sepsis tödlich verlaufene Fälle mit. Der erste betraf einen Arbeiter, der sich die Vergiftung durch Einatmen von Quecksilberdämpfen bei seiner Beschäftigung zugezogen hatte. Er wurde am 6. Februar 1904 mit schwerer Stomatitis, aashaftem foetor ex ore, septischer Endocarditis mit Klappenaffektion und doppelseitigem Pleuraexsudat aufgenommen und starb acht Tage später. Im zweiten Falle handelte es sich um arzneilichen Mercurialismus nach Syphilisinfektion. Die Aufnahme erfolgte am 5. Februar 1893; der Tod am 5. März. Hier blieb zwar das Herz unbeteiligt, dagegen machten sich Zeichen von Blutdissolution, Nieren- und Darmentzündung geltend; die sich in Hautblutungen, blutigen Durchfällen und Albuminurie manifestierten. Es waren nur elf Inunktionen gemacht und die Behandlung sofort aufgegeben, als Patient über Schmerz in einem Zahn klagte, noch ehe die Stomatitis da war. Beide Fälle, der gewerbliche wie der medikamentöse, hatten das gemeinsame, daß die Sepsis an die Mundkrankung angeschlossen. Bei beiden bestand außer den erwähnten Erscheinungen ein furchtbarer, jeder Beeinflussung trotztender Gestank aus dem Munde; bei beiden wurden außerdem pneumonische Herde, bzw. Lungenabszesse gefunden, deren Entstehung auf das Hinabfließen jauchigen Speichels in die Lungen bezogen wird. E. sieht die Sepsis nach mercurieller Stomatitis

als eine sehr ernste Erkrankung an, deren Gefahren auch dann nicht gehoben sind, wenn die Entzündung der Mundschleimhaut sich zur Heilung anschiebt.

Ktg.

Über Leuchtgasvergiftungen.

Von K. Heidenreich.

(Sonderabdruck aus dem „Journal für Gasbeleuchtung und Wasserversorgung“ 1904.)

In seiner Eigenschaft als Geschäftsführer der Gas- und Wasserwerks-Berufsgenossenschaft bespricht H. vom Standpunkt dieser die Häufigkeit, Verhütung und Wirkung der Leuchtgasvergiftung. Er erläutert zunächst in zwei graphischen Darstellungen die Unfälle in den Gasanstalten überhaupt. Die eine umfaßt alle von 1889 bis 1902 vorgekommenen entschädigungspflichtigen Unfälle in der für alle industriellen Berufsgenossenschaften eingeführten Verteilung nach allgemeinen Betriebseinrichtungen und Vorgängen und vergleicht sie mit der durchschnittlichen Gefahr aus dem Jahre 1902 bei den anderen gewerblichen Berufsgenossenschaften. Dabei stellt sich z. B. heraus, daß die Unfälle durch „feuergefährliche, heiße und ätzende Stoffe“ (also auch Leuchtgas) nur 7,31% bei einer Durchschnittsgefahr von etwa 4% betragen, daß sich dagegen die Unfälle durch „Fall von Leitern, Treppen, aus Luken, in Vertiefungen“ etc. auf 34,02% bei einer Durchschnittsgefahr von über 15% belaufen. Die zweite graphische Darstellung enthält die von 1887—1902 in den Gasanstalten vorgekommenen entschädigungspflichtigen und nichtentschädigungspflichtigen Unfälle, verteilt auf die Betriebe der Gasanstalten. Vieler interessanter Einzelheiten wegen sei auf die Tabellen selbst verwiesen; aus der zweiten sei nur hervorgehoben, daß die Prozentziffer der Unfälle bei der Rohrlegung (10,2%) hinter der Prozentzahl der Unfälle bei der öffentlichen Beleuchtung (10,5%), beim Laden der Retorten (12,2%) und gegen die Rubrik „Verschiedenes“ (14,2%) zurückbleibt. Dabei sind die Rohrlegungsunfälle nur zum kleinen Teil Leuchtgasvergiftungen. Was diese selbst nun anbelangt, so sind in dem Zeitraum vom 1. Oktober 1885 bis 1903 bei 30 Unfällen 37 Menschen getötet worden. Dies macht bei der Berufsgenossenschaft der Gas- und Wasserwerke 0,1% der überhaupt gemeldeten Unfälle, 1,3% der entschädigungspflichtig gewordenen, 11,7% der tödlichen Unfälle aus. Diese hohe Todesziffer nun fordert zum weiteren Ausbau der Gegenmaßregeln auf. Im März 1904 sind daher von dem Vorstand der Berufsgenossenschaft noch umfassendere Vorschriften ausgearbeitet worden, von denen das Arbeiten mindestens zu zweien, das tunlichste Vermeiden der Richtung des ausströmenden Gases, das eventuelle Anseilen hervorgehoben werden soll. Hohes Interesse dürfte auch die besondere Vorschrift für die Arbeiter verdienen: „Wenn ein Arbeiter das Einatmen von Gas, selbst in kleinen Mengen nicht vertragen kann, so ist dies den Vorgesetzten anzuzeigen, damit dieser Arbeiter zu solchen Arbeiten nicht verwendet wird. Fühlt ein Arbeiter Beschwerden infolge Einatmens von Gas, so hat er die Arbeit sofort zu unterbrechen und nötigenfalls einzustellen.“ H. erörtert die Möglichkeit, über diese Vorschriften hinaus zu erwägen, ob der Verschluss von Öffnungen nicht anders als durch die bisweilen schlecht funktionierenden Gummiblasen zu bewerkstelligen sei, ob auch nicht schon während der Arbeit ein Auspumpen schlechter Luft vorgenommen werden solle. Wenn auch immerhin Leuchtgasvergiftungen auf technische Mängel zurückzuführen sind und sich niemals ganz verhüten lassen werden, so haben sie doch in der weitaus größten Zahl ihre Ursache in dem Verhalten der Arbeiter, wie H. ausführlich aktenmäßig nachweist. Was nun die Wirkung der Leuchtgasvergiftung anbelangt, so kommt H. auf Grund seiner 17jährigen Erfahrung als Geschäftsführer der genannten Berufsgenossenschaft, ohne Kompetenz für eine Entscheidung zu beanspruchen, zu folgender Ansicht: führt die Leuchtgasvergiftung nicht zum Tode — nach den Stellungen

der Ersticken zu schließen, tritt dieser bisweilen sehr schnell ein — so bleibt dauernde Erwerbsunfähigkeit nicht zurück. H. führt ein einschlägiges, in der ärztlichen Sachverständigen-Zeitung (Jahrg. 1901 Nr. 16) veröffentlichtes Gutachten an, während er sich mit einem anderen, ebenda (1901, Nr. 17) veröffentlichten Gutachten nicht einverstanden erklären kann, das den übrigens schließlich anerkannten Zusammenhang zwischen Nervenleiden und wiederholter Leuchtgas-„Angiftung“ bejaht.

Ziegenhagen-Danzig.

Zur Frage der Methylalkoholvergiftung. Poisoning by Woodalcohol, Cases of Death and Blindness from Columbian Spirits and other Methylated Preparations.

Von Dr. F. Buller u. Dr. C. A. Wood.

The Journal of the American Medical Association vom 1., 8., 15., 22. und 29. Oktober 1904. Ref. nach Petersburger med. Wochenschr., 1905, No. 4.

1. Methyl- oder Holzalkohol in irgend einer seiner Formen, wie auch alle aus demselben hergestellten Präparate sind ein gefährliches Gift, welches sowohl das Leben, als auch das Sehvermögen bedroht.

2. In seiner desodorisierten Form ist er am besten bekannt als Columbiaspiritus, gereinigter Holzalkohol, Kölner Spiritus, Kolonialspiritus, Musterholzspiritus, Unionsspiritus, Adlerspiritus, grüner Holzspiritus und unter verschiedenen andern Namen.

3. Er wird als Fälschung und Ersatz des Kornalkohols bei billigem Whisky und anderen Getränken gebraucht, abgesehen von Jamaica-ginger, Zitronenextrakt und vielen anderen Essenzen und wohlriechenden Flüssigkeiten.

4. Methylalkohol findet eine weit verbreitete Verwendung bei der Zubereitung von Geheim- und Patentmitteln: Zauberstrauch (witch hazel), häuslichen Einreibungen, wie etwa Bayrum, Kölner Wasser, Floridawasser und anderen Parfüms.

5. Bis jetzt sind mindestens 153 Fälle von Sehstörung und 122 Todesfälle durch dieses Gift bekannt geworden, im ganzen 275 Fälle von Verlust des Lebens und des Sehvermögens. Diese Summe wäre wahrscheinlich auf 400 vergrößert worden, falls eine genauere Enquête angestellt worden wäre.

6. Die Schädigung des Sehorgans besteht hauptsächlich in einer destruktiven Entzündung der Sehnervenfasern oder der Retinalelemente (oder beider) mit nachfolgender Atrophie derselben.

7. Die Symptome der Vergiftung sind mehr oder weniger schwere gastrointestinale Störungen, kompliziert mit Leibschmerz, allgemeiner Schwäche, Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Kopfschmerz, erweiterten Pupillen und Sehstörungen. Falls keine Genesung eintritt, werden Schwächung der Herzstätigkeit, stöhnendes Atmen, kalte Schweisse, Delirium, Bewußtlosigkeit, Koma und Tod beobachtet.

8. Die Sehstörung ist beiderseitig und kann binnen weniger Stunden nach Aufnahme des Giftes eintreten oder auf einige Tage hinausgeschoben sein. Sie ist gewöhnlich vollständig, mit nachfolgender Besserung oder endgültigem Verfall in dauernde Blindheit.

