

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

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

Redaktion:

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

Dr. F. Leppmann - Berlin.

Verantwortlicher Redakteur.

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

VIII. Jahrgang 1902.

№ 3.

Ausgegeben am 1. Februar.

Inhalt:

Originalien: Leppmann, Die Kriminalität der Unfallverletzten. S. 45.
Haug, Fraktur und Nekrose des Warzenfortsatzes in Folge Traumas. S. 46.
Stolper, Syringomyelie — Gelenkerkrankung — Trauma. S. 48.
Osswald, Tod durch einen im epileptischen Krampfanfall entstandenen Schädelbruch; Zerreissung der meningeae media, extradurales Hämatom. S. 50.
Hartmann, Ueber einen chirurgischen Fall von eiteriger Thrombophlebitis. S. 52.

Referate: Sammelbericht: Braehmer, Umschau auf dem Gebiete der Verkehrshygiene. S. 54.

Allgemeines. Heller, Ist die Syphilis des Ehegatten ein Grund zur Trennung der Ehe? S. 55.

Chirurgie. Schultze, Exartikulation grösserer Gelenke. S. 56.
Bähr, Zur Anlegung von Frakturverbänden. S. 56.
Blecher, Einfluss künstl. Blutstauung auf Gelenksteifigkeiten nach Traumen und längerer Immobilisation. S. 56.
Lauenstein, Typische Absprengungsfraktur der Tibia. S. 56.
Kolaczek, Zur Behandlung der Schrägbrüche des Unterschenkels. S. 57.

Neurologie und Psychiatrie. Schultze, Entlassungszwang und Ablehnung oder Wiederaufhebung der Entmündigung. S. 57.
Brie, Ueber Eifersuchtszwang. S. 57.

Gynaekologie. Fehling, Selbstinfektionslehre in d. Geburtshilfe. S. 57.
Stroganoff und Sticher, Können Wannenbäder als das beste Reinigungsmittel des Körpers der Kreissenden betrachtet werden? S. 58.
Leube und Budberg, Nabelschnurversorgung b. Neugeborenen. S. 58.

Aus Vereinen und Versammlungen. 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte zu Hamburg. (Abtheilung für Neurologie.) — Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. — Engerer Ausschuss Deutscher Bahnärzte, Sitzung am 12. Januar 1902. S. 58.

Bücherbesprechungen: Wehmer, Die neuen Medizinal-Gesetze Preussens. — Weyl, Fortschritte der Strassenhygiene. — Rissmann, Lehrbuch der Wochenbettpflegerinnen. S. 62.

Tagesgeschichte: Zum Fleischschau-Gesetz. — Zur Bekämpfung der Kurpfuscherei. — Staatliche Versicherung gegen Gewerbekrankheiten. — Fürsorge für Erwerbsbeschränkte. — Hygiene der Barbierstuben. — Approbationsentziehung. — Vorträge über gerichtliche Medizin. — Neue Ministerialerlasse. S. 62.

Die Kriminalität der Unfallverletzten. *)

Von
Dr. A. Leppmann-Moabit,
Medizinalrath.

Eine neue soziale Einrichtung von dem Umfange der Fürsorge, wie sie durch die Unfallgesetzgebung den arbeitenden Klassen gewährleistet ist, muss die Bedingungen zur Begehung strafbarer Handlungen verschieben, und in erster Reihe müsste man glauben, dass durch Schaffung einer gesetzlich gesicherten Entschädigung für Arbeitsunfälle, welche an die Stelle der ehemals oft nothwendigen Armenpflege getreten ist, die Zahl der Eigenthumsverbrechen günstig beeinflusst werden müsse.

Diese theoretische Voraussetzung findet in der Kriminalstatistik keine Unterstützung und damit wird der alte Erfahrungssatz gerechtfertigt, dass es nicht die absolute Bedürftigkeit ist, welche zum Rechtsbruch treibt, sondern nur die Noth und Rathlosigkeit eines ungünstigen Augenblicks, verbunden mit subjektiven Eigenschaften des Individuums, wie Leichtsinns, Unfähigkeit mit Geld umzugehen etc.

Unter den Eigenthumsverbrechen, welche trotz einer erheblichen Theilrente und neben derselben bestehender ge-

nügender Arbeitsfähigkeit in Strafanstalten eingeliefert werden, befinden sich Personen, für die gerade die Thatsache, dass sie im Verlauf eines länger dauernden, z. B. medikomechanischen Heilverfahrens mühsig gehen konnten, zum Verfall in den Rechtsbruch verhängnissvoll war. Andere wieder waren, als sie einen entschädigungspflichtigen Unfall erlitten, bereits so in verbrecherische Gewohnheiten verfallen, dass sie, trotzdem sie durch ihre Rente vor der grössten Noth gesichert waren, vom Stehlen nicht lassen konnten.

War auf der einen Seite die Möglichkeit vorhanden, die Zahl der strafbaren Handlungen durch die Unfallgesetzgebung vermindert zu sehen, so ist durch die Gesetzgebung selbst eine neue Wurzel des Verbrechens geschaffen worden, nämlich die Anreizung zum Versicherungsbetrug. Rechnen wir die vielen Verletzten ab, die in der Furcht, um ihr gutes Recht zu kommen, und in dem Gefühle wirklichen Siechthums ihre thatsächlichen Beschwerden übertreiben, so macht sich bei der Mehrzahl der wirklichen Versicherungsbetrüger, d. h. bei denjenigen, die in hartnäckiger Weise entweder ein Krankheitsbild völlig vorzutäuschen suchen, oder geringe Beschwerden in einer ihre Erwerbsminderung weit überragenden Weise aufbauschen, in der greifbarsten Form die That-

*) Nach einem Vortrage auf der Naturf.-Vers. in Hamburg.

sache geltend, dass das Verbrechen fast niemals rein soziale Ursachen hat, sondern dass daneben noch wesentliche individuelle Gründe in Frage kommen. Die Unfallsimulanten sind, meiner Ueberzeugung nach, so gut wie niemals geistig vollwerthige Menschen. Es sind entweder Schwachsinnige, deren Uebertreibungen sehr durchsichtig sind, und welche mit einer gewissen Enge ihres Ideenkreises trotzdem an ihren läppischen Kunststücken festhalten. Oder — und diese sind viel gefährlicher — es sind phantastisch Minderwerthige, in deren ganzem Leben die wuchernde Einbildungskraft eine Rolle spielt, denen das Fabuliren und Sichwichtigthun zur anderen Natur geworden ist, und für welche die Thatsache, dass sie als Unfallverletzte für besonders beobachtungswerth gehalten werden, ausschlaggebend wird. Das sind die Personen, welche in Vorzimmern von Aerzten, Polikliniken und Krankenhäusern begierig Krankheitsbilder in sich aufnehmen, und welche dann ihre Rolle so spielen, dass sie auch dem Erfahrenen Schwierigkeiten bereiten; welche sogar, wenn sie schliesslich Misserfolge haben, von der Echtheit ihrer Schwindeleien bereits so überzeugt sein können, dass sie zu geisteskranken Querulanten werden.

Beide Gruppen versuchen sich hauptsächlich auf dem Gebiete der traumatischen Neurosen, und es würde ein gewisser Schutz gegen derartiges Vorgehen dadurch gegeben sein, dass man über jeden Kopfverletzten und über jeden Verletzten, der eine allgemeine Körpererschütterung mit der Verletzung erhielt, bei der ersten Unfallfeststellung nicht bloss einen jener laienhaft abgefassten Formularberichte einforderte, sondern sofort eine vollständige gesundheitliche Anamnese und einen körperlichen und seelischen Allgemeinbefund erhöhe.

Aber noch an anderer Stelle tragen die Unfallverletzten und zwar hier die echten Neurastheniker zur Steigerung der Kriminalität bei. Es giebt eine Reihe von Vergehen, in welche ein Neurastheniker leichter verfällt als der Durchschnittsmensch, namentlich wenn er durch eine Rente vor Mangel geschützt ist und den Rest seiner Arbeitsfähigkeit gar nicht oder nur in gemächlichem Tempo auszunützen braucht. Das sind die Affektverbrechen des täglichen Lebens und namentlich des nachbarschaftlichen häuslichen Verkehrs wie: Beleidigung, Körperverletzung, Hausfriedensbruch, Nöthigung. Ich habe eine ganze Reihe von Unfallrentnern wegen derartiger Straftathen zu beurtheilen gehabt und sie je nach dem Grade ihrer Krankheit für vermindert zurechnungsfähig bezw. für unzurechnungsfähig erachtet. Selbstredend spielt dabei die Intoleranz gegen alkoholische Getränke auch eine Rolle.

Aber auch in Bezug auf das Eigenthumsvergehen bietet die traumatische Neurasthenie bezw. Hysterie eine verminderte Widerstandskraft. Ich möchte dabei die Frage, ob die chronische Hysterie der Unfallverletzten eine ähnliche Charakterentartung zur Folge hat, wie die angeborene oder in der Pubertätsentwicklung sich zeigende Hysterie, verneinen. Selbstverständlich wird Jemand, der Jahre lang auf seinen eignen Körper achtet und danach trachtet, die Schäden an diesem möglichst hoch mit Geld abgewerthet zu sehen, egocentrisch werden, aber der absolute gefühlsarme Egoismus mit Bosheit und Launenhaftigkeit, welchen wir bei der hysterischen Entartung in Folge von Mängeln der ersten Bildung sehen, dieser kommt doch bei den traumatischen Neurosen nicht vor. Hier ist es vielmehr die Verführung des Augenblicks, welche, wie ich in meiner Arbeit über Ladendiebinnen*) bereits gezeigt habe, grade Menschen, die sonst wenig entschlossen sind, zu übereilten Augenblicksentschlüssen führt.

Ich entsinne mich besonders eines Mannes, der an pseudo-

psastischer Paralyse mit Zittern und sichtbarer seelischer Beeinflussung litt. Derselbe war unbescholten, er hatte als Bureaudiener die tadellosesten Zeugnisse, er hatte in seinem engeren Bekanntenkreise einen glänzenden Leumund; durch eine hohe Rente und dadurch, dass seine Frau noch ein Grünkramesgeschäft hatte, war er vor jeder Noth geschützt. Dieser Mann, welcher seiner Frau bei den Einkäufen in der Engros-Markthalle half, wurde dabei ertappt, nachdem er von einem Verkaufsstande Obst und Mohrrüben entnommen und heimlich auf seinem Wagen untergebracht hatte. Er war sofort geständig und versicherte nur, früher, als er noch nicht krank gewesen wäre, hätte es ihm nicht passiren können.

Endlich habe ich gefunden, dass jene Unfallrentner, die in Folge von Kopfverletzungen frühzeitig senil geworden sind, und welche in Folge des Schutzes vor äusserer Noth nicht den Trieb und auch keine Gelegenheit haben, sich mit irgend etwas zu beschäftigen, Gefahr laufen, in senile verbrecherische Thorheiten, wie in erster Reihe unzünftige Handlungen mit Kindern, zu verfallen.

Ich möchte nun, wenn ich das Ergebniss aus diesen letzten Wahrnehmungen ziehen soll, nicht etwa zu dem Trugschluss gelangen, als ob eine möglichste Rentenknappheit von Vortheil für den Beschädigten sei. Im Gegentheil, ich bin davon überzeugt, dass sehr viele, namentlich nervöse Unfallsfolgen, erst dadurch grossgezogen werden, dass die erste Rentenfestsetzung durch ein überlanges Heilverfahren zu lange hingeschleppt wird und dann ungenügend ausfällt.

Nein, ich möchte vielmehr die Aufmerksamkeit darauf lenken, dass bei Theilrenten und besonders bei hochprozentigen Renten der Rest der gebliebenen Arbeitsfähigkeit nicht bloss theoretisch geschätzt bleiben darf, sondern dass viel mehr noch als bisher entweder durch den guten Willen der Arbeitgeber oder durch Vereinsthätigkeit den Beschädigten die Möglichkeit gegeben werden muss, diesen Rest durch leichteste Arbeitsleistungen auch praktisch auszuwerthen.

Aus der Ohrenabtheilung der Königl. Universitäts-Poliklinik zu München.

Fraktur und Nekrose des Warzenfortsatzes in Folge Traumas.

Von

Prof. Dr. Haug-München.

Ein 17 jähriger Jüngling hatte auf dem Turnplatze bei einem Ballspiele, bei welchem ungefähr apfelgrosse Bälle aus sehr hartem Gummi mittelst eines sehr starken Schlagbrettes mit ganzer Armkraft auf möglichst weite Entfernung hinaus geschleudert werden sollen, durch einen unglücklichen Zufall das Brett, kaum zwei Schritte vom Schläger entfernt stehend, direkt hinter das linke Ohr mit Wucht geschlagen bekommen, so dass er sofort nahezu ohnmächtig wurde und zusammenstürzte. Unmittelbar hernach empfand er ein starkes schmerzhaftes Brennen hinter dem Ohre und schwellte auch die Hinterohrgegend sofort an. Blutung soll weder aus dem Gehörgange, noch aus Nase oder Mund erfolgt sein. Sofort und Tags darauf merkte er, dass er nicht mehr so gut höre, das Hören wurde unter Sausen und Schwindel in den nächsten Tagen immer gradatim schlechter; zeitweise bestanden zuckende Schmerzen in der Tiefe des Ohres, die Hauptschmerzhaftigkeit aber befand sich hinter dem Ohre. Die Behandlung hatte zu Hause in Eisumschlägen hinter das Ohr bestanden.

Als sich Pat. am 12. Tage nach der Verletzung erstmals vorstellte, konnte zunächst noch eine starke diffuse bläuliche Verfärbung der pars mastoidea, untermischt mit einzelnen umschriebenen Blutaustritten bei mässiger Schwellung konstatiert werden. An der Spitze des Warzenfortsatzes beginnend,

*) Aerztl. Sachv.-Ztg. 1901, No. 1. 2.

sich auf die oberen Partien fortsetzend, befand sich der Fleck, an dem die direkte Einwirkung stattgehabt hatte; eine Zerstörung der Hautlager selbst war nicht eingetreten, doch deutete die dunkelviolettblaune Verfärbung in der Ausdehnung etwa eines 50 Pfennig-Stückes darauf hin, dass nicht viel zum Brandigwerden dieses Hautstückes gefehlt hatte. An den peripheren Partien fing die Verfärbung des ausgetretenen Blutfarbstoffes schon an, ins Gelblichgrüne überzutreten. Die Empfindlichkeit bei Berührung und bei Druck war dagegen eine ausserordentlich starke und beim Aufsetzen beider Zeigefinger fühlte man ganz deutlich ein ausgesprochenes Kuarren und Reiben; auch hob sich beim Drucke an der Spitze unter Reibe-geräusch eine Partie gegen die Basis zu von der Unterlage ab.

Die Untersuchung des kranken Ohres selbst — das andere Ohr war vollkommen normal — ergab, abgesehen von einem leichten Herabtreten der hinteren Gehörgangswand, eine graublaue und blauröthliche Verfärbung des ganzen Trommelfells bei beträchtlicher Vorwölbung der Membran. Hörfähigkeit für Flüstersprache aufgehoben; laute Sprache nur in nächster Nähe vernehmbar. Die Stimmgabeln werden vom Scheitel aus auf der kranken Seite bei starker Verlängerung der Knochenleitung vernommen. Vom Warzenfortsatz aus fällt die Luftleitung ganz aus. Knochenleitung um 16" verlängert bei tiefen Gabeln, um 24" bei hohen Gabeln.

Die Diagnose stellte sich sonach auf Bluterguss in die Paukenhöhle, in die Zellen des Warzenfortsatzes und unter die Knochenhaut desselben infolge einer direkten Verletzung. Bruch des Warzenthails des Felsenbeins?

Die Verordnung bestand in einfacher trockener Tamponade des Gehörgangs und leichtem Kompressivverband auf die Warzengegend. So schien sich die Sache während der nächsten acht Tage resorbieren zu wollen, indem das Trommelfell mehr sich abflachte und die Schmerzen etc. hinten nicht wesentlich mehr hervortraten. Von da ab blieb Patient plötzlich weg und kam mir erst nach vier Wochen wieder zu Gesicht. Aber wie? Es war ihm unterdessen anderwärts, weil ihm die Sache zu langsam vorwärts ging, angerathen worden, Ausspritzungen des Ohres vorzunehmen, verbunden mit Massage der Hinterohr-gegend. Etliche Tage nach Beginn dieser Therapie — Schmerzen im Ohr traten schon gleich nach den ersten Ausspritzungen auf — fing das Ohr an zu laufen und gleichzeitig verschlimmerte sich auch hinten langsam der Zustand, indem Schmerzhaftigkeit, Schwellung und Röthung der Mastoidealgegend sich dazugesellte.

Als er sich wieder vorstellte, wies er den typischen Befund einer akuten eitrigen Mittelohrentzündung mit Perforation in dem hinteren unteren Trommelfellabschnitt auf, nebst den ausgesprochensten Symptomen einer akuten Mastoiditis mit Mitbetheiligung der Knochenhaut- und Weichtheil-Lager. Dabei bestand auch schon eine beginnende Infiltration der tieferen seitlichen Halspartien. Dazu war das Allgemeinbefinden ebenfalls stark beeinträchtigt, so dass Patient in die absolut nöthige Operation einwilligte.

Bei der Vornahme derselben ergaben sich die Hautdecken stark braunroth in der ganzen Dicke infiltrirt und sofort nach Spaltung des Periostes entleerte sich zunächst eine geringe Menge Eiters aus dem subperiostalen Abscess. Sodann erschien von Granulationen völlig abgehoben die ganze laterale vordere Wand, die Rindenschicht des Warzenfortsatzes als nekrotisches Stück und konnte mit leichter Mühe ausgelöst werden; es hing bloß unten noch mit den Fasern des Sterno-cleido-mastoides zusammen. Bei näherer Nachforschung aber fand sich, dass in der Tiefe noch ein weiterer Sequester lag, ebenfalls, aber nicht in dem Grade, mit Granulationen umgeben. Er erwies sich zwar noch etwas fester verwachsen als der alte, schälte sich aber ebenfalls unter verhältnissmässig leichter Mühe ohne

jeden Meisselschlag durch einfache Hebelbewegungen aus seiner Lage heraus; er repräsentirt die tieferen Partien mit nahezu sämtlichen Zellräumen des Warzenfortsatzes. Bei seiner Entfernung ergoss sich noch neuer Eiter von der Pauke herkommend. Da keine Veranlassung dazu vorlag, unter den obwaltenden Verhältnissen, so wurde von einem weiteren Eingriffe selbstredend Abstand genommen.

Der Verlauf war ein günstiger, reaktionsloser. 3 Wochen nach der Operation war der Wundkanal nahezu völlig geschlossen, nachdem die Sekretion aus dem Ohre schon nach dem ersten Verbandwechsel sistirt hatte. Das Hörvermögen hatte sich spontan, ohne jede Manipulation, wesentlich wieder gehoben und in der fünften Woche konnte die völlige Heilung konstatiert werden, auch bezüglich des Gehörs. —

Von den beiden Sequestern umfasst der eine die äussere Knochenlamelle fast ganz, während der andere das übrige Gerüst des Warzenfortsatzes repräsentirt. Die beiden Sequester waren, insbesondere der tiefere — bei dem Rinden-Sequester liess sich das nicht mehr so absolut deutlich ersehen — nahezu in allen Hohlräumen mit geronnenem Blut vollständig ausgestopft gewesen und durch die Granulationen einfach abgehoben worden; sie lagen in einer richtigen Lage.

Epikrise.

