

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 Kaiserl. Reg.-Rath Berlin.	Dr. Roth Reg.- u. Geh. Med.-Rath Potsdam.	Dr. Silex Professor Berlin.	Dr. Stolper Breslau.	Dr. Windscheid Professor Leipzig.

Verantwortlicher Redakteur:

Dr. F. Leppmann

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

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

VIII. Jahrgang 1902.

№ 13.

Ausgegeben am 1. Juli.

Inhalt:

Originalien: Haug, Ueber Ohrfeigen, ihre Folgen und Begutachtung. (Fortsetzung folgt.) S. 265.

Huismans, Syringomyelie nach Lues. S. 269.

Bierfreund, Beiträge zur traumatischen Entstehung innerer Krankheiten in akutenmässiger Darstellung. II. Lungenentzündung mit Schulter- und Hüftgelenkentzündung kompliziert als Unfall. S. 270.

Brandt, Ein Todesfall in Folge Vergiftung mit Essigessenz. S. 272.

Referate: Sammelbericht. Curschmann, Leistungen und Bestrebungen auf dem Gebiete der Tuberkulose i. Jahre 1901. (Schluss.) S. 273.

Chirurgie. Martens, Zur Kenntniss der Lungen- und Wirbelsäulen-aktinomykose. S. 274.

Hahn, Ueber Rückenmarkschirurgie. S. 275.

Sudhoff, Eine Feilenzwinge über den Penis geschoben. S. 275.

Vogel, Klinische und experimentelle Beiträge zur Frage der peritonealen Adhäsion nach Laparotomien. S. 275.

Gynaekologie. Sengler, Ein Fall von Lufttritt in die Venen des puerperalen Uterus mit tödtlichem Ausgange. S. 276.

Fritsch, Kann man eine Nebenplazenta von einem Plazentarest unterscheiden? S. 276.

Bornträger, Geburtshilfliche tödtliche Fahrlässigkeit eines Arztes. S. 276.

Ohrenheilkunde. Fliess, Ueber den ursächlichen Zusammenhang von Nase und Geschlechtsorgan. S. 276.

Grosskopff, Die Ozaena. S. 277.

Collinet, Traitement des sténoses fibreuses du larynx. S. 277.

Aus Vereinen und Versammlungen. Kongress für Chirurgie. (Fortsetzung.) — Bericht über die 65. ordentliche Sitzung des Berliner bahnärztlichen Vereins. — Bericht über die 3. Generalversammlung des Vereins württembergischer Bahnärzte. — Die Jahresversammlung der Bahnärzte für den Direktionsbezirk Elberfeld. S. 277.

Gerichtliche Entscheidungen: Aus dem Reichs-Versicherungsamt. Gelbes Fieber als Betriebsunfall. S. 281.

Bücherbesprechungen. Jacobson, Leitfaden für die Revisionen der Drogen-, Gift- und Farbenhandlungen. — Kobert, Beiträge zur Kenntniss der Giftspinnen. — Kunkel, Handbuch der Toxikologie. — Zur Besprechung eingegangen. S. 282.

Tagesgeschichte: Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Preussen. — Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. — Statistische Zentralstelle für das Irrenwesen. — Zur Tollwuthstatistik. — Eine eigenthümliche Körperverletzung aus Eifersucht. — Neue Ministerialerlasse. S. 283.

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

Ueber Ohrfeigen, ihre Folgen und Begutachtung.

Eine kleine Studie für Aerzte und Sachverständige.

Von

Professor Dr. Rud. Haug.

Da Ohrfeigen, Maultschellen etc. ausserordentlich häufig Veranlassung geben zu ärztlicher und gerichtlicher Begutachtung, dürfte es vielleicht nicht ganz zwecklos erscheinen, dieses Thema in diesen Blättern etwas näher zu beleuchten. Es ist dies wohl um so eher nöthig, als bez. der Auffassung der Ohrfeige als Körperverletzung die Meinungen oft unheimlich auseinandergehen, und das ist auch nur natürlich, da die Folgen sich in den weitesten Grenzen bewegen können. Auch darf nie ausser Acht gelassen werden, dass die Verletzung oft bloß angeblich gewisse Folgen nach sich gezogen haben soll oder dass alte, bereits lange Zeit vorhandene Ohrprozesse plötzlich jetzt ihr Dasein der angeschuldigten

Verletzung verdanken sollen. Es soll im Folgenden lediglich die Folgewirkung der mit der Hand auf die Ohrgegend (nähere Nachbarschaft) applizirten Schläge, nicht aber die der mit harten Gegenständen (Schläge mit Stock, Steinen etc.) oder durch das Auffallen des Schädels verursachten Schädigungen in den Bereich der Betrachtungen eingezogen werden.