9. Die Gesichtsfelder sind eingeengt und zeigen absolute zentrale Skotome. Das Ophthalmoskop zeigt zunächst eine kongestionierte Sehnervenpapille mit nachfolgender grauer oder weißer Atrophie und kontrahierten Gefäßen.

10. Eine Fehldiagnose ist kaum möglich; die Methylalkoholvergiftung bietet ein Krankheitsbild, das keiner anderen Intoxikation gleicht. Akute Verdauungsstörungen mit nachfolgender Störung des Sehvermögens müssen stets Verdacht auf Methylalkoholvergiftung erwecken.

11. Die Vorbeugung der Vergiftung durch diese heimtückische Droge kann nur durch Verbot des Verkaufs des desodorisierten Methylalkohols in allen seinen Formen durchgeführt werden. Die Zahl der Todesfälle kann indessen durch Ein-

tragung aller Methylalkoholpräparate in die Giftliste und durch die gerichtliche Verfolgung aller Personen, welche Nahrungsmittel und Getränke mit demselben verfälschen, eingeschränkt werden. Die Etikettierung derselben mit der Bemerkung: „Diese Flüssigkeit ist imstande, beim innerlichen Gebrauch Blindheit zu erzeugen“, kann gewiß einen abschreckenden Einfluß haben.

12. Die Methylalkoholvergiftung stellt das Beispiel eines Giftes dar, gegen welches Idiosynkrasie beobachtet wird. Wie gegen manche anderen Gifte sind manche Personen in hohem Grade immun gegen den Methylalkohol, soweit die dauernde Schädigung des Organismus in Betracht kommt. Wenn zehn Personen z. B. vier Unzen Columbiaspiritus binnen drei Stunden austrinken, so werden alle wohl Verdauungsstörungen haben, vier werden sterben und zwei von den letzteren werden vor dem Tode erblinden, sechs, von denen zwei dauernd erblinden würden, könnten vielleicht mit dem Leben davonkommen. Bei noch größeren Dosen wird die Proportion der Todes- und Erblindungsfälle größer sein.

13. Vergiftung durch Einatmung der Dämpfe des Methylalkohols tritt gewöhnlich ein, wenn die Exhalationen mit der wieder eingeatmeten Luft vermischt sind, wie beim Lackieren des Innern von Bierfässern, in kleinen Räumen usw. Es ist gleichfalls höchst wahrscheinlich, daß wiederholte oder sogar eine einmalige Einreibung mit Methylalkohol durch Absorption des Spiritus von der Haut Vergiftungssymptome hervorrufen können.

14. Eine chronische (oder partielle) Vergiftung mit Methylalkohol (in Gestalt von Schnäpschen des methylalkoholhaltigen Jamaica-ginger, Bayrum, aus Columbiaspiritus hergestellten Punsch usw.) ist die heimtückischste und wahrscheinlich eine nicht ungewöhnliche Form der Vergiftung. Ihre Symptome sind nicht so ausgesprochen oder so leicht zu erkennen, wie die der akuten Form, aber die Augen, der Verdauungsapparat und das Nervensystem leiden unzweifelhaft.

15. Die Benutzung des Äthylalkohols oder Kornspiritus in den Künsten, sowie in den Gewerben: beim Anstreichen, als Brennflüssigkeit, zur Steifung der Hüte, zum Lackieren von Messing usw. ist ohne Gefahr für Leben und Sehvermögen. Durch die Hinzufügung eines kleinen Prozentsatzes von Naphthalin z. B. würde die Flüssigkeit ungenießbar sein. Eine Kombination mit 10 v. H. Holzalkohol könnte derselben Aufgabe entsprechen. Eine solche Mixtur ist der großbritannische „methylated spirit“, durch welchen nicht ein einziger Fall von akuter Vergiftung oder Methylalkoholamaurose beobachtet worden ist, trotz der ausgedehnten kommerziellen Verwendung von Methylalkoholpräparaten auf den Britischen Inseln.

16. Die Behandlung der Methylalkoholvergiftung besteht hauptsächlich in der Entfernung des Giftes aus dem Magen und dem Darm mit Hilfe der Magenpumpe und durch Mastdarminjektionen, Stimulantien, namentlich Äthylalkohol, Strychnin und Kaffee, Erwärmung des Körpers und der Extremitäten.

17. Die Behandlung der Amaurose ist unbefriedigend. In den frühen Stadien Pilocarpin und Jodkalium, später Strychnin subkutan und per os. Lb.

Schwere Nephritis nach Einreibung eines Scabiösen mit Perubalsam.

Von Privatdozent Dr. A. Gaßmann aus der Hautabteilung der medizinischen Klinik in Basel.
(Münch. med. Wochenschr. 1904, Nr. 30.)

Ein anscheinend gesunder 26jähriger Töpfer erkrankte nach zweimaliger Einreibung mit je 25 g Perubalsam 2 Tage später an schwerer Nierenentzündung.

Das angewandte Mittel entsprach den zu stellenden chemischen Anforderungen, nur die Kalkhydratprobe sprach für

Beimischung fremder Harze und eine schwache Verunreinigung mit Styrax ließ sich nachweisen.

Es mußte daher eine Idiosynkrasie des Patienten gegen das Mittel angenommen werden, wobei allerdings bemerkt werden muß, daß der Nachweis, ob etwa vor der Kur eine leichte chronische Nephritis schon bestand, unterblieben ist. Seelhorst.

Über eine Vergiftung mit Helleborus niger.

Von E. Fürth in Dervent (Bosnien.)

(Med. Klinik 1905. Nr. 14. S. 330.)

Ein 18 jähriger junger Mann aß den Inhalt dreier Samenkapseln von Helleborus niger. Nach drei Stunden trat er in die Behandlung. Die Intoxikationserscheinungen waren die der Narcotica-acria. Kratzen im Schlunde, Durstgefühl, Verlangsamung des Pulses, Erweiterung der Pupillen, endlich sensorielle Benommenheit. Magenausspülung, hohe Darmeingießung und Brechmittel beförderten noch pflanzliche Reste heraus. Danach schnelle Besserung. Doch hielt die Pupillenerweiterung zwei, Kopfschmerz und Durstgefühl drei Tage an. Das genossene Samenquantum wird auf 40—70 cg veranschlagt; als wirksamer Bestandteil dürfte Helleborin anzusehen sein. Ktg.

Vergiftung durch Tomaten.

(Journ. méd. de Bruxelles 1904. Nr. 35.)

Im Lyon médical werden zwei Fälle von Vergiftung durch den Genuß nicht völlig reifer Tomaten mitgeteilt. Die Symptome waren lebhaft Koliken mit Durchfällen, Eingenommenheit des Kopfes und Erweiterung der Pupille. Die Tomate ist bekanntlich eine Solanee. Aus den Erscheinungen ist zu schließen, daß es sich um die Wirkung eines ähnlichen Giftes handelte, wie nach dem Genuß unreifer oder schlecht gewordener Kartoffeln beobachtet ist.

Beitrag zur Kenntnis des Botulismus.

Von M. Kob.

(Mediz. Klinik 1905. Nr. 4.)

Ein 11jähriges Kind erkrankte nach Genuß von Schinken am 24. März binnen 30 Stunden mit Sehstörungen, denen sich bis zum 30. März Parese der Augenlider und des Schlundes anschloß. Bei der Aufnahme bestand eine gewisse Somnolenz; die Sprache war nselnd, aphonisch; die Augen geschlossen. Nach Hebung des oberen Augenlides war Strabismus und Diplopie festzustellen. Beim Trinken kam ein Teil des Genossenen zur Nase heraus. Sensibilität und Reflexe ungestört. Der Verlauf war unter Strychninbehandlung günstig; die Heilung nach 6 Wochen beendet. In einem Rest des genossenen Schinkens wurde der Bacillus botulinus nicht gefunden. Die Diagnose war aber durch die gleichzeitige Erkrankung von vier Familienmitgliedern gesichert. Die Ähnlichkeit der Erscheinungen mit der postdiphtherischen Lähmung veranlaßte K. zu einer Reihe von Versuchen, um die Beziehungen der beiden Toxine zu einander festzustellen. Eine Identität wurde nicht gefunden. Immerhin glaubt Verf. nachgewiesen zu haben, daß die Toxine bzw. Antitoxine der Diphtherie und des Botulismus sich sehr nahe stehen. Für die Praxis kommt danach die etwaige Verwendung von Diphtherie-Heilserum in Fällen von Botulismus in Frage. Im vorliegenden Falle war es dazu zu spät. Ktg.

Ohrenkrankheiten.

Zur Kenntnis der hereditär-degenerativen Taubstummheit.

Von Dr. V. Hammerschlag in Wien.

(Zeitschr. f. Ohrenheilk. XLVII. Band, Heft 2 und 4.)

I. Über die Beziehung zwischen hereditär-degenerativer Taubstummheit und der Konsanguinität der Erzeuger.

Daß zwischen Taubstummheit und Blutsverwandtschaft der Erzeuger gewisse Beziehungen bestehen, ist bekannt und durch

eine Reihe statistischer Arbeiten unwiderleglich nachgewiesen. H. fügt diesen Statistiken, die er übersichtlich zusammenstellt, eine neue hinzu. Er untersuchte 134 taubstumme Kinder hinsichtlich ihrer Abstammung und stellte fest, daß 27 von ihnen aus Ehen Blutsverwandter stammten, also 20%.

Im einzelnen kommt H. dann zu folgenden Schlüssen: Ein relativ großer Prozentsatz aller Taubstummen stammt aus konsanguinen Ehen. Der Prozentsatz konsanguiner Taubstummen steigt bedeutend an, sobald wir nur die kongenitale Taubstummheit berücksichtigen; an Stelle der obigen 20% treten in H.s Statistik dann 31%.