Nach der vorausgegangenen Schilderung kann es wohl kaum zweifelhaft sein, dass wir es in diesem Falle mit einer durch eine äusserst heftige Gewalteinwirkung hervorgerufenen primären Fraktur der pars mastoidea zu thun haben, in Folge deren es nicht nur zu einer Blutung in den Paukenhöhlenraum kam, sondern auch zu einer blutigen Ausfüllung der Zellen des Warzenfortsatzes überhaupt. Dass schon anfangs eine Absprengung wenigstens des kortikalen Stückes bestanden hatte, darauf deutet, ganz abgesehen von dem deutlichen Krepitationsgeräusch, das übrigens ja auch durch die ausgetrockneten Blutmassen schon eventuell verursacht werden konnte — deshalb war die Diagnose Fraktur anfangs in suspenso gelassen worden — die abnorme Beweglichkeit des oberen äusseren Knochenstückes bei der Palpation mit Sicherheit hin. Wahrscheinlich ist aber auch die tiefere Partie durch den heftigen Stoss in ihrer Kontinuität zwar noch nicht gleich ganz gelöst, aber gelockert worden.

Trotz Alledem waren die Verhältnisse anfänglich so gelagert, dass eine langsame spontane Aufsaugung des Blutergusses innerhalb der Warzenzellen sowohl als des Paukenraumes selbst höchst wahrscheinlich eingetreten wäre unter gleichzeitiger Anlagerung und Verklebung der Bruchenden, so dass nach einer zeitweiligen bindegewebigen Verbindung zwischen denselben die dauernde Kontinuität sich wieder herstellen konnte. Es brauchte also eine Nekrose a priori nicht aufzutreten. Erst durch das Auftreten der eitrigen Mittelohrentzündung durch Infizierung des Blutgerinnsels in den Hohlräumen kam es und musste es beinahe nothwendiger Weise zur Nekrose kommen, da jetzt die bereits eingeleitete organische Verklebung der Risse in ihrem ganzen Umfange leiden und schliesslich aufgehoben werden musste. Gerade ein solcher pneumatischer Warzenfortsatz mit seinem, wie nicht so sehr oft wieder bemerkbar, sehr intensiv ausgeprägtem Höhlensystem — lauter grossen Hohlräumen durch nur ganz dünne Wände getrennt — musste in der Folge eine Abschneidung der Gefässbahnen weniger leicht ertragen können als ein mässig pneumatischer — und ein derartiger oder ein ganz harter, aus elfenbeinarter Knochensubstanz bestehender wäre überhaupt wahrscheinlich gar nicht frakturirt worden.

Möglicherweise mag auch die Art der Gewalteinwirkung selbst das Zustandekommen der Fraktur an dem pneumatischen Warzenfortsatz unterstützt haben, indem durch den sehr harten

und doch zugleich elastischen Körper eine sehr starke Flächen- und Tiefenwirkung erzielt wurde, vermöge der momentanen jedenfalls sehr intensiven, sich wieder rasch auszugleichen suchenden Kompression der pneumatischen Knochenlager. Dass es sich, um diesen Punkt noch zu berühren, lediglich um eine Nekrose, nicht um Caries (Knochenfrass) handelt, ersehen wir deutlich aus dem Befunde des Knochens selbst, besonders des tieferen Knochenstücks, der mit Ausnahme der Blutfüllung der Hohlräume vollständig normale Verhältnisse aufwies und sich auch nicht irgendwie arrodirt oder verfärbt zeigte.

Interessant ist es ferner, an dem Präparat zu beobachten, wie die beiden Bruchpartien ziemlich genau auf einander passen; es hat also durch die die Lade bildenden Granulationen eine wesentliche Einschmelzung der toten Knochenstücke noch nicht stattgehabt.

Gleichzeitig geht aus diesem Falle für die Praxis wieder von Neuem die alte Lehre hervor, dass man bei allen tieferen Verletzungen der Knochenwandungen des Gehörganges, des Trommelfells, der Paukenhöhle und des Schläfenbeins überhaupt von allen Ausspülungen Abstand nehmen soll, da die sonst gewöhnlich eintretende Heilung unter dem Blutschorfe ausgeschlossen und dafür der sekundären Infektion Thür und Thor geöffnet wird. Es ist dabei völlig gleichgiltig, ob mit a- oder antiseptischen Lösungen manipuliert wird.

(Aus dem Institut zur Behandlung von Unfallverletzten.)

Syringomyelie — Gelenkerkrankung — Trauma.

Von
Dr. P. Stolper-Breslau.
Mit 4 Abbildungen im Text.
(Schluss.)

Wir wissen erst seit den Arbeiten von Sokoloff (1891)¹⁾, Charcot (1893)²⁾, Graf (1893)³⁾ und zahlreichen späteren Autoren, dass auch bei Syringomyelie Gelenkerkrankungen ganz gleicher Art wie bei Tabes vorkommen, die man als Arthropathien bezeichnet. Meine eigenen Erfahrungen an anatomischen Präparaten beziehen sich nur auf tabische Gelenke. Es ist das Bild einer besonders schweren chronischen deformierenden Osteoarthritis, oft mit besonders raschem Verlauf. Die durch neben einander hergehende atrophische und hypertrophische Prozesse zu Stande kommende Umwandlung der Gelenke ist eine gelegentlich so erstaunliche, dass sie Virchow eine Karrikatur der Osteoarthritis deformans genannt hat. Die Inanspruchnahme des erkrankten Gelenkes spielt offenbar eine grosse Rolle dabei.

Je nach dem Entwicklungsstadium findet man anatomisch leichteste Veränderungen der Knorpeloberfläche oder ausgedehnten zentralen Schwund des Knorpels mit Wucherungen am Rande der Gelenke. In diesem Stadium fühlt man bei Bewegungen in dem betroffenen Gelenk ein mehr oder weniger deutliches trockenes Reiben, beim Betasten manchmal schon eine unregelmässige Verdickung um den Pfannenrand bzw. um den Gelenkkopf her. Eine äusserlich sichtbare Veränderung des Gelenkskontur braucht in diesem Stadium noch nicht vorhanden sein.

Dem Patienten kommt — und das sollte bei jüngeren Individuen immer den Verdacht auf ein Nervenleiden rege machen — die Gelenkerkrankung verhältnissmässig wenig zum Bewusstsein. Wird nur über eine grosse Schwäche in der Gliedmasse geklagt, das Reibegeräusch mehr gehört als gefühlt, erklärt

¹⁾ Die Erkrankungen der Gelenke bei Gliomatose des Rückenmarkes. D. Ztschr. f. Chir. Bd. 34 und Petersburger med. Wochenschrift 1891.

²⁾ Arthropathies syringomyéliques. Le progrès méd. 17, 1893.

³⁾ Ueber die Gelenkerkrankungen bei S. Btr. z. klin. Chir. 10. 1893.

das etwa anamnestisch vorhandene Trauma die Entstehung nicht ganz, und fehlt die Neigung zu rheumatischer Erkrankung, so wird man an eine syphilitische Affektion oder aber, wenn dies auszuschliessen ist, an ein ursächliches Nervenleiden wie Tabes oder Syringomyelie denken müssen.

Für Arthropathien in vorgeschritteneren Fällen ist eine einheitliche Beschreibung nur schwer zu geben, da das Ineinandergreifen von atrophischen und hypertrophischen Vorgängen an den Gelenken im Innern des Gelenkes die bizarrsten, oft schier unglaublichen Veränderungen setzt. Je nachdem diese Veränderungen mit oder ohne seröse Ergüsse in das Gelenk vor sich gehen, kommt es zu einer Erweiterung oder zu einer Schrumpfung der Gelenkkapsel. Zentraler Schwund der Gelenknorpel, knorpelige und knöcherne Wucherungen am Rande der Gelenkflächen, Verdickungen der Kapsel manchmal mit osteoiden oder kalkigen Einlagerungen, Osteophyten in der Nachbarschaft der Gelenke, Exostosen an den Enden der beteiligten Röhrenknochen können bei allgemeiner Verdickung und funktioneller Unbrauchbarkeit des Gelenkes der Palpation die schwierigsten Aufgaben stellen. Häufig ist eine ausserordentlich fehlerhafte Stellung der Knochen zu einander vorhanden, des Humerus zu Radius und Ulna, des Femur zu den Unterschenkelknochen. Man spricht deshalb von Subluxationsstellung, doch ist dabei die Stellung durch leichtes Zugreifen leicht veränderbar, man kann, wie oft bei einem Narkotisirten mit traumatischer Luxation im Schulter- oder Ellbogengelenk, die fehlerhafte Stellung korrigieren und Nb. ohne wesentlichen Schmerz für den Patienten wieder herbeiführen. Es kracht und knirscht dabei manchmal, wie wenn Fragmente an einander vorbei geschoben würden.

An solchen Gelenken kann es naturgemäss zu metastatischer Vereiterung kommen; den Arthropathien bei Nervenleiden speziell eigenthümlich aber ist die Spontanekrose der Haut und Bildung von Gelenkfisteln, an die sich dann Gelenkeiterung anschliessen kann (Chipault, Berndt-Lichtheim).

Die Theorien über das Zustandekommen dieser Gelenkerkrankungen bei Myelopathien werden so lange noch einander entgegenstehen, als wir über das Wesen der sogenannten trophischen Störungen überhaupt noch im Dunklen tappen. Gibt es besondere trophische Nervenbahnen oder nicht? Virchow hat entgegen der Charcot'schen Schule nicht eine rein neuropathische Entstehung angenommen, sondern wie Richard von Volkmann in der durch die Sensibilitätsstörungen und die Muskellähmungen bedingten Veränderung des Gelenkmechanismus die Ursache der Gelenkdeformationen gesehen. Dem steht freilich die Thatsache gegenüber, dass auch in manchen Fällen von Arthropathien bei Syringomyelie die Gelenke sehr schmerzhaft sind. Die Regel ist das aber nicht. Schlesinger hat (l. c.) nicht weniger als 227 Fälle von Arthropathie bei Syringomyelie zusammengestellt, und dabei gefunden, dass mindestens 80 Prozent auf die oberen Extremitäten entfallen, 20 Prozent auf die unteren, also gerade ein umgekehrtes Verhältniss, wie es Büdinger für die Tabes festgestellt hat. Ist bei dieser das Kniegelenk, das Hüft- und das Fussgelenk am häufigsten befallen, so ist es bei der Syringomyelie in erster Linie das Schultergelenk (unter 148 Fällen 52 mal), dann das Ellbogengelenk (39 mal), ferner das Handgelenk (22 mal) schliesslich erst das Knie (10 mal) (Schlesinger). Bei Syringomyelie ist die Arthropathie seltener als bei Tabes doppelseitig.

Für die Unfallpraxis ist es besonders beachtenswerth, dass vor Allem Schulterluxationen nicht selten bei Syringomyelie-Leidenden vorkommen, dass bei gehörig darauf gerichteter Aufmerksamkeit diese Verletzung als erstes Symptom auf diese Krankheit diagnostisch hinführen kann. Luxationen, die ohne

rechten Grund, ohne wesentliches Trauma, bei der Arbeit, beim Heben eines schweren Gegenstandes, bei einer jähen Kraftanstrengung, bei einem Hieb mit dem Arm und dergleichen entstehen, sollten uns immer darauf hinweisen, nach Sensibilitätsstörungen oder beginnenden Muskelatrophien zu fahnden. Liegt Syringomyelie vor, so sind die verhältnissmässig geringe Schmerzlosigkeit, die leichte Wiedereinrichtbarkeit der Luxation, aber auch die Relaxation weitere Hinweise auf ein Leiden des Zentralnervensystems. Sieht man sich die von Schlesinger mit ausserordentlicher Sorgfalt zusammengestellten Fälle von Arthropathie näher an, so bemerkt man indess, dass die Patienten in der Regel schon vor der traumatischen Veranlassung ihrer ernsteren Gelenkbeschwerden allerlei eigenartige Erscheinungen an dem betroffenen Gelenk gehabt haben, Anschwellungen in Folge serösen Ergusses nach Anstrengungen, Hitzegefühl um das Gelenk, Hautröthungen, Bewegungsbehinderungen. Fast immer aber weisen auch andere Erscheinungen, besonders die Folgezustände der Analgesie an den Händen (Panaritien, Verbrennungs-, Kontusionseffekte schleichende Fingergelenksveränderungen) mehr oder weniger deutlich auf das Grundleiden hin. Die Analgesie ist gelegentlich so vollkommen gewesen, dass sich die Patienten schmerzlos ihren Arm selbst ausrenken und wieder einrichten konnten, dass sie sich ihren Gelenkguss selbst mit irgend einem Instrument (Nagel, Scheere, Messer) eröffneten, worauf dann freilich die Vereiterung des Gelenks meist nicht ausblieb. Ja sogar die Gelenkresektion ist chirurgisch ohne Narkose ausgeführt worden. Kurz, es ist in den in der Literatur niedergelegten Beobachtungen ein ungemein buntes, wechselvolles Symptomenbild zu finden, welches jeden Arzt fesseln muss.

Hier wollen wir nur auf die versicherungsrechtliche Bedeutung der Gelenkerkrankung bei Syringomyelie zurückkommen unter Berücksichtigung der Literatur über dieses Leiden überhaupt und im Hinblick auf die eigene Beobachtung im Besonderen.

Nach meiner Auffassung werden bei der Begutachtung unfallverletzter Arbeiter folgende Gesichtspunkte aufzustellen sein:

Stellt man bei einem angeblich Unfallverletzten neben einem Gelenkleiden, mag es als traumatische Luxation imponieren, oder als einfache Arthritis mit geringen Veränderungen, Schaben, leichter Bewegungsbehinderung oder mit starkem, serösem Erguss oder mit schweren deformirenden Prozessen einhergehen, Symptome von Syringomyelie fest, so ist diese Krankheit als das ursächliche Moment für die Gelenkerkrankung in erster Linie anzusehen. Es ist dann aufs Sorgfältigste danach zu forschen, wie weit die Gebrauchsfähigkeit der betroffenen Gliedmasse schon vor dem angeblichen Unfall beschränkt war. Denn nicht eine direkt kausale Rolle spielt letzterer. Er kann ohne Zweifel nur als verschlimmerndes Moment in Frage kommen.

Darum wird es in zweiter Linie von ausschlaggebender Bedeutung sein, feststellen zu lassen, ob in dem von dem Verletzten als Betriebsunfall angesehenen Ereigniss wirklich ein Unfall im Sinne des Gesetzes, eine gewaltsame Einwirkung oder eine — und das wird besonders in Frage kommen — über das Mass der gewöhnlichen Arbeit hinausgehende plötzliche Ueberanstrengung vorliegt oder nicht.

Kein Vernünftiger wird sich wundern, wenn ein moderner Arbeiter, der in Folge eines chronischen, progredienten Nervenleidens trotz alles guten Willens zur Arbeit seine Erwerbskraft zusehendes schwinden fühlt, den geringfügigsten Anlass als Betriebsunfall darstellt, um statt der kleinen Invalidenrente die bessere Unfallrente für sich zu erlangen. In der Entscheidung der Frage: handelt es sich um einen Unfall oder nicht? liegt dann meistens der Schwerpunkt. Freilich hat nach

dem Gesetz nicht der Arzt als solcher darüber zu befinden, diese Entscheidung ist Sache der Berufsgenossenschaft und der weiteren Instanzen im Rentenstreitverfahren, des Schiedsgerichts, des Reichsversicherungsamtes. Aber ohne den ärztlichen Sachverständigen zu hören, wird man bei einem so komplizierten Leiden wie dem vorliegenden doch ganz gewiss nie auskommen.

Wer sich einen Fall wie unseren Fall K. ansieht, mit den schweren Veränderungen auch an anderen Gelenken als an dem angeblich verletzten, mit der zweifelsohne schon Jahre lang vor dem Unfall vorhanden gewesenen deformirenden Ellbogenerkrankung, mit den zugestandenermassen seit Jahresfrist gebrauchsunfähigen Händen, der wird leicht zu dem Schluss kommen, der gegenwärtige verschlimmerte Zustand des Gelenks ist in ganz naturgemässer Fortentwicklung des alten Leidens entstanden. Der Umstand, dass der Zeuge alsbald nach der angeblichen Verletzung schon die Verdickung des Ellbogens bemerkte, der Umstand ferner, dass K. trotz des plötzlichen Eintritts der Gebrauchsunfähigkeit seinen Kassenarzt in Anspruch zu nehmen unterliess, lässt annehmen, dass die traumatische Verschlimmerung in Wirklichkeit keine sehr erhebliche gewesen sein kann. Aus allen diesen Gründen war auch ich mir lange im Zweifel, ob man eine wesentliche Verschlimmerung und diese als Unfallsfolge annehmen sollte. Für den positiven Ausfall meiner Erwägungen waren erstens massgebend die Thatsache, dass der ohnehin wenig verdienende Mann, dessen Arbeitslust nach seiner ganzen Art nicht zu bezweifeln ist, die Arbeit deunoch vollständig aussetzte. Man kann nicht umhin, daraus auf die plötzlich einsetzende Gebrauchsunfähigkeit zu schliessen. Der Mann hat bis zu dem angeblichen Unfall noch einen bodenbeladenen Karren schieben und umkippen können. Sein rechter Arm war dazu trotz der Fingerverkrümmungen noch im Stande, nach dem angeblichen Unfall war er es nicht mehr.

Ist nun der Unfall, wie ihn K. schilderte, wirklich als ein Betriebsunfall im Sinne des Gesetzes anzusehen? Das ist, generell betrachtet, in einschlägigen Fällen die Kernfrage. Man wird sie jedesmal sorgsam erwägen müssen. Auch in unserem Falle konnte man zweifelhaft sein, ob ein Unfall vorlag, so lange es hiess, K. habe beim Umkippen der Karre gemerkt, dass ihm Etwas im Ellbogen passirt sei. Denn dieses Umkippen muss als eine alltägliche Arbeit angesehen werden. Wenn man aber die Angabe für richtig hinnimmt — und es ist kein Grund, dies nicht zu thun — dass K. auf die flache Hand gefallen sei, dann liegt eine indirekte Gewalteinwirkung vor, die, wie gering sie auch gewesen sein mag, als ein Betriebsunfall angesehen werden muss, geeignet, den Zusammenbruch des morschen Gelenks herbeizuführen. Es ist also in solchen Fällen, um es noch einmal kurz zu wiederholen, erstens festzustellen, dass eine wesentliche Verschlimmerung in der That eingetreten ist und zweitens, dass der angebliche Unfall wirklich ein solcher im Sinne des Gesetzes und geeignet war, die Verschlimmerung herbeizuführen.

Bezüglich der Entschädigung eines solchen Verletzten noch ein Wort. Es kann kein Zweifel sein, dass trotz der überreichen anderweitigen Funktionsstörungen an der rechten oberen Extremität (Versteifung der Finger in Beugstellung, schwerer Atrophie der kleinen Hand- und der Oberarmmuskeln) dem Patienten der Verlust der ganzen Hand bzw. des Armes entschädigt werden muss. Freilich war von der Gebrauchsfähigkeit der Gliedmasse nicht mehr viel vorhanden, aber dies Wenige reichte immerhin aus, um ihn noch einen, wenn auch kargen Lohn verdienen zu lassen. Da die Rente sich

ja nach dem geringen Jahresarbeitsverdienst berechnet, so sind ohnehin die 60 Prozent keine grosse Entschädigung.