Die Beobachtungen, die den Grundstock dieser Betrachtungen ausmachen, entstammen dem reichen Materiale der mir seit 17 Jahren unterstellten Ohrenpoliklinik (mit jährlich ca. 3000 Ohrenpatienten); sie stellen die rein persönlichen Erfahrungen dar, die ich als Arzt und zum grossen Theile auch als gerichtlicher Sachverständiger in über 300 Fällen von Ohrverletzung (durch Ohrfeigen etc.) zu gewinnen in der Lage war. (Die Zahl derartiger Ohrverletzungen in diesem (1902) Jahre war allein schon 17 bis Juni).

Vergegenwärtigen wir uns zunächst einmal, als grundbegrifflich, das Zustandekommen der eventuellen Ohrverletzung, den mechanischen Vorgang bei der Ohrfeigenapplikation.

Zumeist wird mit der rechten Hand zugeschlagen, da

die meisten Menschen rechtshändig sind, und zwar von vorn her, so dass die linke Ohrgegend getroffen wird. Seltener wird der Handrücken zum Schlag benutzt, meist die flache Hand, ziemlich oft auch die Faust. Fällt der Schlag auf die rechte Seite, so war er entweder von einem Linkshänder oder von rückwärts her ausgeführt.

Nun ist es selbstverständlich, dass gewisse Momente zusammenkommen müssen, um eine Verletzung auszulösen, denn es kommt ja zu vielen, vielen Malen vor, dass nach einer derartigen Gewalteinwirkung gar nicht die Spur einer Verletzung sich bemerkbar macht, weder für den Augenblick noch später. Es kommt häufig genug vor, dass oft verhältnissmässig absolut sehr kräftige Gewalteinwirkungen ganz ohne jede Spur verlaufen, während andererseits zuweilen relativ geringfügig scheinende eine ungeahnte Rückwirkung äussern.

Woran liegt das? Welche Momente nun sind es, deren zufälliges Zusammentreffen die Hauptfaktoren zur Grundlage der Verletzung bilden?

Zunächst gehört einmal dazu ein, wenn auch nur momentan eingetretener luftdichter Abschluss des Gehörganges durch die schlagende Hand. Sie legt sich, oft nur gerade mit einem Finger, so auf den Gehörgangseingang, dass die im Gehörgange befindliche Luftsäule eine plötzliche Volumensänderung erfahren muss, und rasch komprimirt wird.

Nun sucht sich aber, einem alten physikalischen Lehrsatze zufolge, die verdichtete Luft wieder auszudehnen und strebt nach dem Orte des geringsten Widerstandes. Sie muss also, da sie nach aussen nicht mehr entweichen kann, auf das Trommelfell und die Gehörknöchelchenkette einwirken. Diese Einwirkung der Luftverdichtungswelle kann nun eine verschiedenartige sein: entweder kommt es zur partiellen oder totalen Durchreissung des Trommelfelles oder es wird, wenn sich die Kraft nicht in dem Trommelfellrisse oder in partiellen Blutaustritten erschöpft, die ganze Gehörknöchelchenkette unter sehr starkem Drucke rasch nach einwärts getrieben, so dass eine eben so starke Schwankung im inneren Ohre, im Labyrinthwasser, das die zarten Endigungen der Hörnerven umspült, erzeugt werden muss. Je nachdem sich die Folgen dieses akuten Wellensturzes wieder ausgleichen oder nicht, richten sich die zeitweiligen oder dauernden Störungen des Hörnervenabschnittes.