H.s Zusammenstellung beweist aufs neue, daß zwischen kongenitaler Taubheit und Blutsverwandtschaft der Eltern eine Beziehung besteht in der Art, daß die Blutsverwandtschaft der Eltern die Entstehung der Taubheit bei den Kindern begünstigt.
Richard Müller.

II. Weitere statistische Ermittlungen über die Beziehung zwischen hereditär-degenerativer Taubstummheit und der Konsanguinität der Erzeuger.

Seine frühere Statistik über 134 taubstumme Kinder hat H. in dieser Arbeit mitbenutzt; dazu kommen noch 103 früher nicht verwertete Fälle, so daß der vorliegenden Statistik 237 Fälle zu grunde liegen. Diese 237 Kinder stammten aus 210 Ehen; eine Anzahl von ihnen waren Geschwister. Von diesen 210 Ehen sind 40 konsanguin = 19% und 170 nicht konsanguin = 81%.

Unter den 210 Ehen befanden sich 168 Ehen mit je einem taubstummen Kinde; von diesen 168 Ehepaaren sind 14% blutsverwandt, 86% nicht verwandt.

Ferner befanden sich darunter 28 Ehen mit je zwei taubstummen Kindern; von diesen 28 Ehepaaren waren 29% blutsverwandt, 71% nicht verwandt.

Schließlich waren in den 210 Ehen 14 enthalten mit je drei oder mehr taubstummen Kindern; von diesen 14 Ehepaaren waren 8 = 57% konsanguin, 6 = 43% nichtkonsanguin.

Die gefundenen Prozentzahlen — 14% Verwandte bei Ehen mit 1 taubstummen Kind, 29% bei Ehen mit 2, und 57% bei Ehen mit 3 oder mehr solchen Kindern — kommen den gleichen Zahlen aus H.s früherer, 137 Fällen umfassenden Statistik sehr nahe; dort fand H. 15%, 22% und 56%.

Die Steigerung der Verwandtschafts-Prozentzahl in den Ehen mit 2 und gar drei oder mehr taubstummen Kindern beweist erneut die Tatsache, daß die Blutverwandtschaft der Erzeuger eine — wenn auch noch nicht klar erkannte — Rolle in der Ätiologie der hereditär-degenerativen Taubstummheit spielt.
Richard Müller.

Hygiene.

Die Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten.

Von Dr. Berger, Kreisarzt in Hannover.

(Zeitschr. f. Med. Beamte 1905. Nr. 4. S. 92.)

Auf dem Lande geschieht die Verbreitung ansteckender Krankheiten besonders durch Besuche. B. hat beim Ausbruch von Diphtherie in einem Dorfe ausrufen lassen: daß die Krankheit herrsche, sehr ansteckend sei, den Tod herbeiführen könne, und daß vor Besuchen zu warnen sei. Der Erfolg war sichtlich. Die Ärzte der Gesundheitsbehörde in New York lassen solche Bekanntmachungen an die Wohnungstür schlagen.*) Erst die Entfernung des Plakates seitens der Behörde gibt die Wohnung wieder frei. — Auch die Säuglingssterblichkeit wird in Amerika individuell bekämpft. Für jeden Erkrankten wird eine Zählkarte angelegt, auf der die Beschaffenheit der Milch und der Trinkgefäße erörtert, die Lage der Wohnung skizziert ist.

*) Das wird in der deutschen Armee bei den Manövern mit befallenen Gehöften seit vielen Jahren gemacht. Ref.

Daraufhin erfolgen allgemeine Anordnungen. Hilft; verlangt aber ein umfangreiches Personal.
Ktg.

Die sozialhygienischen Aufgaben der Gemeinden.

Von Dr. Julius Marcuse, Mannheim.

(Deutsche Ärztezeitung 1904, Heft 20 und 22.)

Der Aufsatz schildert die Entwicklung der modernen Städtehygiene und die Aufgabe, welche den Städten infolge Conglomeration der Bevölkerungsmassen erwachsen. An der Spitze derselben steht die Städtereinigung, auf welchem Gebiete man sich immer mehr der Schwemmnkanalisation zuwendet. Weiter wird die Wasserversorgung besprochen und die Fürsorge für die Ernährung durch Errichtung von Schlachthäusern, Markthallen und kommunalen Lebensmitteluntersuchungsämtern, die vor allem mit einem billigen Tarife arbeiten müssen, sollen sie den breiten Massen der Bevölkerung zugute kommen. Auf dem Gebiete der Milchversorgung verlangt Marcuse die Munizipalisierung, die eine ebenso dringende Forderung der Hygiene sei, wie die Kommunalisierung der Wasserversorgung. Auf dem Gebiete der Säuglingspflege ist die Errichtung von Säuglingsheimen und Säuglingskrankenhäusern notwendig. Des weiteren werden die Aufgaben der Stadt hinsichtlich der Errichtung von Volksbädern und Krankenhäusern besprochen, namentlich mit Rücksicht auf die Fürsorge für Tuberkulöse. Für letztere soll eine städtische „Zentralstelle für Lungenkrankenfürsorge“ und zwar als Abteilung der Armenverwaltung eingerichtet werden.

W. Hanauer, Frankfurt a. M.

1. Typhusuntersuchungen des Laboratoriums der Königlichen Regierung zu Koblenz.

Von Kreis-Ass.-Arzt Dr. Friedel in Koblenz.

(Zeitschr. f. Med. Beamte. 1905. 18. Jahrg. 3. Heft.)

2. Maßnahmen zur Typhusbekämpfung und gemeinverständliche Belehrung für sog. Typhusträger.

Verfügung des Königl. Regierungs-Präsid. zu Koblenz vom 22. Dez. 1904 an die Herren Landräte und Kreisärzte des Bezirks.

(Ebenda. Beilage zu Heft 3.)

Das Laboratorium ist am 8. September 1904 eröffnet und hat seine Tätigkeit seitdem hauptsächlich der Typhuserforschung und Bekämpfung gewidmet. Die Widalsche Reaktion wurde mit Typhus- und Paratyphus B.-Stämmen aus dem Berliner Institut für Infektionskrankheiten 173mal ausgeführt; 86mal mit positivem Erfolge. In den positiven Fällen ergaben sich bedeutende Differenzen in der Agglutinationskraft des Serums. In 5 Fällen wurden Typhus- und Paratyphusbazillen in nahezu gleichem Grade agglutiniert. Unter den negativen Proben wurden 6 von einem klinisch sehr schwer verlaufenden Typhusfall geliefert, bei dem die Diagnose durch den Fäces-Befund gesichert war. Der Bazillennachweis in 110 Stuhl- und 67 Urinproben wurde 36mal erbracht; immer unter Kontrolle durch das Agglutinationsverfahren. Wegen der vielen negativen Ergebnisse eignet sich die Untersuchung auf Bazillen zu diagnostischen Zwecken weniger. Bemerkenswert ist eine geringe Zahl von Fällen, in denen nach Ablauf der Krankheit die Ausscheidung der Bazillen durch den Stuhl lange anhält, in 4 von 7 Fällen über ein Jahr. Die Ermittlung solcher „Typhusträger“ ist von bedeutendem Wert für die öffentliche Gesundheitspflege; die Unschädlichmachung nur durchzuführen, wenn Untersuchungsämter in größerer Zahl errichtet und mit der kostenlosen Prüfung der Sedes von Konvaleszenten — etwa alle Woche — bis zur bakteriellen Heilung beauftragt werden. Die Ursache der Dauerbesiedelung des Darmes mit Typhuskeimen ist zurzeit noch unerforscht. Möglicherweise ist der Sitz im Proc. vermiformis oder in der Gallenblase zu suchen.

Zu 2 gibt den vom Untersuchungsamt zu Koblenz veranlaßten Erlaß der dortigen Regierung vom 22. Dezember 1904 an die Kreismedizinalbeamten nebst einer Belehrung für die Typhusträger. Letztere werden darin über die Gefahr aufgeklärt, die sie ihrer Umgebung bringen und über die Mittel, ihre Dejektionen unschädlich zu machen. Die Untersuchungen geschehen in Koblenz. Gefäße zur Übersendung und Desinfektionsmittel werden kostenlos durch die Kreisärzte verabfolgt. Wird zur Nachahmung empfohlen. Ktg.

Ein Beitrag zur Statistik des Unterleibstypus im Großherzogtum Hessen.

Aus dem hygienischen Institut d. Universität Gießen, Direktor Geh. M.-R. Prof. Dr. Gaffky.
Von Dr. P. Neumann, Assistenten des Instituts.
(Zeitschr. f. Hyg. u. Inf.-Krankheiten. 1905. 49. Band 2 Heft.)