Es liesse sich noch Manches über die ätiologischen Verhältnisse dieses Falles sagen, bei dem fast alle von den Autoren überhaupt angeführten Momente vorliegen (Infektionskrankheit im Kindesalter, Pocken, schwere Arbeit mit häufigen kleinen und vielen schweren Traumen, Arbeiten im Nassen). Doch gehört dies nicht zum Thema. Aber auf eins sei noch Rücksicht genommen, auf die Thatsache, dass von einem überaus gründlich untersuchenden Kollegen die Diagnose Fraktur im rechten Ellenbogengelenk gestellt worden ist. Diese Auffassung der Verletzung vom 19. Oktober 1900 ist nicht ganz irrthümlich, aber doch auch gewiss nicht ganz zutreffend. Eine traumatische Fraktur sensu strictiori ist es nicht. Der Klassiker der Frakturen und Luxationen Malgaigne unterscheidet traumatische und pathologische Luxationen und Frakturen. Man kann in diesem Sinne allenfalls von einer pathologischen Luxationsfraktur im Ellbogengelenk bei unserem Falle sprechen. Das geringfügige Trauma hat nicht zu einer Fraktur der Knochen, vielmehr zu einer Zertrümmerung der pathologischen Neubildungen im Gelenk geführt; die Stalaktiten und Osteophyten, welche vielleicht dem Gelenk noch einen gewissen Zusammenhalt gaben, brachen krachend zusammen, das Schlottergelenk entstand in dem Augenblick, als die schwachen und morschen Stützen fehlerhafter Neubildung barsten. Es erscheint mir deshalb korrekter, die Diagnose Fraktur oder Luxation in solchen Fällen möglichst zu vermeiden. Eine Fraktur, der ein Knochensarkom zu Grunde liegt, ist eben doch ganz etwas Anderes bezüglich der Prognose sowohl wie bezüglich der Behandlung, als ein traumatischer Knochenbruch im engeren Sinne.

Was die Prognose bei solch plötzlichem Zusammenbruch kranker Gelenke bei Syringomyelie anbetrifft, so sollte man die Rente dafür doch nicht ohne Weiteres als eine unabänderliche ansehen. Ist das Rückenmarksleiden an sich wenig progredient und besonders die Muskelatrophie nicht zu stark, dann kann sich im Laufe von Monaten und Jahren das geborstene Gelenk wieder recht gut einrichten. Die rauhen, entarteten Gelenkflächen schleifen sich bei dem Gebrauch des Gelenks ab und es kann ein Grad von Funktionstüchtigkeit erreicht werden, womöglich ein besserer, als er vor dem letzten Unfall vorhanden war.

Mit therapeutischen Massnahmen wie mediko-mechanischen Uebungen sollte man sehr vorsichtig sein. In absehbarer Zeit Etwas zu erreichen, ist nicht wahrscheinlich, die Gefahr passiver Uebungen aber nicht ganz gering. Auch die Anlegung von Bandagen ist bei bestehender Analgesie und Neigung zu Drucknekrose der Haut eine sehr fragwürdige Massnahme. Die in der Regel vorhandene Schmerzlosigkeit ermöglicht den Patienten, selber die kranken Gelenke zu üben; die geschwächten Muskeln werden, da ja Massage auch ihre Schattenseiten hat (Furunkulose etc.) sich bei diesen Selbstübungen auch am besten befinden. Das Nil nocere sollte aber ganz besonders auch oberster Grundsatz sein, wenn es sich um die Frage handelt, ob man chirurgisch gegen solche Gelenke vorgehen soll mit Drainage, Inzision, Resektion. Es ist eine Erfahrungsthat sache, dass sich über kurz oder lang derartige Gelenke selbst wieder im Gebrauch zurechtschleifen und dass andererseits operative Eingriffe an den Gelenken von Syringomyelie leidenden schwere Infektionen im Gefolge hatten. Die Uebungsbehandlung wird also vor jeder anderen in Betracht zu ziehen sein.

Aus der Grossherzoglichen Landes-Irrenanstalt
Hofheim.

Tod durch einen im epileptischen Krampfanfall entstandenen Schädelbruch; Zerrei ssung der meningea media, extradurales Hämatom.

Von

Dr. K. Osswald,

Oberarzt der Landesirrenanstalt.

Knochenbrüche und Verrenkungen im epileptischen Krampfanfall, durch die Gewalt des Sturzes entstanden, sind bekanntlich nicht gerade häufig und lassen sich durch sorgfältige Ueberwachung derartiger Kranker nahezu vermeiden. Aus der hiesigen Anstalt kann ich mich bei einem dauernden Bestand von circa 96 Epileptikern mit sehr häufigen Krampfanfällen innerhalb 7 Jahren, abgesehen von vorliegender Beobachtung, nur zweier verschiedener durch Krampfanfälle entstandener Knochenbrüche erinnern, welche letztere überdies noch einen und denselben Kranken betrafen, dessen Knochen, wie auch die Sektion später erwies, eine erhöhte Brüchigkeit besaßen. Vermöge seiner zahlreichen mehr minder gut verheilten Frakturen bildete derselbe geradezu eine pathologisch anatomische Sehenswürdigkeit. Es fanden sich bei ihm intra vitam die Spuren von Brüchen beider Schenkelhalsknochen, beider Schlüsselbeine, eines Bruches des linken Radius, des rechten Oberarmknochens mit Eindringen ins Schultergelenk und des ersten linken Mittelhandknochens, wegen deren er zu verschiedenen Malen in früheren Jahren nach der Krankengeschichte ärztlich behandelt wurde. Die Obduktion wird seinerzeit wohl noch eine Reihe von jetzt nicht diagnostizierbaren alten Rippenbrüchen ergeben — so dachte ich beim Entwurf dieser Arbeit — und dies hat sich bestätigt, denn es fanden sich bei der kürzlich vorgenommenen Leicheneröffnung nicht weniger als 8 mit ganz geringem Kallus verheilte Rippenfrakturen.

Ganz ausserordentlich selten im Vergleich mit Brüchen vorgenannter Art müssen dagegen Schädelbrüche im epileptischen Anfall entstehen. Es ist dies um so mehr zu verwundern, wenn wir bedenken, wie häufig trotz aller Vorsichtsmassregeln Weichtheilverletzungen am Gesicht und behaarten Kopf, hauptsächlich an den vorspringenden Theilen durch das Hinschlagen während der Anfälle zu Stande kommen. Die im Gefolge derselben entstehenden zahlreichen Narben sind für den kundigen Arzt manchmal ein werthvolles diagnostisches Hilfsmittel, indem sie ihn auch ohne sonstige Anamnese auf das Vorhandensein epileptischer Anfälle hinweisen müssen. Manche Epileptiker stürzen fast regelmässig purzelbaumartig und mit grosser Gewalt immer wieder auf dieselben Stellen und die bei solchen zum Schutz gegen Beschädigungen bisweilen angebrachten Hauben oder Mützen vermögen sicher nicht die Seltenheit von Knochenverletzungen des Schädels zu erklären.

Beim Durchmustern der Literatur habe ich nur bei Féré*) einen Schädelbruch, vermuthlich durch einen Krampfanfall entstanden, erwähnt gefunden. Derselbe schreibt: „Ich selbst habe einmal bei der Sektion einer alten Epileptikerin (er machte lange Zeit die Sektionen an der Salpetriere und darunter die zahlreicher alter Epileptiker) eine Fraktur des Schädeldaches gefunden, von der Niemand etwas geahnt hatte. Diese Fraktur ging durch einen Fleck symmetrischer seniler Atrophie beider Seitenwandbeine und war nur schlecht geheilt.“ Die Seltenheit der auf solche Weise entstandenen Schädelbrüche rechtfertigt an sich schon die Veröffentlichung eines

*) Féré. Die Epilepsie, Monographie 1897 p. 444.

in der hiesigen Anstalt beobachteten derartigen Falls, um so mehr, als derselbe einen vollkräftigen jungen Mann betraf. Für den Gerichtsarzt kann es unter Umständen von Werth sein, sich der Möglichkeit dieser Genese zu erinnern.

J. W. 29jähriger sehr kräftig gebauter Küfer, 75 Kilo schwer, war, trotzdem er seit seinen Lehrjahren an epileptischen Krampfanfällen litt, Soldat gewesen und befand sich wegen epileptischen Schwachsinn seit 15. Sept. 1898 in der hiesigen Anstalt. Monatlich traten 4—6 Anfälle auf, bei denen er sich seither nie ernstlich verletzt hatte. Die Krämpfe waren gewöhnlich über den ganzen Körper verbreitet, von mehr klouischem Typus und dauerten 5—10 Minuten an. Am Morgen des 13. April 1900 bekam er, erregt im Saal hin und hergehend, einen Krampfanfall, er schlug bei demselben ganz plötzlich noch im Gehen und mit hörbarem Krach mit dem Hinterkopf auf den Parkettboden auf; mit gespannten Gliedern lag er einige Minuten am Boden und hatte geringe Blutung aus Mund und Nase. Nachdem er bald darauf einigermaßen wieder zu sich gekommen war, wurde er von zwei Wärtern zum Abwaschen weggeführt, wobei er deren Hände an seinen Mund zu ziehen suchte und nach ihnen biss. Als Letzteres ihm nicht gelang, biss er sich in seinen eigenen Arm, wie er es früher bei ähnlichen Gelegenheiten schon gethan hatte. In den Saal zurückgeführt, ging er einigemal allein hin und her, setzte sich dann auf den Fussboden, trank ihm gereichten Kaffee nicht, sondern legte sich bald um und spuckte nach kurzer Zeit blutige Brocken aus, worauf er nach ärztlicher Anordnung im Wachsaal zu Bett gebracht wurde. Nicht lange darnach wurde er bewusstlos, fiel aus dem Bett heraus, war sehr blass im Gesicht, hatte Cheyne-Stokes'sches Athmen, Zuckungen in der Muskulatur aller Glieder; Lähmungerscheinungen fehlten gänzlich. Linke Pupille weit, rechte ganz eng, beide reaktionslos, die Zähne fest aufeinander gebissen, Puls 84; gegen 12 Uhr mittags 68 regelmässig; nach 1 Uhr hörte das unregelmässige Athmen auf, um 3¹/₄ mittags erfolgte der Tod, ohne dass Patient noch einmal das Bewusstsein erlangt hatte. Eine Schädelfraktur mit Bluterguss wurde vermuthet, aber ehe man sich zu einem Eingriff entschlossen hatte, war der Kranke verstorben.

Die Sektion, am 14. April, morgens 7 Uhr vorgenommen, hatte folgendes Ergebniss: Pupillen mittelweit, etwa gleich, an den weichen Schädeldecken aussen nichts Abnormes, keine Verletzung, keine Beule. Nach ihrem Zurückschlagen zeigt sich einen Querfinger hinter dem linken Ohr, dem unteren Theil der linken Lambdanaht entsprechend, die allenthalben sehr blutreiche und stellenweis von kleinen Blutungen durchsetzte Kopfschwarte in fast Handtellergrösse schwarzroth verfärbt; die Galea daselbst zackig eingerissen. Die Schläfenmuskulatur und das Unterhautzellgewebe beim Einschneiden links diffus blutig durchtränkt. Schädeldach symmetrisch, Knochen normal dick, Nähte fast verschwunden, nur an der Lambdanaht Zeichnung noch etwas sichtbar.

Nach Abnahme des Schädeldaches findet sich in der linken Schläfengegend zwischen Schädelknochen und dura ein grosses festes Blutgerinnsel, dasselbe ist durch den Sägeschnitt, bei dessen Anlegen sich ziemlich viel Blut entleerte, quer in zwei Hälften zerlegt; die obere sitzt hauptsächlich der Innenseite des linken Seitenwandbeins fest an, hat von vorn nach hinten einen Durchmesser von 6¹/₂, eine Dicke von 1—2 cm, ist nach oben scharf bogenförmig begrenzt und bedeckt die Verzweigungen der meningeae media. Nur ein kleiner Theil der oberen Hälfte bleibt der dura aussen anhaften. Die untere Hälfte setzt sich, allmählich schmaler werdend, doch an Dicke bis über 2 cm zunehmend, in die linke mittlere Schädelgrube fort und erfüllt dieselbe in ihrem unteren Theil fast ganz.

Das ganze Blutkoagulum hat ungefähr die Gestalt einer halben Birne, deren Stil in der mittleren linken Schädelgrube liegt. Dura stark gespannt, Gefässe wenig gefüllt, oberer Längssinus leer.

Innenfläche der harten Hirnhaut links überall glatt, die dem Blutgerinnsel anliegenden Hirntheile abgeflacht und eingedrückt. Auf der rechten Seite trägt die dura innen einen über alle drei Schädelgruben verbreiteten, den Sägeschnitt um ca. einen Querfinger nach oben überragenden ganz feinen blutigen frischen Beschlag. Die linke Schädelbasis ist von einer Fraktur durchsetzt, die von hinten nach vorn gerechnet folgendermassen verläuft:

Nahe der protuberantia occipitalis interna beginnen zwei feine Risschen der tabula interna, welche sich bald in dem unteren Theil der linken Lambdanaht vereinigen; letztere ist gesprengt, lässt sich leicht weiter auseinander drängen. Dann verläuft der Riss in der Naht zwischen linkem Seitenwand- und Felsenbein, verlässt dieselbe aber bald, sprengt die Schläfenbeinschuppe vom Felsenbein und geht auf die Schädelbasis über, die arteria meningeae media kurz vor ihrem Eintritt in die Schädelhöhle kreuzend. Dieser letzteren Stelle entsprechend lassen sich in der Wand der Arterie durch Aufblasen zwei feine Risschen nachweisen, ein kleines Aestchen derselben ist ferner durchgerissen.

Weiche Häute durchsichtig, Gefässe stark gefüllt.

An den durch das Blutgerinnsel eingedrückten Rindenpartien mehrere linsen- bis bohnenförmige Substanzverluste; das Gewebe ist daselbst erweicht, breiartig und in grösserer Ausdehnung reichlich durchsetzt mit feinen Blutpünktchen. Gleichartige umschriebene Gewebsveränderungen finden sich an der linken unteren und mittleren Stirnwandung und Olfaktoriusgegend. Hirngewicht 1420 g. Klein-Hirn 145 g schwer.

Diagnose: Fractura baseos cranii, extradurales Hämatom durch Anriss der art. meningeae med. sin. entstanden, partielle Zertrümmerung und Erweichung der Substanz des linken Schläfen-, Stirn-, Riechlappens etc.

Der Obduktionsbefund giebt eine vollständige Aufklärung über das Bild, welches Patient bald nach dem Sturz bot. In Folge des allmählich sich vergrössernden Hämatoms ausgesprochene Zeichen von Hirndruck und schliesslich der Tod. Aus den vorhandenen Symptomen war die Diagnose mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit zu stellen, der rasch erfolgende Tod setzte dem nöthigen chirurgischen Eingriff ein Ziel.

Es ist nun keineswegs alltäglich, dass bei einem jungen vollkräftigen Menschen mit festen Knochen durch einen Sturz auf ebener Erde ein solcher Schädelbruch zu Stande kommt. Dies muss uns veranlassen, noch einmal dem Mechanismus der Fraktur nachzugehen. Nach den übereinstimmenden Angaben des Wartpersonals ist Patient, während dem er hin- und herging, plötzlich von einem Krampf befallen worden und sofort zu Boden gestürzt. Die kolossale Gewalt des Falls kann ich mir nur so erklären, dass der Kranke, plötzlich von Streckkrampf der Rückenmuskulatur befallen, dadurch hinten übergerissen wurde und so mit der ganzen Wucht seines vollen Körpergewichts (75 Kilo!) direkt mit dem Hinterkopf auf das Parkett aufschlug. Auffällig ist allerdings dabei wieder, dass die Schädelweichtheile keine Verletzung, ja nicht einmal eine Beule trugen, wofür ich eine plausible Erklärung nicht zu geben vermag, vielleicht ist die Beulenbildung durch den Druck des Kopfes in der Bettrückenlage hintangehalten worden.

Die an mehreren Stellen entfernt von dem Angriff der äusseren Gewalt gefundenen umschriebenen Zertrümmerungen der Hirnrinde eröffnen uns eine interessante Perspektive auf die anatomische Grundlage und Entstehung von im Gefolge

von Schädeltraumen, die beunruhigende Erscheinungen zunächst nicht verursachten — sich allmählich entwickelnden Geistesstörungen. Es scheint mir nämlich recht wohl möglich, dass von solchen, anscheinend geringfügigen, Herd- oder Allgemeinerscheinungen kaum bedingenden Gehirnläsionen später Gewebsveränderungen ausgehen, welche dann das anatomische Substrat solcher Psychosen bilden. *)

Ueber einen chirurgischen Fall von eiteriger Thrombophlebitis.

Von

Dr. med. O. Hartmann-Cassel,

Spezialarzt für Chirurgie in Cassel, früher Privatdozent für Chirurgie an der Universität Jena.

Fälle von eiteriger Thrombophlebitis an den Extremitäten sind für den Chirurgen recht seltene Befunde, nur vereinzelt bilden sie das Ergebniss einer Operation und verdienen deshalb wohl beachtet zu werden.

Es handelt sich in unserem Falle um ein 14jähriges Mädchen, das akut an einem Panaritium peritendinosum erkrankte und spät am Abend des 21. Januar 1900 die chirurgische Klinik zu Jena aufsuchte.

Die Krankengeschichte ist folgende: Pat. hatte sich angeblich vor 8 Tagen beim Waschen im kalten Wasser eine kleine Schrunde am linken Zeigefinger zugezogen. Tags darauf soll sich an dieser Stelle ein kleines Bläschen gebildet haben, das nach Verlauf von weiteren 24 Stunden aufgebrochen sei. Es blieb ein kleiner Substanzverlust zurück, der Pat. Schmerzen verursachte, permanent Eiter absonderte und trotz zweimaliger Inzision von Seiten eines Arztes keine Heilungstendenz zeigte. Da der Finger immer mehr anschwellt und die Schmerzen erheblicher wurden, begab sie sich in die klinische Behandlung.

Status: Sonst gesundes Mädchen mit einem enorm geschwellenen linken Zeigefinger, namentlich im Verlaufe der Strecksehne bis zum Metacarpophalangealgelenk. Hier finden sich einige fistulöse Gänge, die auf Druck Eiter entleeren. Das Gebiet der Beugesehne war weniger geschwellen, nicht druckempfindlich. Es war auch Flexion in geringem Grade möglich. In den Interphalangealgelenken keine Krepitation. Handrücken und unteres Drittel des Unterarmes auf der Dorsalseite geröthet, geschwellen, am anderen Morgen auf Druck sehr empfindlich. Keine Drüsen in der Achselhöhle.

Da die Temperatur am anderen Morgen 39,0 Grad betrug, sich auch ein Schüttelfrost eingestellt hatte, schritt ich sogleich im Glauben, eine gewöhnliche eiterige Phlegmone, ausgehend von einem Panaritium peritendinosum vor mir zu haben, zur Operation in Chloroformnarkose.

Längsschnitt im Verlaufe der Strecksehne, die gänzlich vereitert, aber nur wenig nekrotisch war. Im Gebiet der Grundphalanx befand sich radialwärts eine Senkungstasche, die auf Druck stossweise reichlich Eiter entleerte. Es wurde die darüber befindliche Haut mittelst Scheerenschlages durchtrennt. Da noch weiter auf Druck Eiter, scheinbar aus dem Metacarpophalangealgelenke kommend, hervorquoll, versuchte

*) Diese Anschauung finde ich nach Schluss der Arbeit auch von anderer Seite geäußert und zwar von De Buk und van der Linden in einer Arbeit: „Lésion cérébrale par contrecoup“, (Annales de la Société belge de Neurologie, 31. III. 1900, Referat im neurolog. Zentralblatt 1901, No. 19).