Ausser diesem ersten und hauptsächlichsten Gelegenheitsmomente haben wir selbstverständlich noch die mit jedem Schläge untrennbar verbundene Erschütterung als weiteren Faktor nicht ausser Acht zu lassen, die eine sich durch die Knochenmasse des Schädels fortpflanzende molekulare Schwankung hervorzurufen vermag.

Nach diesen zwei Grundfaktoren rangiren noch etliche andere Hilfsmomente. Erstlich einmal die Ueberraschung, der das Organ für den Augenblick verfällt. Wir wissen, dass wir in unserem Ohre einen Muskel haben, den Trommelfellspanner, der sich spontan zusammenzieht, sobald wir vorbereitet werden, dass eine stärkere Schalleinwirkung (Schussdetonation etc.) unser Gehörorgan treffen wird. Durch diese vorausgehende Spannung der Trommelfellfasern erhalten wir einen gewissen Schutz, dessen eben das durch den Schlag überraschte Ohr entbehren wird.

Wichtiger aber als das temporäre Ausgeschaltetsein dieses Schutzes ist eine durch die praktische Erfahrung und vielseitigste Beobachtung von allen Seiten konstatierte Thatsache, dass die der Gewalteinwirkung zum Opfer fallenden Trommelfelle oder Gehörorgane sehr häufig schon vorher nicht mehr ganz normal gewesen, durch vorausgegangene krankhafte Prozesse in ihrer Resistenzfähigkeit beeinträchtigt sind.

Damit ist aber selbstverständlich nicht gesagt, dass ein gesundes Ohr immer einer Beeinträchtigung seiner Funktion bei einer derartigen Gewalteinwirkung entgehe, es kommt noch oft genug vor, dass bisher ganz gesunde Ohren mehr oder weniger starke Läsionen aufweisen. Immerhin aber muss die Gewalteinwirkung in solchen Fällen eine relativ sehr starke und das Zusammentreffen der Hilfsfaktoren ein besonders ungünstiges gewesen sein, wenn wir uns vor Augen halten, dass die eine sehr hohe ist. Es hat sich durch Experimente nämlich feststellen lassen, dass das menschliche Trommelfell erst bei einer Belastung mit einer Säule von 140—160 cm Quecksilber, also bei einem Druck von nahezu $1\frac{3}{4}$ Atmosphären einreiss, während das vieler Thiere schon lange unter 100 cm eine Trennung seiner Kontinuität erleidet.

Auch dürfen wir aus der Thatsache, dass häufiger vorher nicht ganz normale Gehörorgane der Verletzung leichter erliegen, keine mildernden Umstände für den Thäter ziehen, denn diese Ohren haben für ihren Besitzer genau denselben Werth gehabt, wie die normalen.

Nun zur Verletzung selbst.

Es mag hierbei aber bemerkt sein, dass, obschon diese Ausführungen eigentlich speziell auf die Ohrfeigenverletzungen Bezug nehmen, doch auch die durch Schläge, Detonationen, Explosionen, Lokomotivpfeife etc. hervorgerufenen Läsionen des Gehörorganes in gleicher oder wenigstens nahezu gleicher Weise zu beurtheilen sind, so dass also diese Schilderung auch mit für sie gelten kann.

Die Folgen einer derartigen Luftdruckschwankung, kombiniert mit Erschütterung, können für das Ohr dreifach sein.

1. Blutungen und Zerreibungen des Trommelfells allein ohne Labyrintherschütterung.
2. Labyrintherschütterungen ohne Trommelfellruptur.
3. Trommelfellzerreibungen mit Labyrintherschütterung.

Was zunächst die subjektiven Symptome anbelangt, die diesen drei Gruppen angehörige Verletzte anzugeben pflegen, so ist es häufig, insbesondere in den Fällen, in welchen das Trommelfell zur Ruptur gelangte, zuerst ein im Momente der Verletzung sich fühlbar machendes Geräusch eines dumpfen Knalles im Ohre, an das sich Schmerzempfindungen verschiedensten Grades — vom leichtesten Zucken bis zum intensivsten wirklichen Schmerz — direkt anschliessen können; es ist aber durchaus nicht der Fall, dass jedesmal Schmerz empfunden wird. Es folgen nicht selten weiter ohnmachtsähnliche Zustände, die dann und wann in wirkliche Ohnmacht übergehen, aus welchen sich die Patienten zwar meistens verhältnissmässig rasch wieder erholen, doch sind, für die erste Zeit wenigstens noch, leichtere, selbst schwerere Gleichgewichtsstörungen, so dass die Patienten schwindelig sind, taumeln, schwanken, bei stärkeren Läsionen nicht selten.