Hessen erfreut sich schon seit 1819 einer obligatorischen Leichenschau; seit 1876 sind die Leichenbeschauer den Kreisärzten unterstellt. Die folgende Statistik baut sich nur auf den Todesfällen auf, da das Material aus den Erkrankungsmeldungen nicht gleichmäßig genug war. Die Zahl der Todesfälle hat von 1880 bis 1896 trotz der Zunahme der Bevölkerung erheblich abgenommen; seit 1896 nicht mehr im gleichen Maße; in den letzten Jahren macht sich sogar stellenweise ein kleiner Anstieg geltend. In drei achtjährigen Perioden verteilen sich die 2391 Todesfälle so:

Von 1880—1887 = 1395;	Jahresdurchschnitt 174,4
1888—1895 = 662;	„ 82,8
1896—1903 = 334;	„ 41,8

Aus den früheren Jahren ragt besonders Mainz mit 329 Todesfällen in 1870 und 274 in 1871 hervor; Ergebnisse einer umfangreichen Epidemie in den Kriegsjahren. Auf 10 000 Einwohner berechnet, zeigen die Jahre 1880 bis 87: 1,83; die von 1888 bis 95: 0,84; die von 1896 bis 1903: 0,38 Todesfälle. Immerhin fordert die Zahl von rund 0,4 auf 10 000 Einwohner zu energischer Fortsetzung der hygienischen Maßnahmen auf, denen die Verminderung im ganzen zu danken ist. Erhebliche Schwankungen der Typhussterblichkeit in den einzelnen Monaten fanden nicht statt. Ein konstantes Maximum zeigt der September. Im Durchschnitt der Jahre 1891 bis 1903 fielen in den

Januar bis März monatlich 4,3,	Max. Febr. 4,7
April bis Juni „ 3,8,	„ April 4,2
Juli bis September „ 5,4,	„ Sept. 6,6
Oktober bis Dezember „ 3,9,	„ Oktob. 5,5

Typhustodesfälle. Die Arbeit beleuchtet bei jedem dieser Abschnitte noch das Verhältnis der einzelnen Provinzen und der größeren Städte. Aus allem läßt sich der Fortschritt hygienischer Verbesserungen und sanitärer Maßnahmen wohl erkennen; man wird aber dem Verf. darin recht geben müssen, daß auch die Fortschritte in der Behandlung an dem Rückgange der Mortalität Anteil haben. Die Mitteilung solcher Einzelstatistiken ist zu begrüßen; sie kann auch der Allgemeinheit wertvolle Gesichtspunkte liefern. Ktg.

Zur Ausbreitungsweise des Unterleibstypus.

Von F. Neesemann in Berlin.
(Med. Klinik 1905. Nr. 14. S. 325.)

Dank der allgemein verbesserten Hygiene ist der Typhus in den großen Städten sehr zurückgegangen. Trotzdem kommt es auch hier hin und wieder noch zu explosionsartigen größeren Ausbrüchen; Beispiele: Beuthen, Gelsenkirchen, Detmold. Neben dem Trinkwasser sind in neuerer Zeit die Sammelmolkereien dafür verantwortlich gemacht worden, die in zunehmender Entwicklung begriffen, einen wesentlichen Faktor im modernen Wirtschaftsleben darstellen. Der Ursprung der Milch ist nicht immer genau festzustellen. — Außerdem werden in den mehr ländlichen Bezirken Gruppenerkrankungen beobachtet. Die ge-

wöhnliche Verbreitung des Krankheitskeimes geschieht durch den menschlichen Kontakt, nachdem ein Fall eingeschleppt ist. Gleichgültigkeit gegen Schutzmaßnahmen, enges Zusammenleben und die dadurch bedingte Unmöglichkeit genügender Absonderung der Kranken; Unreinlichkeit und Sorglosigkeit bei der Behandlung der Wäsche und Beseitigung der Dejekte; endlich Besuche vermitteln dann die weitere Übertragung, bei der Brunnen- und Milchinfektion dann wiederum eine Rolle spielen können. Auf diesem Wege kommt es zur gelegentlichen Bildung von Typhushäusern und Typhuserden, deren Fortexistenz durch die langdauernde Ansteckungsfähigkeit unterhalten wird, welche von Genesenen und scheinbar Gesunden ausgehen kann. Der Zusammenhang der einzelnen Fälle in solchen Herderkrankungen wird durch diese Umstände oft äußerst erschwert, namentlich auf dem Lande; während in größeren Städten die rechtzeitige Isolierung, die Weiterbeobachtung der Konvaleszenten und die entsprechende Desinfektion der Weiterverbreitung entgegenwirken. Das Hauptinteresse bei der Bekämpfung des Typhus konzentriert sich daher in der rechtzeitigen Meldung verdächtiger oder manifester Erkrankungen; je früher die erste Feststellung gelingt, um so erfolgreicher kann eingegriffen werden. *) Ktg.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Hebammen-Lehrbuch. Herausgegeben im Auftrage des Kgl. Preußischen Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten. Berlin. Julius Springer, 1904.

Dem von Litzmann verfaßten Hebammen-Lehrbuch von 1872 und dem von Dohrn verfaßten von 1892 ist nun ein drittes, aus der Feder des Göttinger Klinikers, Geheimrat Professor Dr. Runge, im Michaelis 1904 gefolgt als ein erster Schritt auf dem Wege zur beschlossenen Reform des Hebammenwesens.

Die Hauptinteressenten, die Hebammen haben es alsbald in die Hände bekommen und müssen in ganz Preußen bis zum 1. Mai d. J. von den Kreisärzten bezüglich der Kenntnisse dieser neuen Dienstanweisung für die Hebammen geprüft sein. Allen Kreisärzten ist daher der Inhalt, der viel wesentliche Veränderungen gegenüber dem früheren aufweist, bereits bekannt.

Diese Zeilen aber sollen es auch den nichtbeamteten Ärzten auf das wärmste empfehlen. Nach meinem Dafürhalten ist ein sorgfältiges Studium dieses ausgezeichneten Buches, seines ausgereiften Inhalts für alle praktischen Ärzte eine unabweisbare Pflicht. Denn sie sind es ja, die in gemeinsamem Wirken mit den Hebammen am Wochenbett seine Lehren betätigen sollen. Das sind ja für den praktischen Arzt keine neuen Lehren, aber er findet sie hier in so reifer, abgeklärter Form, so mundgerecht, nie mißverständlich dargestellt, wie in keinem Lehrbuch der Geburtshilfe für Studierende und Ärzte.

Der praktische Arzt muß so gut wie der beamtete genau wissen, was die Hebamme zu tun und zu lassen hat. Insbesondere sind die Bestimmungen über Meldepflicht bei Kindbettfieber neu und in einer Weise dargelegt, die den praktischen Ärzten mehr als früher freie Hand läßt, ihnen mit größerem Vertrauen entgegenkommt, aber auch ihnen ein größeres Maß von Verantwortlichkeit auferlegt. Nicht der Arzt ist meldepflichtig, die Hebamme bleibt es, aber sie soll den Arzt ausdrücklich befragen, ob es bei einer erkrankten Wöchnerin sich etwa um Kindbettfieber handelt. Der Arzt wird voraussichtlich

*) Vgl. hierüber die Besprechungen der Arbeiten von Hammer-schmidt, Typhus in Gnesen in Nr. 4; Richter, Typhushäuser in Nr. 4; Friedel, Typhusuntersuchungen in Koblenz und Berger, zur Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten in dieser Nummer.

erst zur Meldung verpflichtet werden in dem zu erwartenden Zusatzgesetz zum Reichsseuchengesetz.

Die neuen Bestimmungen für die Desinfektion der Hände der Hebammen müssen dem Arzt bekannt sein, und es ist mit der Einführung des Sublimats zweifellos ein kühner Schritt zur Verhütung des Kindbettfiebers getan. Sache der Ärzte wird es sein, ihrerseits bei jeder Gelegenheit auf die Giftigkeit dieses den Hebammen in die Hände gegebenen Mittels hinzuweisen. Recht wertvoll wird es den Geburtshelfern auch sein, daß den Hebammen die Pflicht auferlegt ist, eine Büchse mit Tamponmaterial (sterile, in verschlossener Büchse gehaltene Jodoformgaze) mit sich zu führen. Verboten ist den Hebammen (wenige Regierungsbezirke in arztarmen östlichen Bezirken ausgenommen) die Wendung, und nur in Ausnahmefällen, die sie jeweils alsbald dem Kreisarzt zu melden haben, dürfen sie die manuelle Lösung der Nachgeburt vornehmen.

Überaus wichtig und wertvoll ist auch das neue Kapitel über allgemeine Krankheitslehre. Die Hebamme wird streng gewarnt vor therapeutischen Maßnahmen bezüglich des Säuglings wie der Mutter. Letzterer darf sie nur einmal, falls erforderlich, einen Löffel Rizinusöl ohne ärztliche Anordnung verabfolgen.

Überaus aner kennenswert ist auch die eindringliche Ver mahnung, die Wöchnerinnen zum Selbststillen ihrer Neugeborenen anzuhalten. Hoffentlich nehmen daraus auch viele Ärzte, besonders die mit Praxis aurea eine Mahnung, das Selbstnähren nicht so oft, wie dies in den letzten Jahrzehnten Mode (!) war, zu verbieten.

Die im Anhang beigegebene Dienstanweisung und die Ein führung eines einheitlichen Tagebuchs sowie von regelmäßigen Temperaturnotizen wird der Praktiker nur dankbar begrüßen. Die kleine Mühe in allen Fällen, in denen er zugezogen war, die Diagnose einzuschreiben, wird er darum gern erfüllen.

Ein eingehendes Studium des Buches, das auf viele Fragen der Praxis, insbesondere auch bei Streitfällen mit der Hebamme prägnante Auskunft gibt, sei nochmals wärmstens empfohlen.

Ich möchte auch betonen, daß es auch in die Hände der praktischen Juristen gehört, denn es ist das Gesetz für die Hebammen, nach denen sie gerichtet werden müssen, sofern sie sich gegen seine Vorschriften vergehen.

Stolper-Göttingen.

Ribbert, Hugo, (Bonn): Die Entstehung des Karzinoms.
Bonn 1905.

In bewundernswerter Knappheit erörtert der auf dem Ge biete der gesamten Geschwulstlehre so viel erfahrene und literarisch rührige Verfasser die gegenwärtigen Streitfragen über das Karzinom und seine Entstehung. Die Riesenliteratur über diesen Gegenstand in den verschiedensten Zeitschriften — wer vermöchte sie, ohne ein Mitforscher zu sein, alle zu lesen? Hier finden wir, freilich von einem Vertreter einer der streitenden Parteien, eine selten klare Darstellung, für jeden Praktiker von Nutzen. Das etwa 50 Druckseiten starke Schriftchen muß man selbst lesen, um die aus tiefgegründeter Erfahrung und Überzeugung geschöpfte Frische der Darstellung zu genießen. Die Zurückweisung der parasitären Theorie der Krebsentstehung ist scharf, aber überzeugend;*) die Schwäche der Beweisführung derer, die das Karzinom epidemiologisch bislang zu erforschen suchten, wird gebührend hervorgehoben. Aber auch der Widerspruch autoritativer pathologisch-anatomischer Gegner Ribberts wird erfolgreich, mit stichhaltigen Einwänden bekämpft, ohne daß wir uns mit dem Studium breiter histologischer Befundschilderungen zu bemühen brauchen.