Ferner bei Koeppen: Ueber Erkrankung des Gehirns nach Trauma (Arch. f. Psych. u. Nervenkrankheiten 1901, XXXIII. Referat ebendasselbst).

ich, eine Sonde nach oben hin in das betreffende Gelenk hineinzuführen. Wie überrascht aber war ich, als die Sonde sich glatt in einem Hohlraume ohne Widerstand bis zum Uebergange des unteren zum mittleren Drittel des Vorderarmes hinaufbewegte. Mein erster Gedanke war, ich hätte durch etwas bruskes Vorgehen eine vielleicht schon vom Eiter arrodirt Vene mit der Sonde perforirt und nun infektiöses Material direkt in den Blutkreislauf hineintransportirt. Ich schnitt sogleich auf die Sonde ein und überzeugte mich, dass sich die Sonde thatsächlich in einem dilatirten Venenlumen befand, das mit Eiter vollkommen ausgegossen war. Der Schnitt wird nun dem Verlaufe der Vene, der Cephalica, entsprechend weit nach oben hin verlängert, um dieselbe genügend frei präpariren und exstirpiren zu können. Ich fand überall in der Vene denselben eiterigen Inhalt, was sich schon äusserlich durch die grünlich gelbe Farbe dokumentirte, und erst im Bereiche des oberen Drittels des Vorderarmes geht der flüssige Eiter allmählich in eine solidere, das Venenlumen ausfüllende Thrombusmasse über, und zentralwärts von demselben im Gebiet des Ellbogengelenkes, kurz bevor sich die Vene in zwei aufwärts verlaufende Venenäste theilt, schimmert durch die jetzt dünnere Wandung flüssiges Blut durch. Hier wird die Vene im obersten Wundwinkel unterbunden. Einen ähnlichen Inhalt führen auch zwei grössere Seitenäste, die sich als schmutzig graue Stränge präsentiren und schräg über die Streckseite des Vorderarmes resp. Handrückens ziehen. Um auch diese Venen verfolgen zu können, erweist sich die Ablösung der Haut in noch grösserer Ausdehnung als nothwendig. Diese Venen werden bis zu ihrer kleinsten Verästelung verfolgt, unterbunden und dann das Venengeflecht in toto exstirpirt. Das Unterhautzellgewebe ist sulzig, ödematös, infiltrirt. Nach sorgfältiger Blutstillung Ausstopfen mit steriler Gaze. Verband auf Dorsalschiene. Am Tage post op. 39,3; dann fällt die Temperatur staffelförmig ab.

Der weitere Wundverlauf bietet nichts Bemerkenswerthes. Am 24. Februar 1900 wird Pat. auf Wunsch mit einer fingerbreiten, granulirenden Wunde entlassen.

Es ist eine längst allgemein anerkannte Thatsache und auch in der Literatur häufig beschrieben, dass bösartige Geschwülste, und unter diesen namentlich das kleinzellige Sarkom, in benachbarte Venen hinein perforiren, um sich dann in den von der Natur vorgezeichneten Bahnen mit Blitzesschnelle in dem Körper zu verbreiten, wobei die Tumormassen mehr oder weniger vollständige Ausgüsse der verzweigten Gefässe darstellen. Dieses Vordringens bösartiger Tumoren ist bereits häufig, wie gesagt, in der Literatur gedacht, und es sind auch die mannigfaltigsten Fälle zusammengestellt, in denen die Venenwandung soeben arrodirt ist, bis zu solchen, bei denen von einer eigentlichen Venenwandung nichts mehr übrig geblieben ist.

In ähnlicher Weise, wie die malignen Tumoren können aber auch die akuten Eiterungsprozesse ihre Verbreitung im Organismus finden, wovon unsere soeben mitgetheilte Krankengeschichte ein beredtes Zeugniß abgibt. In solchen Fällen werden die Eiterkokken nicht vereinzelt auf dem Wege der Lymphbahnen fortgeschwemmt und nicht erst nach dem Passiren mannigfacher Lymphdrüsen, die als natürliche Filter dienen, in der Nähe des Zentralorgans, des Herzens, dem Blutkreislaufe übermittelt, sondern es dringt der Eiter hier kontinuierlich von einem grösseren oder kleineren Herde aus gegen benachbarte Gefässe, namentlich gegen die Venen mit ihrer dünneren Wandung vor, um sich auf diesem direkten, präformirten Wege in dem Körper zu verallgemeinern, was unter Umständen mit weit grösseren Gefahren verbunden ist, da

hier dann dem Vordringen der Mikrokokken keine unüberwindlichen Schranken sich in den Weg stellen.

In unserem Falle hatte sich nach einer angeblich ganz geringfügigen Verletzung eine peritendinöse Phlegmone des linken Zeigefingers gebildet, die sich im Verlaufe weniger Tage nach dem Anfangsstamm der Vena cephalica, dem Hauptabzugskanale für das venöse Blut des I. und II. Fingers, ausgedehnt hatte, so dass schliesslich diese Vene an einer circumscripten Stelle vom Eiter gleichsam umspült ist und als das am meisten widerstandsfähige Gebilde quer durch einen Eiterherd verläuft.

Es besteht also hier eine Analogie mit der Phlebitis umbilicalis bei Neugeborenen, bei der die Eiterung von der infizierten Nabelwunde aus in dem perivaskulären Bindegewebe entsteht und von dort erst allmählich auf das Gefäss übergreift.

Die bedrängte Vene wehrt sich nun gegen den vordringenden Eiter mit allen Hilfsmitteln, die ihr zu Gebote stehen, bis die am wenigsten resistente Adventitia nicht mehr gehörigen Widerstand zu leisten vermag. Doch, um mit Riedel zu sprechen, wie die Belagerten in einer Festung nach der Zerstörung der äusseren Bollwerke Erdwälle und Schanzkörbe an der Innenseite der Befestigungsmauer aufwerfen, um so die vom Feinde zugefügten Schäden wieder auszubessern, in ganz ähnlicher Weise verschafft sich auch die Vene, indem sie ihre Innenschicht, die Intima, durch Wucherung ihrer Endothelzellen verstärkt, Schutz.

Wenn eine derartige Proliferation der Intima, die mikroskopisch einem mehr geschichteten Plattenepithel nicht unähnlich sieht, schon an sich die Widerstandsfähigkeit der Gefässwand gegen die vordringenden Infektionskeime bedeutend erhöht, so wirkt sie auch noch in anderer Weise segensreich, indem hierdurch in hohem Masse und namentlich bei entzündlicher Wandung — die Adventitia ist ja bereits in Mitleidenschaft gezogen — die Bedingungen zur Bildung eines Thrombus gegeben sind.

Diese Thrombosierung ist das äusserste Mittel, das in der Natur der Vene selbst liegt, und genügt meistens auch, die Gefahr der plötzlichen Generalisirung der Noxe hintanzustellen. Indem hierdurch das Venenlumen durch einen Gerinnungspfropf hermetisch gegen die eindringenden Infektionskeime verschlossen wird, dient sie als die letzte, aber auch als die sicherste Schutzbarriere, die ein plötzliches Ueberschwemmen des Blutkreislaufes mit Eiterkokken verhindern soll. Durch diesen Gefässpfropf wird der von den Kapillaren herkommende Blutstrom in die in der Nähe befindlichen kollateralen Venen verlegt, so dass nunmehr in dem zentralwärts vom Thrombus gelegenen Gefässabschnitte die Zirkulation sistiren muss.

Hat sich einmal im Venenlumen ein Gefässpfropf an einer circumscripten Stelle gebildet, so wird die ganze Blutsäule in dem betreffenden Venenabschnitte erstarren. Der Thrombus wächst zunächst in der Richtung des Blutstromes, also in der Vene zentralwärts bis zum nächsten grösseren Seitenaste, in dem die Blutströmung noch erhalten ist.

Setzen sich nun um das Thrombusende, das sich in dem Hauptvenenstamm nach und nach bis zu der Einmündungsstelle eines Seitenastes vorgeschoben hat, aus dem vorbeifliessenden Blute organische Bestandtheile an, unter denen die Blutplättchen die Hauptrolle spielen, an, so kann dasselbe auch schliesslich die Mündung dieses Seitenastes verlegen, so dass dann das von den Kapillaren herkommende Blut auch in diesem Seitenaste stagniren muss.

Die Folge dieser Stagnation ist ebenfalls eine Gerinnungsthrumbose der in dem Seitenaste befindlichen Blutsäule, jedoch nicht im Sinne der Blutzirkulation, sondern in retrograder Richtung, der Blutströmung entgegen, die sich hin-

wiederum durch allmähliche Pfropffortsetzung bis in die kleinsten Verzweigungen fortpflanzt.

In unserem Falle sind auf diesem Wege sogar zwei grössere Seitenäste, der eine schräg über den Handrücken, der andere in fast paralleler Richtung über die Streckseite des Vorderarmes der allmählich retrograd fortschreitenden Thrombosierung anheim gefallen, so dass sie als rundliche, starre Stränge sich präsentiren.

Denselben Veränderungen, die ein Blutgerinnsel in den verschiedensten Hohlorganen durchmacht, ist auch der Thrombus im Gefässlumen unterworfen. Es kann entweder der Thrombus von der Venenwandung aus durch hineinwachsende Gefässe und Granulationszellen organisirt werden, oder er kann bei Anwesenheit von Mikroorganismen, denen er ja als willkommenes Nährsubstrat dient, je nach der Spezies von einer eiterigen oder jauchigen Entzündung befallen werden. Denn da zugleich mit der Thrombosierung des Gefässes die Venenwandung zum grössten Theile von der Ernährung ausgeschaltet wird, ist auch ihre Widerstandskraft gegenüber den im Eiter vordringenden Mikrokokken gebrochen, allerdings in einem Zeitpunkte, in dem die plötzliche Generalisation der Noxe durch die Verschliessung der Vene in sich selbst in schöner Weise gehemmt ist. Die Thrombusmasse im Lumen der Vene wird nun entweder auf dem Wege der Perforation der Wandung, wie in unserem Falle, von dem umgebenden Eiter infiziert, oder die Eiterkokken dringen diapedetisch durch die lymphatischen Räume des in der Ernährung geschädigten und deshalb weniger resistenten Gewebes in das Innere hinein. Man findet dann in der Vene anstatt der guten, festen Thromben weiche, zerfallene, gelblichroth gefärbte Massen, die von einer ebenfalls gelblich gefärbten, verdickten Wandung umgeben sind.

Der Inhalt einer solchen ergriffenen Vene ist ganz besonders für den Nachweis von Mikrokokken geeignet; die ganze das Gefäss ausfüllende Masse bestand fast lediglich aus Staphylokokken, denselben, die ich auch in dem Eiter der peritendinösen Phlegmone fand. Die Wandung der Venen war in ihrer Totalität verdickt, geschwollen, aufgelockert und namentlich die Media von Leukocyten durchsetzt, und häufig konnte ich auf den verschiedenen Querschnitten in den Lymphbahnen der Media die nährlichen Kokken nachweisen, ein Beweis, dass es sich nicht nur um ein im Lumen der Vene sich befindliches infektiöses Fluidum, sondern auch um eine echte konsekutive Phlebitis handelt.

Zweigen sich, wie in unserem Falle, von diesem Hauptstamme kleine Gefässe, die bereits der Thrombose anheimgefallen sind, ab, so bleiben auch diese unter der Einwirkung der Mikroorganismen von der puriformen Erweichung nicht verschont, so dass der Eiter demnach auf natürlichem, anatomischem Wege, hier in retrograder Richtung, bis in die Muskulatur seine Verbreitung findet und in der Tiefe hinwiederum zu multipler Abscessbildung, indem die Kokken hier umgekehrt von innen nach aussen auf dem Wege der vasa nutritia und dann durch die Lymphspalten die Venenwandung durchdringen, Veranlassung geben kann. Denn da die subkutanen Venen an vielen Orten mit den tiefen anastomosiren und auch häufig kleine Aeste durch die Vorderarmfascie in die Tiefe senden, so werden in allen Theilen der von den befallenen Gefässen versorgten Muskulatur immer von Neuem unter Ansteigen der Temperatur Abscesse entstehen, die das Leben des Patienten in schwere Gefahr bringen können. Denn unter solchen Verhältnissen ist die Verallgemeinerung des Eiters im Organismus eine ungleich grössere. Es erfolgt der Import des Giftes jetzt nicht mehr allein auf dem Blutwege, sondern der Eiter nimmt von multiplen Herden aus zwischen den Muskelinterstitien und

den Sehnenscheiden entlang seinen typischen Weg, dringt vom Vorderarme nach oben hin bis zum Ellbogengelenk empor, überall das Gewebe verzehrend, ja bisweilen die Vorderarmknochen bloslegend. Das reichlich entwickelte Muskellager der oberen Hälfte des Vorderarms giebt ja vielfach Gelegenheit zu weit gehenden Eitersenkungen und starken Anschwellungen.

Unser Fall war zum Glück noch nicht von derartiger Schwere, die Operation war hier noch im rechten Momente erfolgt. Beim Zurückpräparieren der Haut nach beiden Seiten hin, um die zwei Seitenäste gehörig freizulegen, erwies sich hier eine diffuse Entzündung, die sich durch eine an verschiedenen Stellen mehr oder weniger ausgedehnte, sulzige Infiltration des lockeren Gewebes charakterisirte, nur auf das Subkutangewebe beschränkt.

Was die Therapie dieser eiterigen Thrombophlebitis anlangt, so kommt bei ihr wohl nur die Absperrung des erkrankten Venengebietes von der Zirkulation durch doppelte Unterbindung in Frage. Selbstverständlich wird in unserem Falle die Resektion der erkrankten und gänzlich freigelegten Gefässe der Unterbindung nachfolgen, um auch thatsächlich zugleich die Noxe mitsamt der Wurzel zu entfernen. Denn da wir es hier nicht nur, wie schon erwähnt, mit einer Eiteransammlung im Lumen der Vene, sondern mit einer sekundären infektiösen Entzündung der Wandung zu thun haben, so kann auch nur von einer Elimination der erkrankten Venenpartie als einzigem therapeutischen Eingriffe die Rede sein, zumal da auch die ausser Kurs gesetzten Venen ein ganz zweckloses Dasein im Gewebe führen. Sobald nur alles infektiöse Material entfernt ist, erfolgt nach der Operation der oft frappant rasche Abfall des Fiebers. Die Temperatur betrug bei unserer Patientin nur am ersten Tage nach der Operation 39,3, um vom anderen Tage an niemals wieder febril zu werden.

Ist jedoch dieser günstige Moment versäumt, haben sich unter der Vorderarmfascie in der Tiefe zwischen den einzelnen Muskeln schon multiple Eiterherde gebildet, dann ist die Prognose eine viel ernstere, dann wird man nicht mehr durch blosse Elimination der erkrankten Venen die Eiterung coupiren können. Immer wieder müssen dann neue Abscesse aufgesucht und eröffnet werden, bis schliesslich nur die Ablatio im Oberarm in Frage kommt. Hat sich weiter neben den intermuskulären Eiterherden eine Lymphangitis eingestellt, und handelt es sich um höchst virulente Mikroorganismen, so wird auch diese Operation oder die im Instanzenzug folgende, die Exartikulation im Schultergelenk, dem Pat. kaum noch Rettung bringen können, er ist dann einer foudroyanten Sepsis erlegen.

Referate.

Sammelbericht.

Umschau auf dem Gebiete der Verkehrshygiene.

Von Geh. Sanitätsrat Dr. O. Braehmer.

Von den Zweigen der öffentlichen Gesundheitspflege, welche die Gesundheit und Leben bedrohenden Ursachen in allen menschlichen Einrichtungen erforschen und bekämpfen wollen, hat keiner sich so spät zu einer wissenschaftlichen Bedeutung entwickelt, wie die Verkehrshygiene. Dem ungeahnten Aufschwung, welchen der Verkehr etwa seit der Mitte des vorigen Jahrhunderts genommen hat, musste die Sorge um die Sicherheit in demselben folgen. Wir müssen zugeben, dass die mächtigen Anregungen zum Verkehr, der Zug ins Weite, nach fremden Ländern und Menschen, der Drang zum Erforschen

von Kunst und Wissenschaft, das Streben nach grossen industriellen und Handelsunternehmungen, nach Gelderwerb, das Streben der Völker nach Austausch und gegenseitigem Wettbewerb, so gross waren, dass sich wohl nur Wenige durch übergrosse Sorge um ihre Sicherheit vom Verkehr abhalten lassen. Wir müssen auch zugeben, dass von den Millionen von Menschen, welche an jedem Tage unsere Verkehrsmittel benutzen, nur ein verhältnissmässig kleiner Theil Schaden an Leben und Gesundheit nimmt. Und doch werden wir bei allen Katastrophen, welche laut mahrend und erschütternd, oft in längeren Zwischenräumen, oft in schneller Aufeinanderfolge unsere Verkehrsmittel treffen, uns fragen: war das Unglück nicht zu vermeiden? So wird jede Katastrophe Herz und Kopf anregen, Erörterungen herbeiführen, aus jeder Katastrophe wird auch die Eisenbahnhygiene ihre Lehren ziehen.

Wir haben zu unserer Freude aus vielen Zuschriften ersehen, dass die von uns bei Besprechung des Altenbekener Unfalls aufgestellten Forderungen volles Verständniss gefunden haben. Dieselben sind nicht neu, sie gleichen dem Ei des Kolumbus; selten indess macht sich Jemand dieselben klar. Bei Unfällen, sowie bei gesundheitsschädlichen Einrichtungen der Eisenbahnen denkt Jeder an Mängel der Betriebsmittel, an eine mangelhafte Betriebsordnung, an eine nicht ausreichende Dienstanweisung u. s. w. Die Wenigsten denken daran, dass die musterhaftesten Einrichtungen versagen, wenn Fehler und Mängel von Menschen ihre richtige Ausführung und Ueberwachung verhindern. Diese Fehler aus der Welt zu schaffen bzw. zu beschränken, war der Zweck der von uns aufgestellten Forderungen: Schafft und erhaltet ein gesundes, elastisches, spannkraftiges, der grössten Verantwortung gewachsenes Betriebspersonal!

Zu unserer Genugthuung haben die deutschen Aerzte sich, wenn auch etwas spät, der Wahrheit dieser Forderung nicht verschlossen. Der engere Ausschuss der deutschen Bahnärzte hat ein Einheitsformular für die Anstellung des Betriebspersonals der deutschen Bahnen entworfen, welches allerdings noch weiteren Berathungen unterliegt, bevor es den Eisenbahnverwaltungen sämtlicher Bundesstaaten vorgelegt werden kann. Der Hauptvorzug dieses Formulars ist die so lange ersehnte Gleichheit der gesundheitlichen Anforderungen an alle deutschen Eisenbahnbeamten. Diese Gleichheit repräsentirt in dem Entwurf die strengsten Bedingungen. Die bei den preussischen Staatsbahnen bis jetzt strengsten Anforderungen an die Sehschärfe sind nicht nur in dem Entwurf für alle Bundesstaaten angenommen worden, sondern der Entwurf ist zum Theil noch darüber hinausgegangen. So wird für alle Betriebsbeamten $\frac{2}{3}$ Sehschärfe gefordert, nachdem die Erfahrung der Bahnärzte festgestellt hat, dass auch bei diesen strengen Anforderungen ein Mangel an Personal nicht zu befürchten ist. Hinzugefügt ist weiter in gewissen Fällen die Untersuchung des Urins, ferner möglichste Aufklärung etwaiger Belastung im Gebiet der Lungen-, Nervenkrankheiten u. s. w. Genug, das neue Formular stellt Fragen, deren gründliche Beantwortung den denkbar günstigsten Gesundheitszustand verbürgt und wird nach seiner Annahme den Eisenbahnen zum Segen gereichen. Aber auch für die Gesunderhaltung der bereits im Dienste stehenden Beamten sind erhebliche Fortschritte zu verzeichnen. Die Lungenheilstätten, welche die Pensionskasse für die Arbeiter der preussischen Staatsbahnen baut, werden voraussichtlich auch den Beamten geöffnet werden. Noch wichtiger ist aber die bis jetzt einzig dastehende Thatsache, dass für die die grösste Verantwortung tragenden Beamten, die Lokomotivführer, ein eigenes Erholungs- und Genesungsheim in Hannoversch Münden erbaut und im Jahre 1903 eröffnet werden wird. Das Haus, in schönster Gegend und im Mittelpunkt Deutschlands gelegen, ist

zunächst auf 60 Betten berechnet. Es wird erbaut vom Verein deutscher Lokomotivführer unter moralischer und thatkräftiger Unterstützung des Ministeriums der öffentlichen Arbeiten.