Sehr häufig klagen die Verletzten über subjektive Geräusche. Gewöhnlich wird das Geräusch als Sausen und dumpfes Brummen bezeichnet, jedoch oft genug auch als Läuten, Pulsiren, Pfeifen, Klingeln, Zischen, Stampfen (wie beim Dampfschiff) u. s. w.

Es entsprechen da Bezeichnungen von Seite der Patienten manchmal weniger dem wirklichen Charakter des thatsächlich vorhandenen Geräusches, als vielmehr dem Ideen- und Beschäftigungskreise der Verletzten; so versicherte mich ein Mann, ehemaliger Matrose, er höre auf seinem seit 1 Tage traumatisch erkrankten Ohre ein beständiges Stampfen wie von einem schwergelenden Dampfschiffe herrührend: wäre er eine Landratte und nicht zufällig eine Wasserratte gewesen, so wäre er wohl schwerlich auf diesen Vergleich gekommen.

Als letztes Symptom hätten wir schliesslich die *functio laesa*, die Herabsetzung des Vermögens. Wir würden sehr irre gehen, wollten wir annehmen, die Hörfunktion sei durchgehends beeinträchtigt oder gar aufgehoben. Es giebt gerade genug Fälle, in welchen das Hörvermögen gar nicht oder nur sehr wenig beeinträchtigt ist. Am allerwenigsten darf man glauben, es entspreche die Schwächung der Hörnerven der Grösse und Ausdehnung eines eventuell begleitenden Trommelfellrisses. Gar nicht selten treffen wir traumatische Trommelfellrupturen, bei welchen das Hören fast nicht, nur in geringem Grade vermindert ist, während wir andererseits oft finden, dass ein Ohr, dessen Trommelfell bei Gelegenheit der einwirkenden Luftdruckschwankung nicht im Mindesten in seiner Kontinuität gelitten hat, hochgradig harthörig bis ganz taub für die Umgangssprache, nicht blos für die Prüfungsflüstersprache, geworden ist. Selbstverständlich giebt es aber auch besonders unglücklich gelagerte Fälle, in denen die Kombination von Zerreiassung der Trommelfellsubstanz mit Erschütterung des akustischen Apparates höchstgradige Funktionsstörung nach sich ziehen kann.

Wir haben nun weiter die für uns natürlich speziell notwendigen objektiven Erscheinungen zu erörtern. Zunächst wissen wir bezüglich der verletzten Seite im Allgemeinen, dass bei Ohrfeigen und Schlägen zumeist die linke Seite die getroffene ist, was ja, wie bereits oben gesagt, seinen Grund natürlich einfach darin hat, dass die Mehrzahl der Menschen rechtshändig ist. Ist das rechte Ohr in Mitleidenschaft gezogen, so war der Attentäter linkshändig oder der Schlag wurde von rückwärts her appliziert. Es ist mitunter gar nicht unwichtig für die Beurtheilung, sich dieser Momente zu erinnern.

(Bei allen anderen Luftverdichtungstraumen kommt der Ort, von dem die Schall- und Erschütterungswelle ausgeht, in Betracht, insbesondere in welcher Entfernung und Richtung sie zur Wirkung gelangen konnte.)

Was nun zuvörderst die mit Ein- oder Zerreiassung der Membran einhergehenden Luftdruckläsionen anbelangt, so finden wir fast durchgehends nur eine Ruptur: sehr selten kommt es zu zwei Einrissen und drei oder noch mehr gehören schon zu geradezu kolossalen Raritäten. Von Bonnafont wird eine siebförmige Durchlöcherung des Trommelfells als Folge einer Explosion angeführt.