*) Auch Orth hat sich auf dem Kongreß in St. Louis gegen den parasitären Ursprung des Karzinoms ausgesprochen. *Annals of surgery* 1904 Nr. 6.

Ribberts Auffassung gipfelt in der durch ihn und seinen Schüler Borrmann dargetanen Beobachtung:

„Alle Geschwülste entstehen aus abgesprengten, isolierten, ausgeschalteten Keimen, das Karzinom also aus Epithelien, die den Zusammenhang mit dem normalen Gewebe verloren haben.

Die Ausschaltung des Epithels erfolgt auf Grund einer subepithelialen entzündlich-zelligen Umwandlung des Bindegewebes. Sie ermöglicht dem Epithel nach Art der Drüsenbildung in die Tiefe zu wachsen; doch bleibt die typische organische Verbindung zwischen verändertem Bindegewebe und Epithel aus.“

Die zellige Umwandlung des Bindegewebes ist sicherlich nicht die Folge eines einheitlichen schädlichen Einflusses. Chronisch-entzündliche Reizungen verschiedenster Art veranlassen diese Vorbedingungen der Entstehung eines Karzinoms.
Stolper-Göttingen.

Hahn, Ernst. Die Strafrechtsreform und die jugendlichen Verbrechen. Neue Zeit- und Streitfragen. Herausgegeben von der Gehestiftung zu Dresden. 5. und 6. Heft. Dresden 1904. Zahn & Jaensch.

Die absolute und relative Zahl der verurteilten Jugendlichen (12.—18. Lebensjahr) hat in den letzten Dezennien erheblich zugenommen; der Auftrieb der Kurve wird aber vornehmlich durch Vorbestrafte bewirkt, was auch von der allgemeinen Kriminalität gilt. Die Zahl der Verurteilungen wegen Diebstahls und Unterschlagung fällt, während sie steigt hinsichtlich der Körperverletzung. Höchst auffällig ist es, daß die Gerichte in dem gleichen Zeitraum immer mehr zu gelinderen Strafen gelangten.

Daß die staatliche Strafgewalt immer häufiger einschreitet, ist nicht zu leugnen; das liegt aber nicht an der Zunahme der Kriminalität, an der Abnahme der Moralität der Jugendlichen, sondern an einem Anwachsen des Anklagemuts und der Anklagesucht, an dem massenhaften Eingreifen der Strafgewalt und der zu großen von ihr geübten Milde, sowie an sozialen und wirtschaftlichen Verhältnissen. Trotz bedingter Begnadigung, trotz Fürsorgeerziehungs- und Kinderschutzgesetze bedarf es einer Strafrechtsreform hinsichtlich der Jugendlichen. Das Dominieren des logisch-formalen Elementes muß beseitigt werden; die zuverlässigen Ergebnisse der Kriminalanthropologie und -soziologie sind zu verwerten. Folgende Forderungen stellt H. dabei als dringliche auf: Aufhebung des Legalitätsprinzips; Wegfall der Einsichtsfrage und Erfassung des jugendlichen Verbrechens in seiner Ganzheit; Heraufsetzung der unteren Altersgrenze der relativen Strafmündigkeit auf das vollendete 14. Lebensjahr; Aufhebung der Öffentlichkeit und Verbot der Preßberichte; möglichste Vermeidung der kurzzeitigen Freiheitsstrafen und deren Verschärfung; vermehrte, aber weise Anwendung der Zwangserziehung.

Das Zukunftsideal ist eine völlige Exemption der Jugendlichen aus dem Strafrecht. H. verlangt die Schaffung eines einheitlichen Reichsgesetzes betr. die verwahrlosten und verbrecherischen Jugendlichen. Durch dieses ist in erster Linie der Strafvollzug nach streng erzieherischen Gesichtspunkten zu regeln. Besondere Jugendgerichte, die aus Juristen, Psychiatern und Pädagogen bestehen, sind zu errichten, sowie besondere staatliche Anstalten für die schwersten Jugendverbrecher, und Besserungsanstalten für die minder schweren Jugendverbrecher.

Wenn das Buch, das geschickt und warm geschrieben ist und praktische graphische Darstellungen gibt, hier so ausführlich besprochen ist, so mag das gerechtfertigt erscheinen, nicht nur wegen der Wichtigkeit des Stoffes, sondern auch deshalb, weil es hier ein Pädagoge ist, der das Wort ergreift.

Ernst Schultze.

Berkhan, O. Über den angeborenen und früh erworbenen Schwachsinn. Geistesschwäche des bürgerlichen Gesetzbuches. Für Psychiater, Kreis- und Schulärzte. Zweite durch Nachträge ergänzte Auflage. Friedrich Vieweg & Sohn. Braunschweig 1904. M. 2,40.

Verf. ist bekannt als der Gründer der Hilfsschule in Braunschweig; wenn wir heute in Deutschland eine relativ große, freilich immerhin noch zu kleine Zahl von Hilfsschulen haben, so ist das nicht zum geringsten Teile seinem energischen Eintreten zu verdanken.

In der vorliegenden Broschüre gibt Verf. Skizzen aus einzelnen Gebieten des Schwachsinn; besonders berücksichtigt er die Ätiologie und die sich daraus ergebenden praktischen Folgerungen. Von Bedeutung sind seine Ausführungen über die Störungen des Schreibens und Lesens. In einem Nachtrag bespricht er genauer den Hydrocephalus, der, wie auch B. hervorhebt, die Möglichkeit einer besonderen Entwicklung der Intelligenz nicht ausschließt, die Mikrokephalie, den Kretinismus etc.

Ein besonderer Abschnitt ist der gerichtsärztlichen Bedeutung des Schwachsinn gewidmet. Es ist aber nicht zutreffend, wenn hier der Schwachsinn mit der Geistesschwäche der B. G. B. ohne weiteres identifiziert wird, wie es auch im Titel des Buches geschieht. Es kommt nicht auf die Form, sondern den Grad der Psychose an.

Die Schrift ist zur Aufklärung in weiteren Kreisen durchaus geeignet, zumal wegen der vielen eingestreuten kasuistischen Mitteilungen. Ernst Schultze.

Mönkemöller, Geistesstörung und Verbrechen im Kindesalter. Aus der Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiete der pädagogischen Psychologie und Physiologie, herausgegeben von Ziegler und Ziehen. Berlin, Reuter und Reichard 1903. 108 S. 2,80 M.

Daß die Kriminalität des jugendlichen Alters in beständiger allmählicher Zunahme begriffen ist, scheint nach der Statistik aller Länder kaum zweifelhaft zu sein, wenn man auch die Beweiskraft der einzelnen statistischen Zahlen nicht immer wird anerkennen können.

Inwieweit dabei psychopathische Zustände eine Rolle spielen, darüber sind unsere Kenntnisse bisher noch recht unvollkommen. Was wir davon wissen, stellt Verf. in vorliegendem Heft zusammen und bereichert es durch eigene Erfahrungen.

Nach kurzen Bemerkungen über die normale kindliche Psyche und Prädisposition zu manchen Delikten, werden die verschiedenen Geisteskrankheiten und geistigen Defekte des kindlichen Alters und weiter die mannigfachen Vergehen und Verbrechen der Kinder besprochen und ihre gegenseitigen Beziehungen erörtert.

Die folgenden Kapitel beschäftigen sich mit der Prophylaxe, und endlich wird ausführlich die Frage der Behandlung solcher Kinder erörtert. Besonders eingehende Besprechung findet die Fürsorgeerziehung, in welcher der Verfasser über große eigene Erfahrung verfügt. Ernst Schultze.

Drastich, Bruno. Leitfaden des Verfahrens bei Geisteskrankheiten und zweifelhaften Geisteszuständen für Militärärzte. I. Allgemeiner Teil. Militärärztliche Publikationen. Nr. 80. Wien, VIII. Josef Šafář 1904. 83 S. M. 2,25.

Verf. unterzieht sich einer gewiß recht dankbaren und lohnenden Aufgabe, wenn er ausführt, nach welchen Gesichtspunkten der Militärarzt vorgehen soll, der über geisteskrank oder der Geisteskrankheit verdächtige Militärpersonen Verfügungen treffen oder Gutachten erstatten soll.

Das vorliegende Heft enthält den allgemeinen Teil und erörtert die verschiedenen zu treffenden Maßnahmen. Er geht dabei so vor, daß er den Geisteskranken auf dem Wege zur

Sanitätsanstalt, während der Unterbringung in dieser, sowie bei der Überführung in eine Irrenanstalt bzw. Entlassung begleitet, und dabei hervorhebt, worauf bei diesen verschiedenen Möglichkeiten vom ärztlichen und rechtlichen Standpunkte zu achten ist. Dabei führt er die einschlägigen reglementarischen Bestimmungen im Wortlaut an.

Am ausführlichsten verbreitet er sich natürlich über die eigentliche Beobachtung. Zur Gewinnung einheitlicher Gesichtspunkte plädiert er für Einführung der Kräpelin'schen Nomenklatur, und daß er sich bei der Wiedergabe eines ausführlichen Krankenjournal und Gutachtens an einen Fall von dementia praecox anlehnt, erscheint demnach nicht auffallend.