So hoch wir nun auch den Werth eines gesunden Personals für die Gesundheitspflege im Eisenbahnbetriebe anschlagen, mit derselben Energie fordern wir, dass die Technik und die Verwaltung der Eisenbahnen den hygienischen und Sicherheitsmassregeln ihre vollste Aufmerksamkeit zuwenden. Bei der Beurtheilung keiner anderen öffentlichen Einrichtung trifft allerdings der Satz: „quot capita, tot sensus“ in solchem Masse zu, wie hier. Eine hiesige Tageszeitung, welche für das reine Coupésystem eine Lanze brach, forderte allen Ernstes eine Abstimmung des Publikums darüber, ob Coupéwagen oder Interkommunikationswagen vorzuziehen seien. Wir möchten die geehrte Direktion darauf hinweisen, dass solche Abstimmung unbewusst und darum um so unbefangener fast täglich erfolgt. Es verkehren eine Anzahl gemischter Züge, die neben Durchgangswagen auch einige reine Coupéwagen enthalten. Die Direktion möge sich überzeugen, welche Wagen schneller besetzt sind — nach unserer Erfahrung immer die Durchgangswagen. Die D.-Wagen sind nicht nur beliebter, sondern auch vom hygienischen Standpunkt aus gesunder. Wir wollen heut nicht darauf eingehen, dass die preussischen Staatsbahnen mit Macht daran arbeiten, die seitlichen Fenster der D.-Wagen so gross anzulegen, dass dieselben den Ein- und Austritt leicht gestatten und Fensterthüren zu vergleichen sind. Mögen aber auch die D.-Wagen selbst in ihrer bisherigen Gestalt bei einzelnen Unfällen, namentlich bei Wagenbrand die Rettung erschwert haben, wie bei den Unfällen von Wannsee und Linito — welchen hygienischen Nutzen haben sie dagegen der Mehrzahl der Reisenden gebracht! Die Tageszüge nach München oder Wien bringen den Reisenden so angenehm und so wenig abgenutzt an sein Ziel, als wenn er den Tag in einem leidlichen Hotel zugebracht hätte. Das immerhin bequemere Ausschauen eines Platzes, die Möglichkeit einer wenn auch beschränkten Bewegungsfähigkeit und einer Aenderung des Ausblickes, das bequeme Vertauschen eines Platzes mit dem Restaurationswagen, so dass man durchaus nicht seinen häuslichen Komfort ganz entbehrt, das unbefangene Aufsuchen des Abortes, endlich das Gefühl der Sicherheit gegenüber dem Beisammensein mit unliebsamen und oft gefährlichen Reisegegnossen in einem fest geschlossenen Coupé — Alles das ist geeignet, dem Reisenden von seiner Stimmung und Gesundheit möglichst viel zu erhalten und ihn unversehrt an sein Ziel zu bringen.

Doch genug von diesem so oft erörterten Thema: Nur auf einen Punkt, den die D.-Wagen mit den Coupéwagen gemein haben, möchte ich kurz eingehen — das sind die Aborte. Wir fordern, dass nicht nur in jedem Wagen wenigstens ein Abort sich befindet, sondern dass derselbe auch hygienischen Ansprüchen genügt. Wir fordern von jedem Eisenbahnwagen-Abort, dass die entblösten Körpertheile geschützt werden, dass also der Aborttrichter nach unten geschlossen ist. Am idealsten wird dieser Zweck erfüllt durch eine gut funktionirende Klappe und gleichzeitige Wasserspülung. Das Letztere ist allerdings schwer durchführbar. Wenn wir auf die Wegspülung jeder Defäkation 12 Liter Wasser rechnen und auf Erfahrungen fussend von hier bis München etwa eine 40malige Benutzung jedes Abortes annehmen, so ergibt das für jeden Wagen das Mitschleppen von 480 Liter Wasser. Die Schwierigkeit liegt nicht allein in der Anlage der Spüleinrichtung, sondern in der noch weiteren Beschwerung der ohnehin überlasteten Wagen. Man hat daher versucht, Klappen einzuführen, welche die Fäkalien entfernen ohne Spülung. Alle hierzu erfundenen und patentirten Klappen erfüllen den Zweck nur ungenügend, da die Fäkalien liegen

bleiben oder festfrieren und so die ganze Klappe funktionsunfähig machen. Haarsträubende Beispiele hierfür kann man auf den italienischen Bahnen erleben, wo die Aborttrichter oft bis oben gefüllt sind, und der Reisende resignirt das unbenutzte Kabinett verlässt und sein drangvolles Geschick weiter trägt. Bei den preussischen Staatsbahnen sind jetzt wenigstens alle D.-Wagen mit Wasserspülung versehen; deren giebt es aber nur 400, eine verschwindend kleine Zahl im Verhältniss zu den 26 000 Personenwagen.

Man hat auch vorgeschlagen, Kübel unter jeden Abort zu stellen, die auf gewissen Stationen entleert werden, um so eine Infektion durch die auf den Bahnkörper fallenden Fäkalien zu verhindern. Nachdem jedoch das Reichsgesundheitsamt sich dahin geäußert hat, dass selbst zur Zeit von Epidemien die auf dem Bahnkörper liegenden Fäkalmassen ihre Infektionsfähigkeit verlieren, dass auch ein Zermalmen der in der Hauptsache zwischen die Schienen fallenden Fäkalien durch die Räder nicht zu befürchten ist, hat man keinen Grund, diesen ohnehin sehr unappetitlichen, umständlichen Vorschlägen näher zu treten. Neuerdings werden Versuche gemacht, die Wagenklosets mit Torfstreu einzurichten und nicht nur eine desinfizirende und desodorirende Wirkung hervorzurufen, sondern auch durch die Mischung des Torfstreus mit den Fäkalien das Verschwinden durch die Klappe zu erleichtern oder, gelingt dies nicht, das Aussehen weniger verletzend zu gestalten. Diese Versuche sind noch nicht abgeschlossen. Ein Torfstreukloset wird nach unserer Ansicht auch dann nur seinen Zweck ganz erfüllen, wenn gleichzeitig Wasserspülung vorhanden ist. Dieselbe bleibt nach wie vor das Ideal, welches trotz aller Schwierigkeiten zu erstreben eine der vornehmsten Pflichten der Verkehrshygiene ist.

Allgemeines.

Ist nach dem B. G.-B. die Syphilis des Ehegatten ein Grund zur Trennung der Ehe?

Von Priv.-Dozent Dr. med. Julius Heller-Charlottenburg.

(Berl. Klin. Wochenschrift 1901. No. 46.)

Die Ehescheidung (§§ 1564—1587 des Bürgerlichen Gesetzbuches) kann auf Grund von Syphilis eines Ehegatten nicht erfolgen, denn unter den zulässigen Scheidungsgründen — Ehebruch, widernatürliche Unzucht, Bedrohung des Lebens, böslische Verlassung, schwere Verletzung der durch die Ehe begründeten Pflichten, ehrloses oder unsittliches Verhalten, Geisteskrankheit — ist keiner, unter den die Syphilis als solche zu rubriziren wäre.

Auch kann die Nichtigkeit der Ehe auf Grund der Syphilis eines Ehegatten nicht ausgesprochen werden (§§ 1327—1343).

Dagegen ist auf die Syphilis anwendbar einer derjenigen Paragraphen, welche von der Anfechtbarkeit der Ehe handeln (§§ 1330—1335). § 1333 lautet nämlich: „Eine Ehe kann von dem Ehegatten angefochten werden, der sich bei der Eheschliessung in der Person des anderen Ehegatten oder über solche persönlichen Eigenschaften des anderen Ehegatten geirrt hat, die ihn bei Kenntniss der Sachlage und bei verständiger Würdigung des Wesens der Ehe von der Eingehung der Ehe abgehalten haben würden.“ Dass diese Voraussetzung bei Syphilis eines Ehegatten zutrifft, leuchtet ein und stimmt mit den Erläuterungen der juristischen Kommentare überein.

Wenn die Anfechtung einer Ehe gerichtlich bestätigt wird, so gilt die Ehe von Anfang an als nichtig. In Bezug auf die zivilrechtlichen Folgen macht es einen wesentlichen Unterschied, ob der syphilitische Ehegatte seine Krankheit und

somit die Nichtigkeit der Ehe kannte bzw. kennen musste oder nicht. Im letzteren Falle kann der nichtsyphilitische Ehegatte auf diejenigen Vortheile in vermögensrechtlicher Beziehung Anspruch machen, welche bei der Ehescheidung dem einen Gatten zufallen, wenn der Andere für allein schuldig erklärt wird.

Heller ist nun der Ansicht, dass nicht immer die Syphilis des einen Ehegatten ein ausreichender Grund für die Anfechtung der Ehe ist. Wenn die letzten Zeichen der Krankheit mehrere Jahre zurückliegen, und wenn eine ausgiebige und zweckmässige Behandlung seinerzeit stattgefunden hat, so ist das Individuum nicht mehr gesundheitlich derartig minderwerthig, dass eine Anfechtungsklage berechtigt wäre. Bestehen dagegen die Zeichen primärer oder sekundärer Erkrankung, so sind die Voraussetzungen für die Anfechtung gegeben, eine Thatsache, durch deren Betonung der Arzt seine Warnung bei ehelustigen Syphilitikern gelegentlich wirksam unterstützen kann. Bestehen endlich tertiäre Krankheitserscheinungen, so wird auch wiederum eine Anfechtung der Ehe möglich sein, weil es sich hier um Störungen handelt, die geeignet sind, Ekel zu erregen und die Gesundheit des Kranken selbst völlig zu untergraben.

An diese Ausführungen schliesst Verfasser noch die Besprechung einiger von ihm konstruirter Beispiele von verwickelteren und daher minder leicht zu beurtheilenden Fällen. Für die ärztliche Beurtheilung trifft auch heute noch das zu, was in einer älteren Reichsgerichts-Entscheidung mit den Worten ausgedrückt ist: „Es ist zu ermitteln, wie lange der Kranke bereits mit der Krankheit behaftet ist, bis zu welchem Grade sie vorgeschritten ist, ob sie einen bösartigen Charakter hat, und ob unter Berücksichtigung der sonstigen Körperbeschaffenheit des Beklagten zu erwarten ist, dass derselbe ohne Schädigung der Gesundheit der beteiligten Frau und ohne Gefahr für das Leben und die Gesundheit etwaiger Kinder die eheliche Pflicht wird erfüllen können.“

Anhangsweise wird ein Ueberblick über die entsprechenden Vorschriften im französischen Recht gegeben.

Chirurgie.

Zur Technik der Exartikulation grösserer Gelenke.

Von Dr. Schultze, Chirurg. Oberarzt am St. Vinc. Hospital zu Duisburg.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. 60, Heft 1 und 2.)

Für diejenigen Fälle von Exartikulationen, in denen die Esmarch'sche Blutleere aus irgend einem Grunde nicht anwendbar ist, im Besonderen also für die Exartikulation des Schulter- und Hüftgelenks, hat Sch. eine Methode der Blutstillung angegeben, welche im Prinzip der schrittweisen Unterbindung Rose's entspricht. Er führt nach Vollendung des Hautschnitts die Doyer'sche Klemmzange geschlossen unter die einzelnen Muskel, öffnet dieselbe, um nach erfolgter Dehnung genügenden Raum für die Einführung der zweiten Zange zu erhalten. Diese fasst die unterminirten Weichtheile zwischen ihre Branchen; nach Umstechung des centralen und einfacher Unterbindung des distalen Endes wird der Muskel zwischen beiden Ligaturen durchschnitten; die grossen Gefässe werden in gewohnter Weise versorgt.

Eine Exartikulation im Schultergelenk z. B. würde nach Schultze in folgender Weise verlaufen. Nach Bildung des Hautlappens und Freilegung des Deltamuskels bis in Gelenkhöhe wird der Muskel in zwei Theilen, einem vorderen und einem hinteren, abgeklemmt und umstochen; desgleichen der grosse Brustmuskel. Dann wird der M. biceps und M. coraco-brachialis gefasst und umstochen. Es folgt die Unterbindung der grossen Gefässe

und Resektion der Nerven. Nach Abklemmung und Umstechung der senkrecht auf den Oberarmschaft zulaufenden M. teres maior und latissimus dorsi, sowie der M. supra- und infraspinatus und teres minor wird die A. circumflexa posterior, welche unterhalb des M. teres minor zum Vorschein kommt und schlimmsten Falles eine leichte Blutung veranlassen kann, versorgt und mit Durchschneidung der Gelenkkapsel die Exartikulation beendet. Niehues (Berlin).

Zur Anlegung von Frakturverbänden.

Von Ferdinand Bähr-Hannover.

(Centralbl. f. Chir. No. 12, 1901.)

Verfasser empfiehlt und illustriert ein Verfahren, mittelst Bindenzügel (nach Art der Bardenheuer'schen transversalen Extensionszüge) dislozirte Frakturen während Anlegung des Gipsverbandes in die richtige Berührungsstellung der Bruchstücke zu ziehen. Die Bindenzügel werden zu fensterartig bei Anlegung des Verbandes gelassenen Lücken herausgeleitet und über einem das Fenster nach Erhärtung des Verbandes überbrückenden Brettchen gebunden und bei etwaiger Lockerung des Verbandes beliebig angezogen. Seelhorst.

Ueber den Einfluss der künstlichen Blutstauung auf Gelenksteifigkeiten nach Traumen und längerer Immobilisation.

Aus der chir. Klinik in Greifswald (Dir. Prof. Bier.)

Von Stabsarzt Dr. Blecher.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. B. 60. Heft 3 und 4.)

Bei der Behandlung einer hochsitzenden Pseudarthrose des Oberarmknochens durch sog. Bier'sche Stauung zeigte sich, dass trotz der fortdauernden Feststellung das völlig versteifte Schultergelenk einen hohen Grad von Beweglichkeit wiedererlangte. Auf Grund dieser Beobachtung wandte B. das Verfahren in 18 Fällen von Gelenksteifigkeiten, welche nach Brüchen und Quetschungen entstanden waren, an. Bei drei Kranken (Ellenbogengelenk und Daumen resp. kleiner Finger) blieb der Erfolg wegen Callusbildung im Gelenk, bezw. Fehlens der durch Eiterung ausgestossenen Beugeschnehen aus; bei allen anderen kehrte dagegen die Beweglichkeit in mehr oder minder grossem Grade zurück, ein voller Erfolg wurde jedoch selten erreicht.

Das durch die Stauung hervorgerufene Oedem bewirkt rein mechanisch eine Auflockerung und Auseinanderdrängen der geschrumpften Bindegewebsbündel der Kapsel, Bänder u. s. w. So wird die Kapsel erweitert, der Bandapparat verlängert und das vorher rigide Gewebe aufgelockert. Auch auf die Bildung der Gelenkschmiere scheint die Stauung günstig einzuwirken. Die Blutergüsse werden durch das Serum aufgelöst und fortgeschwemmt.

Da während der Stauung wohl eine Auflösung, aber keine Resorption erfolgt, hat B. nach zweistündiger Dauer der Stauung das Gelenk massirt oder eine Stunde dem Heissluftbade ausgesetzt. Besonders mit letzterer Behandlung, welche zu einer schnellen Resorption des Oedem führt, wurden sehr schöne Erfolge erzielt. Dass die mediko-mechanischen Uebungen nicht unterlassen werden dürfen, versteht sich von selbst. Niehues-Berlin.

Eine typische Absprengungsfraktur der Tibia.

Von Oberarzt Dr. Lauenstein-Hamburg.

(Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 53, XIV.)

Verf. berichtet an der Hand von vier ausführlich dargestellten Fällen von Unterschenkelfrakturen über die Absprengung eines typisch geformten Knochenstückes von der Vorderfläche des

unteren Tibiaendes. Dieses platte Stück, dessen Basis der vorderen Gelenkkapsel angeheftet unten liegt und der Breite der Tibia entspricht, ist nach oben zugespitzt oder trapezförmig abgeschnitten und kann mit der Spitze verschieden gedreht sein. Diese Absprengung sah Verf. unter Hinzutreten mehrfacher Frakturen an dem betroffenen Unterschenkel stets zu Stande gekommen durch Fall oder Sprung aus grosser Höhe auf die Füsse. Er meint, dass sie entsteht durch Anstossen des vorderen Abschnittes der Talusrolle oder des Talushalses an die vordere untere Tibiakante. Die Verschiebung des Fragmentes kann durch die jeweilige Fussstellung in Folge der weiteren Frakturen erfolgt sein. Die Diagnose kann ohne Röntgenstrahlen namentlich bei starker Schwellung und starkem Bluterguss sehr schwer sein, wenn sie auch eine Dislokation des abgesprengten Stückes erleichtern kann.

Die Diagnose der Tibiaabsprengung macht Verf. abhängig von der Behandlung und den übrigen gleichzeitig bestehenden Unterschenkelverletzungen, wobei natürlich immer noch berücksichtigt werden muss, dass es sich um eine Gelenkfraktur mit allen ihren Konsequenzen handelt. Die Dislokation kann mechanisch die Gelenkfunktion behindern und durch Druck auf die darüber liegenden Weichteile, Sehnen und Haut Verwachsungen, Ernährungsstörungen und Drucknekrosen machen. Ob das abgetrennte Knochenstück reponiert und ev. fixiert werden soll, lässt Verf. offen. Es muss dabei bedacht werden, dass damit eine komplizierte Gelenkfraktur geschaffen wurde, die strengste Asepsis erfordert. Bei späterer Entdeckung empfiehlt Verf. die Entfernung des abgesprengten Stückes, wie er es in den erwähnten Fällen auch gethan hat.

Krausse-Berlin.

Zur Behandlung der Schrägbrüche des Unterschenkels.

Von Prof. Kolačzek-Breslau.

(Centralblatt f. Chirurgie 1901 S. 379.)

Die Reposition der dislozierten Bruchstücke führt Verfasser durch Zug am Fuss und Gegenzug am Becken aus, indem er ein modifiziertes Verfahren Baudens'scher Sohlenextension anwendet. Die an einem Sohlenbrettchen, welches der Sohle durch Bindentouren fest angeschmiegt wird, befestigte, aus Segelleinwand hergestellte Extensionsschlinge hat die Form eines rechtwinkligen Dreieckes, dessen Hypothense die obere Bindenzügel darstellt, so dass der Hauptzug an der Ferse erfolgt. Am Bindenknoten wird eine Doppelschnur angebracht, welche, befestigt an irgend einem feststehenden Gegenstand (Fensterwirbel, Thürklinke), durch einen Knebel zusammengedreht, die Stärke des Zuges regulierbar macht. Ist Länge und Richtung des Unterschenkels die gewünschte, so kann der Gipsverband, bei komplizierten Brüchen gefenstert, angelegt werden.

Seelhorst.

Psychiatrie und Neurologie.

Entlassungszwang und Ablehnung oder Wiederaufhebung der Entmündigung.

Von Privatdozent Dr. E. Schultze.

(Halle a. S. Carl Marhold. 1902.)

In der preussischen Ministerial-Anweisung für Privat-Irren-Anstalten vom 26. März 1901 ist in § 10 Z. 3 bestimmt, „die Entlassung muss erfolgen: 3. wenn die Entmündigung des Kranken durch rechtskräftigen gerichtlichen Beschluss abgelehnt oder wenn die ausgesprochene Entmündigung auf Grund durchgeführter Anfechtungsklage oder durch rechtskräftigen gerichtlichen Beschluss wieder aufgehoben ist. Aehnliche Bestimmungen enthalten die Regulative der öffentlichen Irrenanstalten einzelner preussischer Provinzen.