Der Sitz einer Luftdruckruptur ist immer die sogenannte intermediäre Zone, d. h. die Lücke befindet sich durchgehends zwischen dem Hammergriffe, vor- oder rückwärts desselben, und der peripheren Umsäumung des Trommelfells, ohne im Allgemeinen den Sehnenwulst zu überschreiten. Sie unterscheidet sich also hier von der durch direkte Gewalt oder direkte Erschütterung des Schädels hervorgebrachten Läsion, indem es bei dieser gar nicht zu selten vorkommt, dass sich der Riss auf den Sehnenwulst und den Paukenring fortsetzt als Knochenfissur; selbstverständlich aber darf deshalb dieses Durchreiassen des Knochensaumes nicht als absolut pathognomonisch für die Ruptur der letzten Kategorie aufgefasst werden. Sehr häufig sitzt die Ruptur in der hinteren Hälfte des Trommelfells, jedoch kommt sie auch ebenso gar nicht selten in der vorderen Hälfte zur Beobachtung; Einrisse in der Nähe des Lichtkegels oder innerhalb desselben können insbesondere unter Umständen gewisse Schwierigkeiten bezüglich ihrer Erkennung darbieten.

Die Gestalt der Ruptur ist entweder die eines einfachen dunkel- und scharfkontourirten linearen, nur ausnahmsweise zackigen Risses oder aber, und das ist das bei Weitem Gewöhnlichere, eines Schlitzes oder Loches. Wir dürfen aber hier nicht vergessen, dass es uns nicht nur sehr selten ver-

gönnt ist, eine derartige Läsion unmittelbar, wenige Minuten nach ihrer Entstehung zu beobachten; es vergehen meist Stunden bis Tage, ehe wir sie zu Gesicht bekommen und innerhalb dieses für den weiteren Verlauf einer Ruptur relativ schon langen und bedeutungsvollen Zeitraumes haben die durchrisse- nen Radiär- und Zirkulärfasern sich längst zurückgezogen, so dass aus dem vielleicht anfänglich noch linear gewesenen Risse eben jetzt ein spindelförmiger oder ovaler Substanzverlust geworden ist.

Wir finden also in der Mehrzahl der Fälle ein deutliches, längs gestelltes, spindeliges oder ovales, zuweilen aber auch ein dreieckiges oder rundliches Loch vor uns, dessen Ränder zwar ausserordentlich fein, aber immer, beim frischen Trauma, ganz scharf kontourirt sind. Wir werden bei der Differentialdiagnose sehen, dass sich die Eiterungsperforationen wesentlich anders zu verhalten pflegen.

Fast gewöhnlich beobachten wir weiter in den der Lücke direkt benachbarten Trommelfellpartien Blutextravasate, die theils diffus in die weitere Umgebung ausstrahlen, theils schärfer begrenzt erscheinen; die Blutung erfolgt hierbei aber fast nie auf die freie Oberfläche, wie dies bei direkten Traumen zuweilen der Fall ist. Ausser diesen also an den Rändern der Ruptur sichtbaren Blutungen bemerken wir aber noch ziemlich regelmässig kleinere punkt- oder strichförmige Blutaustritte auf den verschiedensten Stellen der Membran, die bei allen frischen Traumen und bei Fehlen von beginnender Infektion ihre normale Farbe und Transparenz behalten hat und höchstens einen leicht injizierten Gefässstrang längs des Hammergriffes aufweist; zuweilen ist auch neben diesem Gefässbunde noch ein diffuser Blutstreifen am Hammergriff sichtbar. Die kleinen Blutungen und Streifen weisen gleich den Randblutungen oft Farbenunterschiede auf, indem sie sich bald als hellrothe bald als schwarzrothe Fleckchen dokumentiren; wir können in dem ersten Falle annehmen, dass die Blutungen ihren Sitz innerhalb der tieferen Schichten des Trommelfelles haben, im letzteren dagegen, dass sie subepidermoidal sitzen. Diese Blutungen gehören mit zu den wichtigsten Erkennungszeichen des Traumas, wie wir weiter unten sehen werden, und fehlen fast nur bei atrophischen Trommelfellen, insbesondere bei durchschlagenen dünnen atrophischen Narben.