Die Arbeit nimmt nur auf österreichische Verhältnisse Bezug, und wir erfahren, daß dort nicht eine schon überstandene Geistesstörung zum Militärdienste untauglich macht; eine solche Bestimmung ist freilich für den neuen Entwurf beantragt. Geistesranke Mannschaften werden bei Notwendigkeit der Anstaltsbehandlung der einzigen militärischen Irrenanstalt in Tyrnau übergeben; alle anderen Militärpersonen finden in Privatirrenanstalten Aufnahme.

Der zweite Teil, der noch im Laufe dieses Jahres erscheinen wird, soll vorzugsweise sich mit den Formen von Geistesstörung befassen, deren Kenntnis und richtige Beurteilung gerade für den Militärarzt von Wichtigkeit ist. Diese Arbeit wird demnächst hier besprochen werden. Ernst Schultze.

Kolb, G. Sammelatlas für den Bau von Irrenanstalten. Ein Handbuch für Behörden, Psychiater und Baubeamte. 8.—10. Lieferung. Halle a. S. C. Marhold. 1903/1904.

Die vorliegenden Lieferungen bilden den Schluß des bereits früher in dieser Zeitschrift besprochenen Werkes.

Verf. bespricht der Reihe nach die Wachabteilung für insoziale (unruhige) und soziale (ruhige) Kranke, geschlossene, nicht ständig überwachte Abteilungen, die Pensionärabteilungen, die offenen Abteilungen, die familiäre Verpflegung, Infektionsbaracke und Nebengebäude. Er erörtert, welchen Zwecken die verschiedenen Einrichtungen dienen sollen, was dabei von diesem oder jenem Gesichtspunkte aus zu fordern und zu vermeiden ist und wie am zweckmäßigsten diese oft recht mannigfachen Forderungen zu erfüllen sind. Daß die Ausführungen gerade über die Wachabteilungen besonders ausführlich sind, bedarf heute wohl keiner besonderen Erwähnung. Ebenso sei darauf hingewiesen, daß Verf. zahlreiche Grundrisse von den verschiedenen Krankengebäuden, von Häusern für familiäre Verpflegung und Nebengebäude (Verwaltungsgebäude, Wirtschaftsgebäude, Versammlungsgebäude, Werkstattegebäude, Leichenhaus) wiedergibt.

Leider fehlt ein Sachregister, das die Brauchbarkeit der Arbeit gewiß erhöhen würde. Ernst Schultze.

Bresler, Joh. Die Simulation von Geistesstörung und Epilepsie. Halle. C. Merhold. 1904. 238 S.

Verf. bezweckt mit der vorliegenden Arbeit, eine rein literarische Darstellung des Themas zu geben, wie sie sich ihm aus der Durchsicht der einschlägigen Literatur ergab. Dieses Vorgehen versprach ihm mehr Nutzen, als ein den Stempel subjektiver Auffassung tragender, sich mehr der Theorie als dem Gekünstelten näherer Aufbau von der „Lehre“ geistiger Störungen.

In dem ersten allgemeinen Teile gibt er eine übersichtliche Darstellung der Ansichten der Autoren, die sich zur Frage der Simulation geäußert haben; Ref. möchte hierbei besonders auf die Auslassungen Delbrücks hinweisen. Er erörtert auch die Simulation im Altertum und schließt interessante kritische Bemerkungen eines sachverständigen Philologen an. Dann bespricht er die Methoden zur Entlarvung, die Frage des Übergangs der Simulation in wirkliche Geistesstörung und die Häufigkeit der Simulation.

Der zweite Teil der Arbeit bringt eine ungemein reichhaltige Kasuistik.

Ein 19 Seiten umfassendes Literaturverzeichnis beschließt die fleißige Arbeit, die sich naturgemäß einer kritischen Besprechung entzieht. Hat Verf. es doch unterlassen, zu dem Streit der Meinungen überall Stellung zu nehmen, um eben der Arbeit nicht den Charakter des Subjektiven aufzudrängen. Das Buch ist somit ein wertvolles Nachschlagewerk, dessen sich jeder mit Nutzen bedienen wird, der zweifelhafte Fälle von Geistesstörung zu beobachten hat. Ernst Schultze.

Ziehen, Th. Die Geisteskrankheiten des Kindesalters mit besonderer Berücksichtigung des schulpflichtigen Alters. Zweites Heft. Berlin. Reuther & Reichard. 1904. 94 S. M. 2,00.

Verf. beendet im vorliegenden Hefte die Schilderung der Psychosen mit Intelligenzdefekt und beginnt die Darstellung der ohne Intelligenzdefekt verlaufenden Seelenstörungen. Wenn er auch angesichts des Zwecks der Sammlung, von welcher die vorliegende Broschüre einen Teil bildet, vor allem auf den Pädagogen Rücksicht nimmt, so kann sie doch auch den Lesern dieser Zeitschrift bestens empfohlen werden. Vor allem gilt das hinsichtlich der Hebephrenie, die eine eingehende und anschauliche Schilderung erfährt, sowie der Dämmerzustände. Bemerkenswert ist ein beim induzierten Irresein erwähnter Fall: Die Folie imposée war von einem geistesgesunden Individuum zu egoistischen Zwecken durch Erzählung simulierter Wahnvorstellungen hervorgerufen.

Daß die Arbeit, in welcher sich Verf. naturgemäß eng an sein Lehrbuch anschließt, die Literatur ausgiebig mitteilt, das sei noch besonders hervorgehoben. Ernst Schultze.

Engels, Dr. E., Kreisassistentenarzt und Vorsteher der bakteriologischen Untersuchungsstelle der Königl. Regierung zu Stralsund. Die Desinfektion der Hände. Mit zwei Abbildungen im Text. Abdruck aus dem Klinischen Jahrbuch XIII. Band. Jena bei G. Fischer. 158 S. Preis 5,50 M.

Verf. hat mit Lösungen von Sublamin, Bazillol und Lysoform umfängliche Reihen von Versuchen angestellt, deren Nachprüfung an der Hand der ganz ausführlichen Darstellung leicht sein wird. Praktisch zieht er aus seinen Arbeiten den Schluß, daß die rein alkoholischen Lösungen dieser Mittel einen bedeutend größeren Desinfektionserfolg für die Hände garantieren, als die wässrigen mit Einschiebung des Alkohols nach Fürbringers Vorschrift. Die Kombination des Alkohols mit einem in alkalischer Lösung befindlichen Desinfektionsmittel verdient den Vorzug vor allen andern Methoden. Speziell wird die 2 pro mille alkoholische Sublaminlösung für Kliniken, Krankenhäuser, Hebammenschulen und für die Bedürfnisse der Praxis empfohlen. Die Methode ist einfach: fünf Minuten Waschung der Hände mit brauner Kaliseife und steriler Bürste in heißem Wasser; dann ebensolange in der Sublaminlösung. Für die Praxis empfiehlt sich die Vorrätighaltung einer Lösung aus 10 g Sublamin in 96 ccm 50% Alkohol, gefärbt durch 0,15 ccm einer 1% Eosinlösung in 50% Alkohol; so daß die Menge 100 ccm beträgt. Mit 10, 20, 30 ccm dieser Lösung in 1 l Alkohol kann schnell die gewünschte Desinfektionsflüssigkeit von 1 bis 3 pro mille hergestellt werden. Ktg.

Thal-Breslau, Max, Schamgefühl und gemeinsames Studium der Geschlechter. Berlin und Leipzig. Verlag der Frauenrundscha. 26 S.

Verfasser behandelt hier nicht das gesamte Problem der Koedukation, wie die Überschrift des Aufsatzes glauben machen könnte, sondern nur ein Teilgebiet der Frage, nämlich das gemeinsame Studium der männlichen und weiblichen Medizin-Studierenden. Es handelt sich da um eine Polemik gegen die

bekanntem Auslassungen des Königsberger Anatomen Stieda, der gegen die Zulassung der Frauen zum Studium der Medizin nichts einzuwenden hat, jedoch den gemeinsamen Unterricht derselben mit Männern aus Besorgnis ihrer sittlichen Gefährdung perhorresziert. Dr. Thal meint, wenn die Besorgnis einer dadurch entstehenden sittlichen Gefährdung durch Schamverletzung als ungerechtfertigt erkannt sei, dann auch der letzte Grund gefallen wäre, um ausreichend vorgebildeten Frauen und Mädchen die Zulassung zum Studium der Medizin zu versagen. Alle anderen Einwände sind nach Ansicht des Verfassers längst widerlegt und die Opposition der Ärzte gegen das Medizinstudium der Frauen soll lediglich auf Konkurrenzmotiven beruhen. Letztere Insinuation muß aufs schärfste zurückgewiesen werden. Woher leitet Dr. Thal das Recht ab, dem ärztlichen Stande derartige eigensüchtige Motive zu unterschieben? Mehr kann man dem Verfasser in der Widerlegung der obigen These Dr. Stiedas zustimmen. Wenn man sich schon für die Zulassung der Frauen zum Medizinstudium ausspricht, dann ist wirklich kein Grund vorhanden, sie nicht am gemeinsamen Unterrichte teilnehmen zu lassen. Thal weist hier mit Recht darauf hin, daß der Begriff „Schamgefühl“ nicht etwas durchaus für alle Zeiten Feststehendes, sondern etwas Wandelbares sei. Sehr bald werde sich das Schamgefühl der neuen Situation anpassen und modifiziert werden. Das Schamgefühl ist auch nicht etwas unter allen Umständen Sakrosanktes, sondern muß unter Umständen höheren Zwecken, wie hier der Gesundmachung von Patienten, weichen. W. Hanauer-Frankfurt a. M.

Tagesgeschichte.

Massenuntersuchungen von Rentenempfängern.