Verf. erörtert die Frage der Abhängigkeit des Entlassungszwangs von der Ablehnung oder Wiederaufhebung der Entmündigung, weist auf die zahlreichen Misslichkeiten hin, die aus dieser Bestimmung für den Kranken wie für den Irrenarzt erwachsen können, und erklärt diese Bestimmung für prinzipiell und praktisch höchst bedenklich. Die Einzelheiten seiner Erwägungen lassen sich in Kürze kaum wiedergeben.

Samuel.

Ueber Eifersuchtswahn.

Von Oberarzt Dr. Brie.

(Psychiatrische Wochenschrift. No. 27. 1901.)

Verf. unterscheidet in der Paranoia-Gruppe im Wesentlichen 3 Hauptverlaufsarten, und zwar eine mit systematischer Entwicklung in langsamen Stadien, eine zweite, bei welcher von Anfang an Verfolgungs- und Grössenvorstellungen kombiniert sind, und eine dritte mit Wahnideen ohne festes System bei dauernd lebhaften Halluzinationen und frühzeitiger Lockerung im Zusammenhang der Vorstellungen. Als Unterformen führt er den Querulantenwahn und „reine Fälle von Eifersuchtswahn“ an.

Während die früheren Autoren krankhafte Eifersuchtsideen fast nur bei Alkoholisten fanden, oder jene sogar als pathognomonisch für alkoholisches Irresein ansahen, zeigte sich später, dass dieser Wahn bei verschiedenen anderen psychischen Störungen symptomatisch im Krankheitsbilde auftritt. Verf. erwähnt sein Vorkommen bei organischen Erkrankungen des Gehirns, beim Cocainismus, hysterischen Irresein, Psychosen des Klimakteriums, ferner vorübergehend — episodisch — bei Paranoia persecutoria. Verf. hat etwa ein Dutzend Paranoiafälle beobachtet, bei denen unter Ausschluss einer Alkoholgenese und der anderen oben angeführten Momente „ohne Halluzinationen ein wohlcharakterisierter Eifersuchtswahn zur Entwicklung kam und dauernd das ganze Krankheitsbild ausmachte“. Meist wurde eine neurasthenische Grundlage gefunden; die Fälle betrafen sämtlich Männer und verliefen ungünstig.

Samuel.

Gynäkologie.

Ueber die Berechtigung der Selbstinfektionslehre in der Geburtshilfe.

Von Fehling.

(Münch. med. Wochenschr. No. 48, 1900.)

F. kann die Selbstinfektion in dem weitgehenden Sinne Ahlfeldt's nicht anerkennen, sondern ist der Meinung, dass uns eine klare Ursache der leichteren, im Wochenbette zuweilen gehäuft auftretenden Fieberbewegungen noch mangelt. Er verlangt zunächst noch den Nachweis, dass die in der Scheide schwangerer Personen vorhandenen saprophytischen Keime thatsächlich unter Umständen virulent werden können und welches die Ursachen dieser Virulenzänderung sind. Ferner müsse noch festgestellt werden, ob auch nach der Geburt Keime an die äusseren und in die inneren Genitalien einwandern können. Zur Beurteilung der Infektionsmöglichkeiten gehört ferner erst noch der sichere Beweis, ob wir unsere Hände wirklich keimfrei zur Untersuchung bei der Geburt benutzen können, bezw. in wie kurzer Zeit nach vorausgegangener Infektion wir sie keimfrei machen können.

Der Aufsatz ist zu genauem Studium den beamteten Aerzten besonders zu empfehlen, weil er eine klare Kritik einer Autorität über diese vielfach schwankenden Fragen bringt, die leider schon mancherorts für gelöst betrachtet werden und zu falschen amtlichen Verfügungen geführt haben.

Schwarze.

Können Wannebäder als das beste Reinigungsmittel des Körpers der Kreissenden betrachtet werden?

Von Stroganoff.
(Centralbl. f. Gyn. No. 6. 1901.)

Das Vorbereitungsbad der Kreissenden als Infektionsquelle.

Von Sticher.
(Ebenda No. 9.)

Stroganoff kommt durch praktische Erfahrungen, Sticher durch bakteriologischen Nachweis zu dem Schluss, dass mit allen übrigen Verunreinigungen, die am Körper und in der Badewanne sich befinden, auch Infektionskeime in die Scheide eindringen können. Auch die Brustwarzen können im Wannebade infiziert werden. Ersterer hat daher in seiner Anstalt dieselben durch gründliche allgemeine Waschungen mit Seife ersetzt und zwar sitzen die Kreissenden dabei auf einem Stuhl, der einen besonderen Ausschnitt zur Reinigung für die Genitalien hat. Er hat die Morbidität in seiner Anstalt dadurch vermindert.

Sticher hält die Reinigung im Bade doch für sicherer, will aber die Scheide durch Einbringung eines antiseptischen Tampons schützen.

Er weist noch auf die Infektionsmöglichkeiten durch das Klysma und die innere Untersuchung der Genitalien hin.

Schwarze.

Ueber Nabelschnurversorgung der Neugeborenen.

Von Leube.
(Centralbl. f. Gyn. 1901. No. 30.)

Zur Alkoholbehandlung des Nabelschnurrestes.

Von v. Budberg.
(Ebenda No. 39.)

L. empfiehlt die Unterbindung $\frac{1}{2}$ cm vom Hautrande entfernt mit Catgutfaden, Abschneiden des Restes, reichliche Bepuderung mit Diachylonpuder und Watte bezw. Gaze.

v. B. hat schon 1898 empfohlen, den Nabelschnurrest, auf dessen Länge er keinen Werth legt, mit in Alkohol getränkter Watte zu umwickeln. Er wiederholt jetzt seine Empfehlung, indem er den Vorwurf Leubes zurückweist, dass die Kinder sich durch Schmerzgefühle dagegen wehren.

Ahlfeld schneidet schon längere Zeit ebenfalls dicht an der Haut ab, unterbindet und betupft mit Alkohol.

Martin hat die Abtrennung mit der Brennscheere jetzt wieder aufgegeben und schneidet nach Unterbindung mit Seide dicht an der Haut einfach ab.

Schwarze.

Aus Vereinen und Versammlungen.

73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte zu Hamburg

vom 22.—28. September 1901.

Abteilung für Neurologie.

III.

L. Bruns: Ueber Chorea electrica.

Bruns' Mittheilungen beziehen sich ausschliesslich auf die Formen der sogenannten Chorea electrica, wie sie Hensch und Bergeron beschrieben haben. Die Dubini'sche Chorea electrica, die eine ganz andere Pathogenese hat, lässt er ganz bei Seite. Er erörtert zunächst an Hand der Darstellung von Hensch und Bergeron das Krankheitsbild; es handelt sich um Zuckungen blitzartigen und brüskten Charakters, die aussehen, als wären sie durch einen elektrischen Schlag hervor-

gerufen — daher Chorea electrica — und die im Allgemeinen den Nacken, die Schultern und Oberarme betreffen. Die Patienten sind ausschliesslich Kinder von 7—16 Jahren, können im Uebrigen ganz gesund sein.

B's. Ausführungen sollen nun beweisen, dass auch bei Beschränkung auf die Hensch-Bergeron'sche Form der Chorea electrica diese Krankheitsfälle sich pathogenetisch noch in drei verschiedene Gruppen theilen lassen, eine Chorea electrica im engeren Sinne, eine hysterische Form und eine solche mit epileptischer Grundlage. Für jede dieser Formen wird ein typisches Beispiel vorgeführt. Die Chorea electrica s. s. steht den verschiedenen Formen der Tics besonders nahe, es ist vielleicht aber gut gethan, ihr noch eine besondere Stellung zu geben wegen der Eigenart der Lokalisation der Zuckungen und ihres Vorkommens ausschliesslich im Kindesalter.

Bei der hysterischen Form können die Stigmata der Hysterie ganz fehlen, dann ist die Unterscheidung von der Chorea electrica s. s. zunächst unmöglich. In B's. Falle war Gefühllosigkeit des Rachens vorhanden. Die epileptische Form ist meistens zu erkennen daran, dass neben den Chorea electrica ähnlichen Zuckungen typische epileptische Anfälle vorkommen, dass meist auch allmählich der Verstand der Kinder leidet und dass man manchmal vielleicht auch bei den kleinen Anfällen Bewusstseinspausen wird konstatiren können. Die der Chorea electrica ähnlichen Zuckungen sind hier dann entweder rudimentäre Anfälle oder interkurrente Muskelzuckungen, wie sie als Epilepsia continua, continua partialis, choreica von Kojewnikow, Bechterew, Nagel, Bresler u. a. beschrieben sind.

Die Unterscheidung der einzelnen Formen ist besonders wichtig für die Prognose und Behandlung. Die hysterische Form bietet eine sehr günstige Heilungsaussicht, die Chorea electrica s. s. eine schlechte; da man beide oft von vornherein nicht unterscheiden kann, ist es in diesen Fällen richtig, zunächst die Behandlungsmethoden der Hysterie, wenn irgend möglich in einem Krankenhaus einzuleiten. Hier kommt vor allem die „zweckbewusste Vernachlässigung“ in Betracht; die Heilung oder Nichtheilung wird dann oft erst entscheiden, ob der Fall zur Hysterie gehört oder Chorea electrica s. s. ist. Die epileptische Abart der Chorea electrica ist leicht zu erkennen und die Behandlung ist die der Epilepsie. (Autorreferat.)

A. Leppmann-Moabit: Die Kriminalität der Unfallverletzten. (Der Vortrag ist unter den Originalien dieser Nummer abgedruckt).

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 11. November 1901.

Originalbericht

der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung.

1. Herr F. Krause: Ueber einen Fall von Trigeminalneuralgie mit Narbenepilepsie; Erfolg durch Exstirpation des Ganglion Gasseri.

Ein 48 jähriger Mann wird vorgestellt, welcher im Anschluss an eine Quetschung der linken Gesichtseite bei einem Fall 1897 eine sich auf alle Zweige des Trigemini allmählich verbreitende Neuralgie, abgesehen von einer Occipitalisneuralgie, bekommen hatte und deshalb bereits ausserhalb 3 erfolglose Operationen (Resektionen der 3 Aeste des Trigemini) durchgemacht hatte. Nach der zweiten Operation stellten sich epileptische Anfälle ein. Durch die Schmerzen und die Krampfanfälle war der Mann gänzlich erwerbsunfähig geworden und so niedergeschlagen, dass er 1901 einen Selbstmordversuch

machte. Im Augustahospital zu Berlin, wo er im September d. Js. Aufnahme fand, wurden mehrmals typische epileptische Krampfanfälle beobachtet. Bei Druck auf die Narbe im Gesicht konnte ein neuer Anfall hervorgerufen oder ein bestehender Anfall verstärkt werden. Es handelte sich daher um Narbenepilepsie. K. stand wegen der starken Ausdehnung der Narbe in die Tiefe von einer Exzision derselben ab und versuchte den von der Narbe auf die Gehirnrinde ausgeübten Reiz durch Exstirpation des Ganglion Gasseri zu beseitigen und dadurch die Leitung vom Trigemini zum Gehirn zu unterbrechen. K. hat 36 Mal diese Operation, auf deren Technik hier nicht eingegangen werden kann, gemacht, ohne seit 1892 ein Recidiv zu bekommen. Das vorgezeigte Präparat umfasste das Ganglion, den Trigeminiastamm und die Stümpfe des 2. und 3. Astes. Nach der Operation verschwanden die qualvollen Schmerzen im Trigeminiastammgebiet und die epileptischen Anfälle sind bis jetzt nicht wiedergekommen. Allerdings könne bei der Kürze der Zeit, die seit der Operation verflossen ist, noch keine Rede von einer Heilung der Epilepsie sein. K. führt aber einen Fall von Epilepsie aus, welchen er operativ geheilt habe. Derselbe betraf ein seit dem 4. Jahre an Jackson'schen Krämpfen leidendes und bereits verblödetes 16jähriges Mädchen, bei welchem er nach Eröffnung des Schädels durch Punktion in der durch Faradisierung der Centralwindungen festgestellten Armcentrumsgegend eine 90 cbcm enthaltende subcorticale Cyste entleerte. Die Heilung verlief glatt; es traten während derselben und später noch epileptische Anfälle auf; seit 1893 aber kein einziger mehr. Das Mädchen erholte sich geistig ausserordentlich und wäre jetzt ein vernünftiges Bürgermädchen.

Herr Jastrowitz fragt, ob Druck auf die neue Narbe wieder Epilepsie auslöse, was Vortr. verneint.

Herr Remak erkundigt sich nach der Beziehung zwischen der Schnittführung und der sichtbaren Entstellung durch Facialisdurchschneidung.

Herr Krause erwidert, dass die Letztere von den früheren Operationen herrührt und sich nicht immer vermeiden lasse. Die von Schede früher ausgeführte Lücke'sche Operation sei technisch schwieriger wie die Ganglionexstirpation und es träte bei der ersteren auch leicht eine Kieferklemme durch Narbenkontraktion ein.

2. **J. Kron:** Ein Fall von Arseniklähmung. Die einundzwanzigjährige Patientin, deren Vater an Kopfschmerzen leidet, krank seit dem fünften Jahre an Migräne, gegen welche vom Arzt Arseniktabloids (B. W. & Co.) à 0,001 gegeben wurden. Die Patientin nahm am 7. November 1899 im Lauf von 20 Stunden ca. 50 Pillen. Am gleichen Tag Parästhesien in den Beinen und im Rücken; in der Nacht Schmerzen daselbst und im Leib. Am nächsten Tag Lähmung der Arme, Bauch- und Rückenmuskeln. Kein Erbrechen, keine Diarrhoeen. Wegen unbekannter Aetiologie wurde kein Gegenmittel gegeben. Nerven und Muskeln der oberen Extremität Monate lang druckempfindlich, reagierten nicht auf den elektrischen Strom. Urin und Stuhl musste Monate lang künstlich entleert werden. Menses cessierten $\frac{1}{2}$ Jahr nach der Vergiftung. Beträchtlicher Haarausfall trat ein. Am 2. August 1901 Aufnahme in die Mendel'sche Klinik. Schlanke Lähmung der unteren Extremitäten, rechter Oberschenkel kann minimal nach aussen rotirt und abduziert werden. Rechter Unterschenkel kann sehr wenig gebeugt werden. Zehen des linken Fusses können eine Spur gebeugt werden. Andere aktive Bewegungen unmöglich. Füsse in Equinovarusstellung. Zehen flektirt. Ober- und Unterschenkelmuskulatur atrophisch, Haut daselbst behaart. Sensibilität intakt, elektrisch sind die Nn. tibiales und cruralis (rechts), ebenso die von ihnen versorgte Muskulatur mit sehr starken Strömen

erregbar, andere Nerven und ihre Muskulatur reagieren nicht. Gehen und Stehen unmöglich. Nerven nicht druckempfindlich. Sämtliche Reflexe fehlen. Urin ohne Arsenik. Blut normal. Puls 96—130. Hin und wieder Anfälle von Präkordialangst. In den letzten Wochen im rechten Oberschenkel fibrilläres Zittern. Bei der Demonstration Besserung der Beweglichkeit und des elektrischen Verhaltens im Bereich der Nn. ischiadici, cruralis und tibiales. Nn. peronei und ihre Muskulatur sind unerregbar. Keine Entartungsreaction, nur hochgradige Herabsetzung der Erregbarkeit in obigen Partien. Vortragender nimmt ausser Neuritis der peripherischen Nerven Läsion des kardialen Vagus, der motorischen Blasenerven und des Splanchnicus an. Dieser Fall spreche für den peripheren Sitz der Arseniklähmungen. Vortragender geht auf Literatur, Prognose, Therapie und medikamentösen Gebrauch als ätiologisches Moment der Arseniklähmung ein und empfiehlt, die Gefährlichkeit des Mittels den Patienten einzuschärfen und bei Verordnung der Originaltabloids letztere mit Gebrauchsanweisung versehen zu lassen.

3. Herr **T. Cohn:** Krankendemonstration 1. 15jähr. Mädchen aus Mendels Poliklinik, welche, abgesehen von unbestimmten Ohnmachtsanfällen seit drei Jahren ein Leiden bekommen hat, das mit ziehenden Schmerzen in den Unterschenkeln begonnen hat und zu einer erheblichen Gangstörung führte. Die Füsse werden so aufgesetzt, dass Spitze und äusserer Fussrand den Boden zuerst berühren. Beide stehen in Equinovarusstellung. Es besteht Peroneuslähmung beiderseits und Hypertrophie der Wadenmuskeln. Ausserdem ist Beckenschaukeln vorhanden. Die extensores halluc. long. weisen Entartungsreaction auf und sind kontrahirt. Die elektrische Erregbarkeit ist an den übrigen Muskeln der unteren Extremitäten herabgesetzt. C. geht auf die Differentialdiagnose des Falles zwischen der spinalneurotischen Form der Muskelatrophie und der Dystrophia musculorum progr. ein und lässt es dahingestellt, in welche der beiden Krankheitsgruppen der Fall einzureihen ist. Es handle sich um einen Uebergangsfall.

2. 34jähr. Pat.; früher wahrscheinlich syphilitisch, hat Herzfehler und innerhalb vier Jahren mehrere apoplektische Anfälle bekommen. Sie zeigt rechtsseitige Hemiplegie mit athetotischen Bewegungen in der Hand und in den Zehen und Mitbewegungen in der Hand, aber auch links Spasmen und Paresen in der unteren Extremität. Patellarreflexe sehr lebhaft, Patellar- und Fussklonus. Auffallend ist ein bulbärer Symptomenkomplex: Speichelfluss, Schluck- und Sprachstörung. Letztere nicht nur bulbär, sondern mit Aphasie kompliziert, die motorisch und sensorisch ist. Wahrscheinlich lägen mehrere Herde vor.

4. Diskussion über den Vortrag des Herrn **Juliusburger:** Ueber Zwangsvorstellungspsychosen.

Herr Mendel hält diese Gesellschaft am meisten für berufen, in eine Diskussion über diese Frage einzutreten, da Westphal hier die erste Anregung dazu gegeben habe. Im Gegensatz zu diesem glaube er mit dem Vortr., dass es Fälle giebt, in denen Zwangsvorstellungen zu Geistesstörung führen, und in denen Uebergänge zu den autochthonen oder den überwerthigen Vorstellungen Wernickes, kurz, zu den Wahnvorstellungen bestehen. Nicht aber stimme er ihm darin bei, dass Zwangsvorstellungen ohne Krankheitseinsicht und in Verbindung mit Gehörshalluzinationen vorkämen, stehe er doch noch auf der alten Definition von Westphal. Dieser, wie Griesinger und Krafft-Ebing hätten unter Zwangsvorstellungen eine besondere Form psychischer Erkrankung verstanden.