Die Grösse der Ruptur kann sich innerhalb sehr verschiedener Grenzen bewegen, von Stecknadelstichgrösse, vom Umfange eines Kommas bis zu den grossen, ganze Segmente oder die eine Hälfte des Trommelfells umfassenden Rupturirungen.

Sehr häufig haben die Rupturen die Grösse etwa eines Hanfkornes oder Gerstenkornes. Bei den gerade genannten umfänglicheren Läsionen finden wir nicht selten eine Lappenbildung, so dass ein mehr oder weniger dreieckiger Fetzen in die Paukenhöhle hineingeschlagen und in sie hineingekehrt erscheint. In sehr seltenen Fällen kann es auch vorkommen, dass a priori das ganze Trommelfell auf einmal in die Trommelhöhle hineingeschlagen, also vom Knochensaume abgetrennt wird. Sehr kleine und kleine bis hanfkorn-grosse Rupturen sehen gewöhnlich schwarz aus oder sind wenigstens mit ziemlich dunkeltem Hintergrund versehen, von dem sie sich scharf abheben. So sah ich auch in jüngster Zeit eine doppel-seitige Luftdruckruptur, die sich dadurch merkwürdiger Weise auszeichnete, dass auf beiden Seiten genau an derselben korrespondierenden Stelle, in der Mitte des hinteren obern Quadranten, ein ganz minimales rundes schwarzes Loch sich befand; es sah gerade aus, als ob das Trommelfell da mit einer Nähnadel durchstochen worden wäre. Der Bursche hatte auf beide Seiten Ohrfeigen appliziert erhalten.

Besondere Schwierigkeiten bezüglich der Erkennung können

die Rupturen im Gebiete des Lichtkegels, also im vorderen unteren Quadranten, bereiten; man kann sie da oft von vornherein überhaupt noch nicht als solche erkennen, sondern sieht bloß eine Strichelung oder ein Zerknittertsein des Lichtkegels und erst bei der Auskultation mit nachfolgender Okularinspektion entpuppen sie sich als Risse. Es gilt dies natürlich bloß für die kleinen, feinen, haarähnlichen Risse dieser Region; umfänglichere werden das gleiche Gepräge haben wie die bisher geschilderten, ob schon ihr Verhalten immerhin durch die Existenz des Lichtkegels etwas modifiziert werden kann.

Zuweilen trägt auch zur Schwierigkeit der Erkennung von Läsionen im vorderen unteren Quadranten eine besondere Schiefstellung der Membran oder eine stark buckelförmige Entwicklung der unteren Gehörgangswand bei, die den Einblick erschwert. (Bei Individuen mit starker Entwicklung des Kiefergelenkes.)

Wie die gerade oben geschilderten kleinen Rupturen, so heben sich auch die grösseren und grossen Substanzverluste vermöge des früher schon erwähnten, allen Luftdruckrupturen eigenthümlichen feinen und scharf kontourirten Randes, den wir wohl nur bei den leichten Lichtkegeleinrissen vermissen, von ihrem Untergrunde sehr deutlich ab, aber hier wird dieser Hintergrund nicht mehr schwarz erscheinen, sondern blässröthlich oder gelblich. Wir sehen nämlich bei derartig grossen Substanzverlusten die Paukenwand, meist die gegenüber der Labyrinthwand als gelbliche oder rein knochengelbe Partie vor uns und eine eventuelle Betastung mittelst der Sonde, die aber durchaus nicht anzurathen ist im Allgemeinen, würde uns sofort den absoluten Beweis liefern, dass wir nur die Knochenwand vor uns haben können. (siehe Differentialdiagnose). Und schliesslich haben wir noch das Rupturgeräusch, das sich hier als ein weiches, hauchend-blasendes Geräusch dokumentirt im Gegensatze zu dem Perforationsgeräusche z. B. bei Eiterungsprozessen (siehe Differentialdiagnose). Es mag aber hier gleich bemerkt werden, dass wir so wenig als möglich, bei deutlich gegebenen anderen diagnostischen Faktoren, auf dieses diagnostische Hilfsmittel rekurren sollen, einmal weil die Wundränder wieder aus einander gerissen und die Heilung somit verlangsamt wird und dann zweitens hauptsächlich deshalb, weil eine Infektion der Wunde vom Nasenrachenraume aus durchaus nicht zu den Unmöglichkeiten oder Seltenheiten gehört.