Das über alles Erwarten große Anschwellen der Invalidenrenten hat, wie wir an dieser Stelle wiederholt erwähnten, die Versicherungsanstalten veranlaßt, den Ärzten ein besonders sorgfältiges Untersuchen und ein entsprechendes Beschreiben der Befunde zur Pflicht zu machen. Auch das Reichsversicherungsamt hat neuerdings in gleichem Sinne eine Kundgebung erlassen.

Gleichzeitig sind Kontrolluntersuchungen in großem Maßstabe angestellt worden, die denn auch ergeben haben sollen, daß Invalidenrenten häufig gewährt worden sind, in denen es objektiv nicht gerechtfertigt war.

Der praktische Arzt, welcher es ernst mit seiner Gutachter-tätigkeit nimmt, wird gewiß, wenn auch mit Bedauern, so doch mit sachlicher Zustimmung von diesen für einen Teil der Ärzteschaft immerhin peinlichen Maßnahmen vernommen haben. Natürlich setzt er voraus, daß die Kontrolluntersuchungen mit ganz besonderer Sorgfalt ausgeführt worden sind, so daß ihre Methode nunmehr als vorbildlich für die gesamte Ärzteschaft gelten kann.

So dachten auch wir, bis wir vernahmen, daß einige Versicherungsanstalten — wie viele und welche, wissen wir nicht genauer — die Nachprüfung der Rentenangelegenheiten auf dem Wege der Massenuntersuchungen haben vornehmen lassen.

Wie in der „Schlesischen Zeitung“ ein sichtlich sehr gut unterrichteter ärztlicher Mitarbeiter berichtet, sind in verschiedenen Provinzen je 100 und mehr Unfall- oder Invalidenrentner vor eine Kommission geladen worden, die alle diese Fälle an einem Tage zu erledigen hatte. Dazu wurde ein Arzt oder zwei als Gutachter bestellt, und diese sollten ihr Urteil in jedem Falle abgeben, offenbar ohne bei der Kürze der Zeit Akten genau studieren und den Rentner eingehend untersuchen zu können.

Der Verfasser des genannten Aufsatzes berichtet authentisch von einem Fall, in welchem kürzlich ein beamteter Arzt angefragt wurde, ob er bereit sei, an einem bestimmten Tage die ärztliche Untersuchung zu übernehmen, zu dem 130 bis 140 Rentenempfänger zwecks Revision des körperlichen Zustandes

geladen werden sollten. (Die Ärztekammer hatte als Vergütung 30 Mark für angemessen erachtet!!)

Der betreffende Autor knüpft hieran mit Recht den Ausruf: Es ist tief bedauerlich, wenn nach 20jährigem Wirken im Sinne der sozialen Gesetze noch so wenig Verständnis für die verantwortungsvolle Mitwirkung des Arztes bei den in Betracht kommenden Verwaltungsbeamten zu finden ist!

Wir geben im folgenden den Inhalt des Aufsatzes aus der „Schlesischen Zeitung“ wörtlich wieder, in der Hoffnung, gerade in den Kreisen der Ärzte und Versicherungsbeamten dadurch gegen eine so unhaltbare Maßregel wie die Massenuntersuchungen und im weiteren auch sonst dagegen zu wirken, daß bei der Begutachtung in Versicherungsangelegenheiten mehr Wert auf Fixigkeit als auf Richtigkeit gelegt wird.

Es heißt an jener Stelle:

„Man könnte auf die Tätigkeit der Militärärzte hinweisen, die ja bei den Aushebungen auch zahlreiche Menschen an einem Tage zu untersuchen haben und trotz der Massenuntersuchungen Hervorragendes leisten in der Erkennung selbst auch innerer Fehler. Aber wie oft wird da durchgesehen noch nach der ersten Untersuchung, und trotzdem kommt es doch nicht ganz selten vor, daß wirklich dienstunbrauchbare Leute eingestellt werden. Die Untersuchung von Rentenempfängern bietet ungleich größere Schwierigkeiten als dies bei der Mehrzahl der Gestellungspflichtigen der Fall ist, unter denen doch nur wenige Beschwerden vorbringen, deren Ursachen der Arzt zu finden und gutachtlich zu begründen hat.

Der Rentenanwärter bringt erfahrungsgemäß fast immer übertriebene Beschwerden vor, die eingehend zu prüfen sind, wenn man ihm nicht Unrecht tun will durch Minderung der Rente, wenn man die Versicherungskasse nicht schädigen will durch Nichtbeachtung von Simulation und Übertreibung.

Die Verwaltungsbeamten glauben meist, äußerlich sichtbare Verletzungen ließen sich auch mit einer kurzen, flüchtigen Besichtigung rasch erledigen. Wer das vom Arzt verlangt, der verleitet ihn zur Oberflächlichkeit und damit oft zur Mitschuld an unberechtigter Kürzung der Ansprüche des Versicherten. Ein Beispiel von vielen. Es hat sich im Anschluß an einen Unfall an der Hand eines Arbeiters eine schwere Sehnscheideeiterung entwickelt. Drei Monate lag der Mann im Krankenhaus. Ein Finger wurde dort abgesetzt, die beiden Nachbarfinger sind etwas versteift. Alles das sieht man mit einem Blick, auch ohne Arzt zu sein. „Ergo die rechte Hand ist zur Hälfte nur gebrauchsfähig — 33⅓ Prozent. Das sind feststehende Sätze! Das Reichsversicherungsamt hat wiederholt so entschieden — Acta sunt clausa.“

Aber nein! Der Fall ist damit nicht erledigt. Der ärztliche Sachverständige, der gegen diese Fixigkeit dies Urteils nicht protestiert, ladet eine große Verantwortlichkeit auf sich. Denn jedem erfahrenen Gutachter sind Dutzende von Fällen begegnet, welche wie dieser zur Gründlichkeit, zur Untersuchung des ganzen Menschen mahnen. Ist es doch gar nicht selten, daß, wie in diesem Falle, eben jene Eiterung, die unter hohem, wochenlangem Fieber mit schwerem Allgemeinbefinden verlief, auch langdauernde, oft heimlich fortschreitende Erkrankungen innerer Organe im Gefolge hatte. Nierenerkrankungen sind gar nichts seltenes; die Harnuntersuchung darf also in solchen Fällen nie unterbleiben! Mehrfache Narkosen, täglicher schmerzhafter Verbandwechsel, die wochenlange Eiterabsonderung bringen oft blühende, kräftigste Menschen in ein dauerndes Siechtum. Das alles aber läßt sich in einem Massentermin, im Nebenzimmer des Schiedsgerichts nicht feststellen. Wenn ein Arzt sich zutraut, das alles prima vista zu erraten, ohne sorgfältiges Studium der bei den Akten liegenden Krankengeschichten, ohne sorgfältige Untersuchung des ganzen Menschen, der traut sich mehr zu, als die besten Ärzte können, der handelt leichtfertig!

Gewiß, man kann von der Kontrollkommission die Nachuntersuchung eines Verdächtigen sich erbitten, aber bei solchen Massenuntersuchungen entgehen einem eben diese latenten Unfallsfolgen. So wird die Rente dem wirklich kranken Manne gekürzt. Er kann Berufung einlegen. Gewiß! Er tut es, aber damit muß er den für sein Nervensystem, für seine Gesamtgesundheit so überaus gefährlichen Weg des Prozesses betreten. Viele Wege, geistige Aufregung, Nahrungssorgen, Nahrungsmangel und andere Schädlichkeiten wirken auf ihn ein, durch Fahrlässigkeit eines solchen „fixen“ Gutachters und durch Schuld dieser höheren Orts empfohlenen Methode.

Es ist jetzt von den Ärzten die Unfalluntersuchung soweit methodisch ausgebildet, daß auch der Anfänger ein zuverlässiges Gutachten zu liefern vermag, mit zahlenmäßigen Bestimmungen z. B. eines verletzten Gelenks. Die Berufsgenossenschaften müssen solche Präzision unbedingt verlangen, um Besserungen oder Verschlimmerungen des Zustandes nach Jahr und Tag objektiv beweisen zu können. Der Unterschied im Umfang der Arme und Beine drückt den Muskelschwund, die Differenz im Winkelmaß die Behinderung in der Beweglichkeit eines Gelenks zahlenmäßig aus. Aber wie wären exakte Messungen in solchem Massentermin möglich? Wie ihre Notierung?

Rein unmöglich ist es, solche Untersuchungen anderswo als im ärztlichen Sprechzimmer zu machen. „Auf zwei Stühlen lagen die Leute, wenn man ein gebrochen gewesenes Fußgelenk zu untersuchen hatte.“ Was über die einfachsten Hilfsmittel der Untersuchung hinausliegt, kann der Arzt naturgemäß nicht zum Termin mitbringen. Die Prüfung der elektrischen Erregbarkeit muß also wegfallen. Prüfungen der Hörfähigkeit sind unter vielen Menschen unmöglich. Die Untersuchung innerer Organe muß notwendig unter solchen das Schamgefühl verletzen. Vieles mehr ließe sich gegen diese Massenrevisionen noch einwenden.

Sie haben ohne Zweifel zwei schwere Nachteile: sie führen leicht zu schwerer Schädigung der Rechte der Arbeiter und sie bedeuten eine hohe Gefährdung des ärztlichen Rechtsbewußtseins.

Die Berufungen an die Schiedsgerichte und die Rekurse an das Reichsversicherungsamt werden rapid ansteigen und diese Behörden über Gebühr belasten. Die eben erst zu erfreulicher Höhe sich entwickelnde ärztliche Sachverständigentätigkeit wird und muß rasch wieder verflachen, wenn Fixigkeit und Billigkeit als ihre hervorragendsten Qualitäten behördlicherseits von ihr verlangt werden.

Der Arbeiter hat nach dem Gesetz ein Recht darauf, daß man seine Beschwerden auch gründlich prüft. Die Begehrlichkeit wird auch das höchste Maß von Wohlwollen bei der Rentenfestsetzung nie ganz befriedigen, aber wie diese auch ausfällt, wohlbegründet muß sie sein!