Neuerdings habe sich das Bestreben geltend gemacht, das, was als Krankheitsform bezeichnet wird, lediglich als Symptom hinzustellen, und nach dem subjektiven Bedürfniss

neue Namen für von altersher gebrauchte und genau definierte zu erfinden. Man sage Ischias für eine bestimmte Form der Neuritis, Niemand nenne aber die Ischiasschmerzen bei Tabes Ischias. Ebenso spreche man von der Hypochondrie als einer begrenzten Krankheitsform, sage aber eine hypochondrische Form der Paranoia. Durch die neue Methode, unter den früher als Krankheitsgruppe festgestellten Zwangsvorstellungen nur ein Symptom zu verstehen, welches unter verschiedenen Bedingungen vorkomme, würde die Sache nur verwirrt. Genetisch käme bei den Phobien die Hypochondrie als wesentliches Moment in Betracht, auf deren Boden die Zwangsvorstellungen entstünden. Eine Mutter, die bei dem Anblick eines Messers die Idee bekommt, damit ihr Kind zu ermorden, habe Angst, geisteskrank zu werden und in diesem Zustand das Messer zu ergreifen. In diesen und ähnlichen Fällen spricht M. nicht von Zwangsvorstellungen, da es sich hier nicht um die bestimmte Krankheitsform, sondern um ein Symptom handle. Er fasst unter dem Namen Zwangsvorstellungen nur diejenige Form psychischer Erkrankung auf, bei der bei Erhaltensein von vollkommener Krankheitseinsicht, der Intelligenz und Fehlen von Gehörshalluzinationen eine Störung in der Assoziation stattfindet. Als praktisch wichtig unterscheidet er drei Arten: Fälle, wo sich plötzlich und immer wieder eine bestimmte Vorstellung, z. B. das Wort Mückenfett in das Denken einmischt, ferner solche, bei denen das Denken zwangsweise vorzugsweise im Kontrast stattfindet, die, wenn sie ja geschrieben haben, fürchten, nein geschrieben zu haben. Dahin gehörte die Zweifelsucht zum Theil. Drittens solche Fälle, bei denen das Denken fortwährend im Assoziationsgesetz von Folge und Wirkung geschieht, z. B. wo Fragen auftauchen: Warum sind die Bäume grün und nicht blau?

Herr Jolly hält das Krankheitsbewusstsein mit Herrn Mendel für ein nothwendiges Kriterium der Zwangsvorstellungen, vermisst aber unter der Einteilung des Vorredners die Rubrik mit Impulsen, die Zwangsvorstellung, du musst irgend etwas thun, auf der Strasse Jemand anrempeln, einen Schrei in der Kirche ausstossen, von einer Brücke, auf der man steht, herunterspringen, obwohl das Fremdartige der Vorstellung eingesehen wird. Für das Vorkommen von Zwangsvorstellungen in krankhaften Zuständen käme noch die emotionelle Grundlage in Betracht. Darin herrschen Differenzen zwischen den Autoren. J. hält es für berechtigt, die Zwangsvorstellungen als Symptome und diejenigen auf Grund von Emotionen als verschiedene Zustände hinzustellen.

Herr Mendel ist mit Herrn Jolly darin einer Meinung, dass es Zwangsvorstellungen mit Impulsen gäbe. In Fällen von Brückenangst ist jedoch nach seiner Ansicht das Bindeglied die hypochondrische Vorstellung von der Geisteskrankheit. Mit Westphahl scheidet er die Fälle mit der emotionellen Grundlage aus. Er lasse die Zwangsvorstellungen als Symptom gelten, wenn man denjenigen im Sinne von Westphahl einen besonderen Namen gebe (abortive Verrücktheit).

Herr Jolly hat keine hypochondrischen Vorstellungen, aber dennoch Brückenangst.

Herr Mendel betont, dass Zwangsvorstellungen auch bei Gesunden vorkommen. Er selbst zähle alle Droschkennnummern zusammen, dividire sie durch 3, 7 etc.

Herr Leppmann ist auf Grund subjektiver Erfahrungen zu der Ueberzeugung gekommen, dass Zwangsvorstellungen häufig auf dem Boden körperlicher oder psychischer Uebermüdung als Folgen von Unlustgefühlen entstehen und zwar spielen dann, auch bei ganz Gesunden, illusionistische Vorstellungen eine wesentliche Rolle. In der Praxis handelt es sich meist um Steigerung neurasthenischer Zustände. L. hat sich bemüht, festzustellen, ob bei seinen Patienten neurasthe-

nische Vorstadien nachzuweisen waren und ferner, ob die betreffenden Vorstellungen erst nach dem Einwirken einer gewissen Summe von Reizen, z. B. zu gewissen Tageszeiten eintreten. Nach L.'s Ansicht würden dahingehende Untersuchungen das Verständniss der betr. Zustände wesentlich erleichtern. Für unbedingt erforderlich hält auch L. absolute Krankheitseinsicht.

Herr Juliusburger hält daran fest, dass Krankheitseinsicht nicht als ein Kriterium der Zwangsvorstellungen gelten könne, eine Behauptung, die vor ihm schon von Anderen aufgestellt wäre. Seine Fälle bewiesen dies, ebenso wie das Vorkommen von Gehörtäuschungen und Beziehungswahn bei Zwangsvorstellungen. Die antochthone Auffassung Wernickes wäre allein geeignet, die herrschende Verwirrung zu lösen, nicht aber sie zu stiften.

Sitzung vom 9. Dezember 1901.

1. Herr H. Kron: Ueber hysterische Blindheit.

Vortr. erörtert zwei eigne Fälle von hysterischer Blindheit und bespricht die hysterische Amaurose auf Grund von 49 Fällen. Es kommen einseitige und doppelseitige vor. Die einseitige Form wurde bei 7 Männern gegenüber 16 Weibern angetroffen, was viel wäre bei dem Verhältniss von weiblicher zu männlicher Hysterie wie 20:1. Man müsse bei den wiederholt eintretenden Formen remittirende und rezidivirende Anfälle unterscheiden. Was die Dauer anlange, so wären die transitorischen in überwiegender Mehrzahl, es kämen aber auch hartnäckige Fälle vor; die Dauer betrage einige Stunden bis Monate. In zehn Fällen dauerte die Erscheinung von vier Monaten bis zu zehn Jahren. Die Ansicht, dass die hysterische Amaurose in der Regel eine transitorische ist, müsse also eine Korrektur erfahren. Die doppelseitige wäre allerdings etwas häufiger eine vorübergehende. Unter den wiederholt aufgetretenen fanden sich unter 13 Fällen 5 vorübergehende. Das Alter, in dem die Amaurose auftritt, entspreche dem bei der Hysterie gewöhnlichen. Der jüngste seiner Fälle betraf eine 10jährige Person, der älteste einen 54jährigen Mann. Die meisten Fälle kämen im zweiten und dritten Dezennium vor. Von Wichtigkeit, besonders in forensischer Beziehung, sei die Art, wie die Blindheit einsetze und verlaufe. In seinen langsam entstehenden Fällen habe sich die Blindheit in 8 Tagen ausgebildet. In recht wenigen Fällen traten hysterische Auffälle als Vorläufer der Blindheit auf, entgegen der herrschenden Ansicht. Gemüthsbewegungen waren auch nicht in übermässiger Zahl vorhergegangen. Traumatisch war sie achtmal entstanden. Bemerkenswerth sei, dass nur eine ganz geringe Veranlassung für diese schwere Störung erforderlich wäre, wie schmerzhaftes Massnahmen an den Zähnen, Atropineinträufelungen ins Auge, Fremdkörper in demselben oder nur das Gefühl, als wäre ein solcher darin. Bei disponirten Personen gehöre ausserordentlich wenig dazu, um die Amaurose hervorzurufen. In 14 Fällen werde direkt darauf hingewiesen, dass gar keine greifbare Ursache vorhanden gewesen sei. In 16 Fällen bestand diese Erscheinung monosymptomatisch, ohne dass andere hysterische Stigmata nachweisbar waren. Was die Betheiligung der Augenmuskeln bei hysterischer Blindheit anlange, so waren die Pupillen bei 29 Fällen 15 mal normal. In den übrigen fand sich 8 mal Starre in Form von Miosis oder Mydriasis, in keinem Falle eine Lähmung der Binnenmuskeln. Von 9 Fällen wurden die äusseren Augenmuskeln 3 mal als normal bezeichnet, während in den sechs übrigen Krampferscheinungen erwähnt wurden. Mit der Heilung könne man noch rechnen, selbst wenn die Blindheit sehr lange gedauert habe. Es gäbe Fälle, die sich aus einer allmählich zunehmenden konzentrischen Gesichtsfeld-einschränkung entwickelten. Diese pflegten langsam zurückzugehen. In forensischer Beziehung stehe man schweren Um-

ständen gegenüber. Die Untersuchung mit Prisma, Stereoskop etc. könne dabei keine Resultate geben. Der hysterisch Blinde verhalte sich an diesen Apparaten genau wie ein Simulant. Auch der Umstand, dass die Amaurose das einzige Symptom, dass sie ohne Prodrome, ohne nachweisbare Ursache aufgetreten ist und dass der Zustand sich sehr in die Länge zieht, dürfe nicht zur Annahme einer Simulation verleiten. Bei einseitiger Blindheit dürfte das Abirren des blinden Auges beim Verdecken des gesunden, während es beim binokulären Sehakt fixirt, einen Anhalt geben.

2. Herr **Salomonsohn**: Zur Lokalisation der einseitigen Ophthalmoplegia exterior mit Krankenvorstellung.

Es handelt sich bei einem 32jährigen Mann um eine Lähmung der III., IV., V., VI. und XII. Hirnnerven rechts. Aus den gelähmten Nervengebieten blieben frei die Musculi pterygoidei, die innere Augenmuskulatur und der Geschmack. Bemerkenswerth waren einseitiges Thränen, einseitiges Schwitzen, Keratitis neuroparalytica, Kieferklemme und eine später auftretende Dilatatorlähmung. Vortragender erörterte dann die Lokalisation der Ophthalmoplegia exterior unilateralis, kritisirte die diesbezüglichen Lehrsätze Mauthners und stellte für diesen Fall die Diagnose auf peripherische Neuritis. Der Vortrag soll später in extenso publizirt werden.

3. Herr **Cassirer**: Krankendemonstration.

Junger Mann mit Naevus angiomaticus vascularis der rechten Stirn- und Gesichtsseite und der Mundschleimhaut; ausserdem mit Anfällen von typisch kortikalem epileptischen Charakter, welche stets in demselben Muskelgebiet beginnen, sich gesetzmässig fortpflanzen und gelegentlich zu allgemeinen Krämpfen führen. Als Ursache dieser Epilepsie habe man wahrscheinlich in den kortikalen Centren für die befallenen Muskeln eine ähnliche Neubildung anzunehmen, wie sie im Gesicht des Kranken bestehe. Es handle sich hier um die Meningen resp. die Rindenschichten des Gehirns, namentlich im unteren Theil der vorderen Zentralwindung.

4. Herr **Henneberg** und Herr **Koch**: Ueber Neurofibromatose des Zentralnervensystems.

Herr Henneberg bespricht ausführlich und demonstirt mit dem Projektionsapparat makroskopische und mikroskopische Präparate von zwei sehr ungewöhnlichen und interessanten Fällen multipler Fibrombildung des Zentralnervensystems, auf welche hier nicht näher eingegangen werden kann. Im Anschluss daran erörtert er die typische Lokalisation und den charakteristischen klinischen Symptomenkomplex der Neurofibrome des „Kleinhirnbrückenwinkels“, welche namentlich vom Akustikus ausgingen und selten doppelseitig vorkämen, wie in den besprochenen Fällen. Die Geschwülste seien in vielen Fällen mit Sicherheit zu diagnostiziren und wegen ihres oft nur sehr lockeren Zusammenhanges mit dem Gehirn vielleicht operabel.

M. E.

Sitzung des engeren Ausschusses Deutscher Bahnärzte am 12. Januar 1902 auf dem Lehrter Bahnhofe zu Berlin.

Herr Geh.-Rath Brähmer eröffnet als Vorsitzender die Sitzung um 11 Uhr. Schriftführer: Schwechten.

Anwesend Geh. San.-R. Dr. Brähmer, San.-R. Dr. Schwechten-Berlin und San.-R. Dr. Herzfeld-Halle a./S., Dr. Zeitmann-München und Hofrath Dr. Stich-Nürnberg für Bayern, Dr. Beck-Württemberg, Dr. Blume-Baden, San.-R. Dr. Schrick-Elsass-Lothringen.

Der Ort der nächsten Ausschusssitzung wird noch vorbehalten. Frankfurt a. M., Leipzig kommen ev. in Frage. Die

Veröffentlichung darüber findet in der Aerztl. Sachverständigenzeitung statt.

Der Antrag, eine eigene Zeitung für bahnärztliche Interessen zu gründen, wird abgelehnt.

Schwechten giebt einen Ueberblick über die Lage der Kasse und beantragt Erhöhung der Beiträge, um den Anforderungen gerecht werden zu können.

Es wird beschlossen, für dies Jahr das Doppelte, also 20 Mark für jeden Delegirten eines Vereins, für zwei Delegirte also 40 Mark zu erheben; auf dem nächsten Bahnärztag aber die Angelegenheit dauernd zu regeln und den Modus der Beitragspflicht vielleicht nach der Kopffzahl der Vereine zu ändern.

Die Einführung des engeren Ausschusses erfordert eine Aenderung der Satzungen. Man einigt sich nach kurzer Debatte auf Vorschlag von Stich nach dem jetzigen § 6 den § 7 folgendermassen zu fassen:

Zur Erledigung eiliger Angelegenheiten wird ein geschäftsführender engerer Ausschuss gebildet aus den beiden Vorsitzenden, den Schrift- und Kassensführern, welche mit Ausnahme des zweiten Vorsitzenden womöglich in Berlin wohnen sollen, sowie aus je einem Mitgliede jedes zum Verbande gehörigen Bundesstaates, soweit ein solcher nicht bereits unter den vier Erstgenannten vertreten ist.

(Zur Zeit besteht er also aus sieben Mitgliedern.)

Der bisherige § 7 wird § 8 und § 8 wird § 9.)

Damit erledigt sich der Antrag Davidsohn, welcher die Befürchtung aussprach, der engere Ausschuss könne den Ausschuss allmählich verdrängen.

Herr Stich erörtert eingehend das von ihm entworfene Einheitsformular, er bittet, zunächst über die Augenuntersuchung zu sprechen, da mit der Verneinung dieser Frage das Einheitsformular für Preussen falle. Schwechten bemerkt dazu, dass in Preussen eine Diskussion nur unmöglich gewesen wäre, wenn geringere Anforderungen als bisher gestellt würden, mit den von Stich vorgesehenen erhöhten Forderungen sei eine Diskussion wohl möglich, denn schwerere Anforderungen bei der Aufnahme lassen sich voraussichtlich erreichen, da an gut qualifizirten Bewerbern auch in Preussen kein Mangel sei. Aehnlich spricht sich Brähmer aus, glaubt aber doch, dass die Anforderungen noch nicht überall hoch genug seien. Das Formular wird sodann eingehend durchgesprochen und mit den vorgeschlagenen Aenderungen nunmehr den Vereinen zur Besprechung und Begutachtung unterbreitet werden. Allseitig wird anerkannt, dass zu dem Einheitsformular eine lapidare, kurze Dienstanweisung für Aerzte nothwendig sei und Stich mit ihrer Ausarbeitung beauftragt. Die durch ein amtliches Schreiben veranlasste Stellungnahme zur Agitation für beschränkte freie Aertzewahl wird eingehend besprochen.

Für den nächsten Bahnärztag wird München vorgeschlagen und zwar im Monat September im Anschluss an die Sitzungen des Vereins für öffentliche Gesundheitspflege nach der Naturforscherversammlung.

Nach genauer Feststellung der Zeit und der Tagesordnung wird an die zuständigen Verwaltungen die Bitte gerichtet werden, den sich beteiligenden Bahnärzten freie Fahrt zu gewähren. Es ist dies immer geschehen, und war der Antrag des Vereins Frankfurt unnöthig. Bewilligt wurden leider in Preussen bisher nur zwei für jede Direktion.

Der Antrag Davidsohn, zu jeder Versammlung wenigstens drei Delegirte pro Verein zu senden, und soweit nicht genügende Freikarten bewilligt werden, dieselben aus Vereinsmitteln zu gewähren, wurde einstimmig angenommen. Schluss der Sitzung 4 Uhr.

Schwechten.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Wehmer, R. Die neuen Medizinal-Gesetze Preussens. Unter Berücksichtigung der neuen Reichsgesetze, der neuen von Verwaltungsbehörden erlassenen Bestimmungen und der gerichtlichen, sowie verwaltungsgerichtlichen Judikatur. Berlin, 1902. August Hirschwald. —

Das Buch bildet eine Fortsetzung und Ergänzung des Vielen liebgewordenen Wernich'schen Buches. Diese neue Zusammenstellung der Medizinalgesetze Preussens soll unter Fernhaltung allzu weitgehender Sonderbestimmungen mit beschränkter zeitlicher und örtlicher Gültigkeit nicht allein den Interessen der Medizinalbeamten sowie der Verwaltungs- und Gerichtsbehörden, sondern auch ganz besonders der praktischen Aerzte, der Apotheker und der sonstigen Medizinalpersonen dienen. Der Landespolizeibezirk Berlin ist dabei in erster Linie berücksichtigt. — Das Buch erfüllt den beabsichtigten Zweck in hervorragender Weise und wird besonders durch sein sehr eingehendes Sach- und alphabetisches Register für den Gebrauch eine willkommene rasche Orientirung über die einschlägigen Bestimmungen ermöglichen. B.

Th. Weyl, Fortschritte der Strassenhygiene. Erstes Heft, mit 40 Abbildungen im Text. Jena, Verlag von Gustav Fischer. 1901.

Zu dem vorliegenden Heft haben ausser dem Herausgeber der Leiter des Fuhrparks, der Strassenreinigung und Feuerwehr in Bochum, W. Assmann und B. Röhrecke in Berlin, der seit Jahren mit praktischen Versuchen auf dem Gebiet der Müllbeseitigung beschäftigt ist, Beiträge geliefert.

Wie der Herausgeber in der Vorrede ausführt, wurde bei den Berathungen über eine festere Organisation des internationalen Comité's für Strassenhygiene im Anschluss an den internationalen Kongress in Paris von mehreren Seiten die Schaffung eines eigenen Organs angeregt, dem die Sammlung und kritische Verwerthung aller auf Strassenhygiene bezüglichen Schriften zufallen sollte. Die hierauf gerichteten Bemühungen haben bisher nicht zum Ziele geführt, weil Niemand die Gewähr für einen auch nur die Unkosten des Unternehmens deckenden Absatz der neuen Zeitschrift geben oder übernehmen konnte. Der Herausgeber hofft, dass sich das Ziel dennoch erreichen liesse, wenn der internationale Verein für Strassenhygiene ins Leben treten sollte, dessen Errichtung er anstrebt. Bis dahin sollen in unbestimmten Zwischenräumen erscheinende Veröffentlichungen genügen, deren erste hier vorliegt.

Das Heft umfasst ausser kleineren Mittheilungen „Strassenhygiene in Bochum von Assmann, „Berliner Müllabfuhr 1901“ von B. Röhrecke, „die Strassenreinigungsmaschine Salus“ von Th. Weyl, „die Sortiranstalt der Hausmüllverwerthung München, G. m. b. H. in Puchheim“ von Th. Weyl, „Bemerkungen über den Stand der Müllbeseitigung mit besonderer Rücksicht auf Müllsortirung“ von Th. Weyl, „die Verwerthung des Küchenmülls in New-York“ von Th. Weyl, „der Müllverbrennungssofen von Dr. Dörr in Köln“ von Th. Weyl.

Die vorliegenden Aufsätze bieten dem Hygieniker und Verwaltungsbeamten, denen die Beurtheilung der mit den verschiedenen Methoden der Müllbeseitigung und Müllverwerthung einhergehenden gesundheitlichen Gefahren und Belästigungen obliegt, mancherlei Anregung und Belehrung. E. R.

Rissmann, Paul. Lehrbuch der Wochenbettpflegerinnen. Berlin bei Karger. Preis 1,60 Mark.