Das ist sie sicher nicht bei diesen neuerdings beliebten Massenabschätzungen. Die Verwaltungsbeamten der Versicherungspraxis mögen daher reiflich bedenken, ob diese Art der Prüfung gesetzlicher Ansprüche sich verantworten läßt.“

Wir wüßten nicht, was wir diesen treffenden Ausführungen hinzufügen könnten, ohne ihre Wirkung abzuschwächen. F. L.

Die Verwandtschaft der Berufskrankheiten mit den Betriebsunfällen.

Der „Sozialen Praxis“ entnehmen wir folgende Mitteilung: Schon im Jahre 1901 in der Sitzung vom 5. Dezember hatte der Abgeordnete Breton in der französischen Deputiertenkammer namens zahlreicher Kollegen einen Gesetzesvorschlag eingebracht, der die Anwendung des Gesetzes vom 9. April 1898 über die Betriebsunfälle auf die Berufskrankheiten ausdehnen sollte. Die Kammer nahm damals eine Tagesordnung an, die

die Regierung aufforderte, eine Untersuchungskommission einzusetzen mit der Aufgabe, ein Verzeichnis jener Berufskrankheiten aufzustellen, die ausschließlich oder hauptsächlich der Beschäftigung mit einer bestimmten gewerblichen Arbeit ihren Ursprung verdanken, und ferner ein Verzeichnis der entsprechenden gefährlichen Berufe mit Angaben über den Sterblichkeits- und Erkrankungskoeffizienten in jedem derselben. Die mit diesen Studien beauftragte Kommission für gewerbliche Hygiene hat nunmehr zehn Berichte über die Hauptursachen der Berufskrankheiten abgefaßt und die interessantesten Daten daraus in einem Generalbericht dem Minister für Handel und Gewerbe vorgelegt. Jeder Abschnitt beginnt mit einem genauen Krankheitsbild, das die Einzelheiten der Diagnose, der Komplikationen und Begleiterscheinungen behandelt. Vom gesetzgeberischen Standpunkt aus sind die Betrachtungen über die zeitlichen Grenzen, innerhalb der die Krankheitszeichen unter der Einwirkung der schädigenden Betriebselemente sich äußern können, und das Verzeichnis der gesundheitsschädigenden Berufe wichtig. Der Bericht beginnt mit den Blei-, Quecksilber- und Arsen-Vergiftungen und schließt daran die Schilderung der Arsen-, Schwefelkohlenstoff-, Kohlenwasserstoff-, Schwefelwasserstoffverbindungen und der sonstigen giftigen und ätzenden Dämpfe und Gase. Sodann behandelt er den Ausschlag, Geschwürbildung und Krätze, weiter Lungentuberkulose einschließlich Haut- und Schleimkrankheiten (?).

Soweit der Bericht der „Sozialen Praxis“.

Auch in Deutschland besteht eine starke Agitation zu Gunsten der versicherungsrechtlichen Gleichstellung von Gewerbkrankheiten und Betriebsunfällen, ja, man kann sogar im Parlament Äußerungen hören, als hätten die Ärzte den Begriff Gewerbkrankheiten bloß erfunden, damit nicht zu viel Arbeitsbeschädigungen entschädigt werden müßten. Die Ausarbeitungen der französischen Kommission werden also auch bei uns große Beachtung finden. Referent hält die Bestrebungen, die Gewerbkrankheiten den Unfallfolgen gleich zu stellen, für keine glückliche Lösung des Abgrenzungsproblems. Den Begriff Unfall scharf zu umschreiben, war zwar schwierig, aber es ist immerhin in einer für die weitaus meisten Fälle ausreichenden Form gelungen. Der Begriff Gewerbkrankheit dagegen läßt sich in praktisch brauchbarer Weise überhaupt nicht abgrenzen. Wollten wir etwa als Gewerbkrankheit jedes Leiden bezeichnen, welches erfahrungsgemäß unter wesentlicher Mitwirkung gewerblicher Schädigungen entsteht, so gelangen wir beispielsweise bei jeder Lungentuberkulose dahin, prüfen zu müssen, ob der Arbeitsbetrieb, in welchem die Erkrankung eintrat, mit größerer oder geringerer Staubentwicklung, Erkältungs- und Ansteckungsgefahr verbunden war. Endlose Streitigkeiten und als Ergebnis doch schließlich vielfache Ungerechtigkeiten würden garnicht zu vermeiden sein. Es gibt, meinen wir, nur zwei Auswege: Entweder sondert man aus der Gesamtheit der gewerblichen Erkrankungen diejenigen aus, welche eben nur infolge der Betriebsarbeit entstehen (also in Hauptsache die gewerblichen Vergiftungen) und stellt sie den Unfallfolgen gleich, wobei eine Ungerechtigkeit gegen die übrigen gewerblich Erkrankten eingeführt wird, oder man bestrebt sich, alle Gesundheitsbeschädigungen und Krankheiten der Arbeiter, welche ihre Erwerbsfähigkeit mindern, ohne Rücksicht auf die Entstehungsweise einheitlich zu entschädigen. F. L.

Zur ärztlichen Entschädigungspflicht wegen Kunstfehlers.

Durch die Zeitungen geht die Aufsehen erregende Mitteilung, daß ein bekannter süddeutscher Orthopäde wegen körperlicher Beschädigung eines Patienten zivilrechtlich zu

einer großen Entschädigung verurteilt worden ist. Er hatte dem Urteilstenor zufolge einem Mann mit winkliger Versteifung des Kniegelenks, das Bein operativ gestreckt, dann einen Gipsverband angelegt und dann liegen lassen, obwohl angeblich am nächsten Tage die Zehen sich verfärbten und gefühllos wurden. Dann war er verweist, und als nach 12 Tagen die Zehen dunkelblau geworden waren, als auch Fieber eingetreten war, zeigte sich nach Abnahme des Verbandes Unterschenkel und Fuß brandig. Der Kranke mußte amputiert werden. Als sein Bruder Entschädigungsansprüche zu stellen drohte, verlangte der behandelnde Arzt einen schriftlichen Verzicht, da er sonst die Weiterbehandlung ablehne. Im gerichtlichen Verfahren ergab sich noch, daß der Beklagte sich in Widersprüche verwickelte und daß er keinerlei Krankengeschichte, Temperaturkurve oder dergl. vorlegte, obgleich er seinerseits die Angaben des Klägers als unglaubwürdig darstellte.

In unserer Zeit des schweren Existenzkampfes der Ärzte gegen die Kurpfuscher, sind Vorkommnisse dieser Art doppelt betäubend.

Mord durch Chloroform?

Die „Medizinische Klinik“ berichtet über einen bemerkenswerten Fall angeblichen Chloroformmords: Vor einiger Zeit war in Amerika ein Rechtsanwalt zum Tode verurteilt worden, weil er angeblich durch einen Mord sich in den Besitz einer 5 Millionen-Dollarerbschaft gesetzt hatte, die ihm ein gefälschtes Testament sichern sollte. Er wurde verurteilt auf die Aussage des Dieners des Verstorbenen, welcher gesehen haben wollte, wie der Rechtsanwalt ein mit Chloroform getränktes Tuch dem Schlafenden vor den Mund gehalten habe und ihn so zu Tode chloroformiert hätte, ohne daß derselbe vorher aufgewacht wäre. Dies mit Chloroform getränkte Tuch soll er dann in einen Ofen geworfen haben, in welchem es nach Aussage des Dieners mit explosionsähnlichem Aufflammen schnell verbrannt sei. Die Geschworenen glaubten dem Diener, die Sachverständigen bestätigten die Möglichkeit und so wurde er zum Tode verurteilt. Es gelang ihm, Berufung einzulegen. In dieser Zeit verschaffte er sich sämtliche Schriften, welche über die Wirkung des Chloroforms existierten und studierte dieselben ganz genau. Es gelang ihm auch, einige hervorragende Kenner der Wirkung des Chloroforms für seinen Prozeß zu interessieren und sie zu veranlassen, Versuche zu machen, zu denen er auf Grund seines Studiums über das Chloroform im Zuchthaus gelangt war. Diese Untersuchungen bestanden darin, daß der angebliche Mörder herausgefunden hatte, daß ein Schlafender garnicht chloroformiert werden könne, ohne erst zu erwachen. Und in der Tat ergaben alle, nunmehr von Sachverständigen angestellten Versuche, daß die Schlafenden sofort aufwachen, wenn man ihnen ein mit Chloroform getränktes Tuch vor das Gesicht hält. Ebenso konnte er durch Experimente, die die Sachverständigen gleichfalls nachproben, feststellen, daß ein mit Chloroform getränktes Tuch ins Feuer geworfen, garnicht mit explosionsartigem Aufflammen schnell verbrennt, sondern daß es im Gegenteil sehr feuerwiderstandsfähig ist. So stellte die Kommission fest, daß mit Chloroform getränkte Tücher erst nach 51 Minuten in einem Ofen verbrannt waren. Es ist kaum zweifelhaft, daß dieses energische Studium des Chloroforms dem Angeklagten des Leben retten wird.

Wissenschaftliche Kurse zum Studium des Alkoholismus

werden vom 25. bis 29. April d. J., veranlaßt vom Zentralverband zur Bekämpfung des Alkoholismus, unter Leitung von Geh.-Rat Rubner im Hörsaal 50 der technischen Hochschule Charlottenburg, Berlinerstraße 151 abgehalten. Die Teilnahme ist unentgeltlich, das Programm ist gegen portofreie Einsendung von 10 Pf. durch Herrn Lehrer Kochanowski, Berlin O. Samariterstraße 35, zu beziehen.