Die Stellung und Abgrenzung der Thätigkeit dieser Pflegerinnen ist eine noch recht schwankende und ihre Aus-

bildung lässt noch an vielen Orten viel zu wünschen übrig. R. sucht dem abzuhelpen und berechnet für die Kenntnisse, die nach seinem Leitfaden zu erwerben wären, einen Lehrkursus von drei Monaten. Er verlangt neben den primitiven anatomischen Kenntnissen natürlich alle technischen Fertigkeiten und Kenntnisse der allgemeinen Krankenpflegerin, zu denen dann die speziellen über Schwangerschaft, Wochenbett-erkrankungen und Pflege des gesunden Kindes kommen. Vorangestellt sind einige kurze Leitsätze über die Pflichten der Wochenbettpflegerinnen im Allgemeinen.

R.'s Ausführungen sind klar und kurz in Paragraphen geordnet und mir ist bisher noch kein ähnlicher Leitfaden zu gedachtem Zwecke bekannt. Es wäre nur zu wünschen, dass dadurch diesem häufig unbefugten Personal eine grössere Aufmerksamkeit und bessere Ausbildung zugewandt würde.

Schwarze.

Tagesgeschichte.

Zum Fleischschaugesetz.

Da zu erwarten steht, dass die Ausführungsbestimmungen zum Fleischschaugesetz, die gegenwärtig noch der Berathung der zuständigen Bundesrathsausschüsse unterliegen, demnächst erscheinen werden, wird nochmals darauf hingewiesen, dass nach dem Inkrafttreten des Gesetzes betr. die Schlachtvieh- und Fleischschau vom 3. Juni 1900 in Städten, in welchen die obligatorische Fleischschau besteht, die aber kein öffentliches Schlachthaus besitzen, die Schau nur auf das Fleisch der am Orte ansässigen Fleischer ausgedehnt werden darf, während alles von aussen eingebrachte Fleisch dem Beschauzwange nicht unterliegt, weil es bereits einmal untersucht ist. Eine solche Nachuntersuchung ist nach dem Inkrafttreten des Fleischschaugesetzes nur in Städten mit Schlachthäusern möglich, da nach § 20 Abs. 2 des Gesetzes landesrechtliche Vorschriften über den Beschauzwang für Gemeinden mit öffentlichen Schlachthäusern unberührt bleiben. Zu diesen landesrechtlichen Bestimmungen gehört auch das Gesetz, betr. die Errichtung öffentlicher, ausschliesslich zu benutzender Schlachthäuser vom 18. März 1868 9. März 1881.

Hierin liegt die Gefahr, dass Orte, die kein Schlachthaus besitzen, mit Fleisch von auswärts um so mehr überschwemmt werden, je konsumfähiger sie sind. Diese Gefahr ist dann besonders gross, wenn die erstmalige Untersuchung von Laienfleischschauern ausgeführt wurde, die unter Umständen Fleisch zum Konsum zulassen, das bei nochmaliger gewissenhafter Untersuchung zurückgewiesen werden müsste.

Durch die Errichtung öffentlicher Schlachthäuser sichern sich demnach die Kommunen das Recht, alles in die Kommune eingeführte frische Fleisch einer genauen Kontrolle zu unterziehen, während sie andererseits die Untersuchung nur auf das am Orte geschlachtete Fleisch ausdehnen dürfen.

Es steht zu hoffen, dass im Hinblick auf diese Konsequenzen die Errichtung öffentlicher Schlachthäuser schnellere Fortschritte machen wird, als dies vielfach bisher der Fall gewesen ist, zumal durch alle vorliegenden Erfahrungen dargethan ist, dass die Errichtung öffentlicher Schlachthäuser eine Fleischvertheuerung nicht zur Folge hat. Sache der Medizinalbeamten wird es ausserdem sein, bei der Handhabung des § 80 der Dienstanweisung, wonach ihnen die Wahrnehmung der gesundheitspolizeilichen Interessen gegenüber den Schlachthäusern obliegt, mit Rücksicht auf die mit den Privatschlächtereien verbundenen Gefahren und Belästigungen (Verunreinigung des

Bodens, der Wasserläufe, Luftverderbniss u. s. w.) auf die Er-
richtung öffentlicher Schlachthäuser nach Kräften hinzuwirken.
R.

Zur Bekämpfung der Kurpfuscherei.

Das Ueberhandnehmen kurpfuscherischer Anmassung und
Reklame hat die preussische Regierung zu nachstehendem
Erlass des Justizministers veranlasst.

Nach einer Mittheilung des Herrn Ministers der geistlichen,
Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten ist aus den Kreisen
der Aerzte im Laufe der letzten Jahre wiederholt Klage darüber
geführt worden, dass seit der durch die Reichsgewerbeordnung
erfolgten Aufhebung des früher in Preussen bestandenen Kur-
pfuschereiverbots (§ 199 des Strafgesetzbuchs vom 14. April
1851) die Kurpfuscherei in einem solchen Masse zugenommen
habe, dass ein Einschreiten im öffentlichen Interesse geboten
erscheine. Die aus Veranlassung dieser Beschwerden veran-
stalteten Erhebungen haben ergeben, dass auf dem Gebiete
des Kurpfuschereiwesens, insbesondere durch Anpreisung von
Heilmitteln und Heilmethoden gegen alle möglichen Krank-
heiten durch nicht approbirte Personen Auswüchse entstanden
sind, denen im Interesse des Publikums entgegengetreten
werden muss. Zu den für die Bekämpfung der hervorgetretenen
Missstände in Vorschlag gebrachten Massregeln gehört auch
die Anwendung der Bestimmungen des Reichsgesetzes zur Be-
kämpfung des unlauteren Wettbewerbs vom 27. Mai 1896
(R.-G.-Bl. S. 145). Wie die in Abschrift beiliegende Entschei-
dung des Reichsgerichts vom 16. Juni 1900 und die dazu er-
stattete, durch Vermittelung des Herrn Staatssekretärs des
Reichsjustizamts dem Herrn Minister der geistlichen, Unterrichts-
und Medizinal-Angelegenheiten zugegangene Erklärung des
Oberreichsanwalts vom 23. Oktober 1900 ergibt, hat das
Reichsgericht die Bestimmungen des § 4 des genannten Ge-
setzes auch auf die von den sogenannten Heilkünstlern dar-
gebotenen „gewerblichen Leistungen“ für anwendbar erklärt.
Nach § 12 a. a. O. ist die Strafverfolgung in den Fällen des
§ 4 von einem Antrag abhängig, welcher von jedem der in
dem § 1 bezeichneten Gewerbetreibenden und Verbände ge-
stellt werden kann. Zu den Antragsberechtigten werden ausser
den Aerzten selbst auch die zur Vertretung der Interessen des
ärztlichen Berufs berufenen Aerztekammern bzw. deren Vor-
stände (§§ 1, 2, 9 der Verordnung vom 25. Mai 1887 (G.-S.
S. 169), betreffend die Errichtung der ärztlichen Standesver-
tretung) zu rechnen sein.

Der Erlass, dessen wichtigster Punkt der ist, dass den
Aerztekammern das Antragsrecht zustehen soll, scheint für die
Praxis nicht ohne Bedeutung bleiben zu wollen. In Berlin
haben bereits zwei Verurtheilungen auf Grund des Gesetzes
gegen den unlauteren Wettbewerb stattgefunden, nachdem die
Aerztekammer Strafantrag gestellt hatte.

Staatliche Versicherung gegen Gewerbekrankheiten.

In der französischen Deputirtenkammer hat der Abge-
ordnete Breton den Antrag gestellt, in das Unfallversiche-
rungsgesetz auch die Gewerbekrankheiten einzubeziehen. Der
Antrag ist der Kommission für Versicherungs- und Arbeiter-
wohlfahrtsangelegenheiten vorgelegt worden. Ferner hat der
Abg. Mirman vorgeschlagen, eine Kommission mit der Prü-
fung dieser Frage und insbesondere mit der Ausarbeitung einer
Liste der Gewerbekrankheiten zu beauftragen.

Es ist da eine Frage von grosser sozialer Wichtigkeit an-
geschnitten worden, aber unseres Erachtens ohne viel Aus-
sichten auf ihre endgiltige Lösung. Das Gebiet der „Unfälle“
zu begrenzen, macht schon Schwierigkeiten genug; der Begriff

„Gewerbekrankheit“ aber lässt sich in der Praxis überhaupt
nicht abgrenzen. Das mag zunächst paradox klingen: wenn
ein vorher gesunder Polirer ein Eczem an beiden Händen oder
ein Glasbläser eine „main en crochet“ oder ein Schuhmacher
eine Entzündung der Sehnenhaut der Hand bekommt, so ist
es nicht schwer, eine Gewerbekrankheit darin zu erkennen.
Wie aber, wenn, um den allerhäufigsten Fall zu nennen, der
Steinhauer tuberkulös oder der Bäcker blutarm wird, oder wenn
der viel mit Giften Beschäftigte schliesslich an allgemeiner
Nervenschwäche leidet. Das sind doch eigentlich die allerwich-
tigsten Fälle, und gerade ihnen gegenüber versagt im Einzel-
falle unser Urtheil, ob sie unter die Gewerbekrankheiten ein-
zureihen sind, völlig. Wir halten deshalb die im Nachbarlande
eingeleiteten Bestrebungen vorläufig für aussichtslos und ver-
mögen eine für unsere heimischen Verhältnisse brauchbare
Anregung daraus nicht zu entnehmen.

Fürsorge für Erwerbsbeschränkte.

Unter dieser Ueberschrift regt Hedwig Lindhamer in
der „Arbeiterversicherung“ Massnahmen an, die ärztlicherseits
prinzipiell auf freudige Zustimmung rechnen und Anspruch
auf ernsthafteste Erörterung erheben dürfen. Sie schreibt:

„Die vom Verein für Fraueninteressen errichtete Auskunfts-
stelle über die Münchener Wohlfahrtseinrichtungen sieht sich auf
Grund der während ihrer Wirksamkeit erworbenen Erfahrungen
veranlasst, die Aufmerksamkeit der für Sozialpolitik und Wohl-
fahrtpflege interessirten Kreise auf Missstände hinzulenken,
welche eine Abhilfe im Interesse einer rationellen Bekämpfung
der Nothlagen in hohem Grade wünschenswerth erscheinen
lassen. Als besonders dringende Forderung erweist sich eine
umfassendere Fürsorge für erwerbsbeschränkte Rekonvales-
zenten, insonderheit der aus Sanatorien, Lungenheilstätten
u. s. w. entlassenen Personen, durch Beschaffung eines ihrem
Kräftezustand entsprechenden Verdienstes, der ihnen die zur
Erhaltung ihrer wiedergewonnenen Gesundheit erforderliche
Lebensweise sichert. Aus Mangel an Mitteln und an einem
angemessenen Verdienst sind diese Rekonvaleszenten meist
nicht im Stande, sich die zur Wiederherstellung ihrer Arbeits-
kraft nöthige, kräftige Kost zu leisten. Die in der Heilanstalt
erreichte Besserung und die hierfür aufgewendeten Kosten
gehen wieder verloren, wenn es nicht gelingt, einen ge-
nügenden Lebensunterhalt zu finden. Der Arbeitsnachweis
begünstigt in erster Linie die gesunden, kräftigen Arbeit-
nehmer und kann in seiner Eigenschaft als Arbeitsvermittlungs-
amt keine Rücksicht auf erwerbsbeschränkte, schwächliche
Personen nehmen. Wohl aber läge es im Interesse der Heil-
stätten und wäre nur die Fortsetzung ihrer begonnenen Thätig-
keit, für das weitere Fortkommen ihrer Pfleglinge durch Ver-
mittlung von geeigneter Arbeit zu sorgen, sei es im Anschluss
an die Arbeitsnachweise oder durch direkte Verbindung mit
behördlichen oder privaten Arbeitgebern. Die Mühe, welche
eine derartige Erweiterung der Wirksamkeit den Anstalten
verursachen würde, dürfte kaum in Betracht kommen gegen-
über den grossen Vortheilen, welche für Rekonvaleszenten und
Heilstätten damit erreicht werden.“

Dass für diejenigen Personen, welche nach einem been-
deten Heilverfahren noch der Schonung und Einarbeitung
bedürftig sind, etwas geschehen muss, liegt klar auf der Hand.
Ebenso richtig ist es, wenn die Heilstätten in die Lage ver-
setzt werden, den Entlassenen gleich passende Arbeitsgelegen-
heit nachzuweisen. Nur glauben wir, dass schwerlich die
Heilstätten im Stande sein werden, selbst mit behördlicher
Unterstützung genügend Arbeitsplätze für ihre Rekonvaleszenten
ausfindig zu machen. In zu frischer Erinnerung ist uns noch
der anfängliche Misserfolg des Berliner Vereins für Unfall-

verletzte bei ähnlichen Bestrebungen. Was uns am meisten Erfolg zu versprechen scheint, das ist eine weitere Ausgestaltung eben derjenigen Vereinsthätigkeit, deren ersten Anfang der Berliner Verein für Unfallverletzte darstellt. Es wäre gleichzeitig auch möglich und wünschenswerth, dass die Landesversicherungsanstalten sich an diesen Vereinsunternehmungen beteiligten, und die Unterstützung der Behörden würde sicherlich auch nicht fehlen.

Hygiene der Barbierstuben.

Nach einer Verfügung des Landraths für den Kreis Niederrhein, zu dem die nördlichen und östlichen Vororte der Reichshauptstadt gehören, müssen 1. die öffentlichen Barbier- und Friseurstuben täglich mehrmals sorgfältig gereinigt und gelüftet werden, sie dürfen nicht als Schlafstuben benutzt und Hunde und Katzen in denselben nicht geduldet werden; 2. Personen, welche mit Haar-, Haut- oder sonstigen ansteckenden Krankheiten behaftet sind, dürfen weder das Barbiergewerbe ausüben, noch in öffentlichen Barbierstuben bedient werden; 3. vor Bedienung eines jeden Kunden hat sich der Barbier gründlich mit Wasser und Seife die Hände zu waschen; 4. die Sessel, an die der Kopf gelehnt wird, sind bei jedesmaligem Gebrauch mit einem sauberen Schutzstoff aus Papier zu bedecken, der nach einmaliger Benutzung zu vernichten ist; 5. Scheeren, Kämme, Rasirmesser, Bürsten etc. sind gehörig zu reinigen. Verboten ist die Benutzung von Kopfrollbürsten, Puderquasten, Rasirpinseln und Schwämmen, sowie der gemeinsame Gebrauch von Schnurrbartbinden; 6. diese Vorschriften müssen in jeder Barbierstube ausgehängt werden. Die Vorstände der Barbier-, Friseur- und Perrückenmacherinnungen des Kreises werden aufgefordert, ihren Mitgliedern sofort diese Bestimmungen bekannt zu geben, deren Innehaltung einzuschärfen und zu überwachen. Ausserdem erfolgt die Kontrolle bei den nichtorganisirten Barbieren, aber auch bei Innungsmitgliedern, durch die Ortspolizeibehörden.

(Allg. Med. Centr.-Ztg.)

Approbationsentziehung.

Der dritte Senat des Oberverwaltungsgerichts sprach in einem Urtheil aus: das Ansehen des ärztlichen Standes erfordere, dass grundsätzlich einem Arzt für die Dauer des Ehrverlustes die Approbation entzogen werde. Eine Ausnahme hiervon sei nur für den Fall zuzulassen, dass ganz besondere Umstände die der Verurtheilung zu Grunde liegenden Handlungen in einem milderem Licht erscheinen liessen.

(Med. Ztg.)

Vorträge über gerichtliche Medizin.

Dem Cyklus von Vorträgen, welcher unentgeltlich im vorigen Jahre über Syphilis und Gonorrhoe in der Königl. Charitee abgehalten worden ist, wird sich im März und April 1902 ein Ergänzungscyklus über das gleiche Thema anschliessen. Vorher aber wird ein Cyklus aus dem Gebiet der gerichtlichen Medizin stattfinden, dessen Programm wir nachstehend im Wortlaut wiedergeben.

1. Feststellung des Todes u. der Todesursache	Geh. Med.-Rath Professor Dr. Virchow	Pathologisches Museum in der Charité	10. Febr.
2. Sachverständigen-thätigkeit u. Technik des Gerichts-arztes	Professor Dr. Strassmann	Pathologisches Museum in der Charité	14. Febr.
3. Gesundheits-zustand in civil- u. strafrechtlicher Beziehung	Professor Dr. Strassmann	Pathologisches Museum in der Charité	18. Febr.

4. Traumatische Todesarten	Gerichtsarzt Privatdozent Dr. Puppe	Pathologisches Museum in der Charité	21. Febr.
5. Tod durch gewalt-same Erstickung und abnorme Temperatur	Gerichtsarzt Privatdozent Dr. Puppe	Pathologisches Museum in der Charité	25. Febr.
6. Gifte	Geh. Med.-Rath Professor Dr. Liebreich	Pharmakologisches Institut der Universität, Dorotheenstrasse 34a	28. Febr.
7. Fortpflanzungs-fähigkeit, Schwangerschaft und Geburt	Geh. Med.-Rath Professor Dr. Olshausen	Pathologisches Museum in der Charité	4. März
8. Krimineller Abort und Kindesmord	Privatdozent Dr. Gottschalk	Pathologisches Museum in der Charité	7. März
9. Begriff der Zurechnungsfähigkeit in strafrechtlicher Hinsicht	Professor Dr. Mendel	Pathologisches Museum in der Charité	11. März
10. Die Geisteskranken in civilrechtlicher Hinsicht	Geh. Med.-Rath Professor Dr. Moeli	Pathologisches Museum in der Charité	14. März
11. Perverser Sexualtrieb und Sittlichkeitsverbrechen	Geh. Med.-Rath Professor Dr. Jolly	Psychiatrische und Nerven-Klinik der Charité	18. März
12. Die forensisch wichtigsten Seelenstörungen (insbesondere Hysterie und Epilepsie)	Professor Dr. Köppen	Psychiatrische und Nerven-Klinik der Charité	1. April

Neue Ministerialerlasse.

Erlass vom 26. November 1901 betr. die Gebühren der Kreisärzte für Obduktionsberichte.

Die Gebühren sind amtsärztliche, müssen daher von vollbesoldeten Kreisärzten an die Staatskasse abgeführt und bei nicht vollbesoldeten auf das pensionsfähige Einkommen angerechnet werden.

Erlass vom 26. November 1901 betr. Untersuchung unbemittelter Militärreklamanten.

Die Untersuchung von Reklamanten darf nur durch die Kreisärzte vorgenommen werden. Bei nachweislich Unbemittelten können die Kosten auf den Regierungsfond zu allgemeinen polizeilichen Zwecken übernommen werden.

Erlass vom 2. Dezember 1901 betr. die Tagegelder und Reisekosten, sowie die Fuhrkostenentschädigungen der Medizinalbeamten.

Für medizinal- oder sanitätspolizeiliche Verrichtungen im allgemeinen staatlichen Interesse, welche am Wohnort oder innerhalb 2 Kilometer von demselben zu vollziehen sind, wird bis auf Weiteres nach wie vor eine Entschädigung von je 1,50 Mark für Fuhrkosten gewährt.

Erlass vom 18. Dezember 1901 betr. Verrichtungen der Kreisärzte auf dem Gebiete der Schulhygiene.

Besprechung vorbehalten.

Erlass vom 9. Dezember 1901 betr. die Anzeige von Wohnortwechsel und Ableben eines zur Verfügung gestellten Medizinalbeamten.

Erlass vom 21. Dezember 1901 betr. strafrechtliche Verfolgung der Kurpfuscherei s. o.

Erlass vom 16. November 1901 betr. Untersuchungen von Trink- und Kesselspeisewasser durch die Versuchs- und Prüfungsanstalt für Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung in Berlin.

Erlass vom 11. Dezember 1901 betr. Mittheilung von dem Auftreten gefahrdrohender Volkskrankheiten an die Militärbehörden.