Die Herabsetzung des Hörvermögens ist bei den einfachen unkomplizirten Luftdruckrupturen selten eine hochgradige. Gewöhnlich verstehen die Patienten die Konversationsprache auf ziemliche Entfernung noch deutlich und auch die Flüstersprache wird oft noch auf Entfernung von 1 bis 2 und mehr Metern wahrgenommen.

Einen sehr wichtigen Beweis, dass es sich im gegebenen Rupturfalle bloß um eine Läsion des Trommelfells, also des schalleitenden Apparates und nicht um eine gleichzeitige Erschütterung der Hörnerven handelt, erhalten wir durch die Ausführung des Weber'schen Versuches. In all den Fällen von reiner Läsion des Schalleitungsapparates (Trommelfell mit Adnexen) wird, vorausgegangene andere Erkrankungsprozesse natürlich ausgeschlossen, der Ton einer auf den Scheitel aufgesetzten schwingenden Stimmgabel deutlich und nur auf dem verletzten Ohre vom Patienten wahrgenommen. Die nähere Würdigung all dieser Verhältnisse werden wir bei der Darstellung der Begutachtung finden.

Wir haben nun die am Trommelfelle sich bei Luftdruckrupturen abspielenden objektiven Erscheinungen kennen gelernt und es wird jetzt zweckmässig sein, hieran gleich die Momente, durch vergleichende Betrachtung gewonnen, zu knüpfen, die uns eine Differentialdiagnose ermöglichen,

ob im gegebenen Falle ein Trauma als Ursache der Veränderungen anzunehmen ist oder nicht.

Zuerst haben wir hier die Ränder des Substanzverlustes zu berücksichtigen. Bei unserer traumatischen Ruptur sind die Ränder immer dünn und scharf gezeichnet, bei der durch Eiterungsprozesse bedingten Perforation dagegen sind sie, insbesondere bei chronischen Prozessen, abgeflacht, sehr häufig direkt gewulstet und dick, oft sind dabei noch Kalkeinlagerungen verschiedenen Grades in den Rändern selbst bemerkbar, wie auch an anderen Stellen der Membranen. Die Form der Ruptur*) ist die eines Risses, Spaltes oder einer mehr weniger ausgeprägten Spindel, auch ovoid oder dreieckig; die Perforation ist meist rundlich; nimmt sie ein grösseres Areal ein, so tritt sie gerne in Nieren oder Kartenherzform auf. Es ist aber daran festzuhalten, dass man aus der Form der Lücke allein nie und nimmer einen absoluten Rückschluss machen darf.

Ein weiteres wichtiges und vielleicht überhaupt das wichtigste Erkennungszeichen sind die Blutextravasate in unmittelbarer Nachbarschaft der Ruptur sowie die zerstreuten vielfachen punkt- oder strichförmigen Blutungen auf den übrigen Partien der Membran, von der sie sich, da die Membran beim reinen Luftdrucktrauma ihre völlig normale perlgraue Farbe, ihren normalen Glanz ohne jede Beimischung von begleitender Entzündungsröthe zu behalten pflegt, scharf abheben. Die Blutungen, die sich innerhalb des Trommelfellgewebes bei akut entzündlichen Prozessen, insbesondere häufig bei Infektionskrankheiten einstellen, sind fast immer begleitet von lebhafter Entzündungsröthe des Trommelfells; sie treten auf hell- oder saturirt dunkelrothem Untergrunde, an dem man keinen Hammergriff, keinen Lichtkegel, keine Kontour mehr unterscheiden kann, auf. Zudem sind die Letzteren immer sekundirt von heftigem Schmerz und Allgemeinerscheinungen (Fieber etc.), was Alles beim reinen Trauma als solchem fehlt.

Aber den traumatischen Trommelfellblutungen wohnt noch ein weiteres Eigenthümliches inne, das sie für die Diagnose, speziell noch für die Spätdiagnose des Traumas — und das gilt für alle Verletzungen des Trommelfells, die indirekten, wie die direkten — wichtig erscheinen lässt. Sie haben nämlich durchgehends eine verhältnissmässig sehr lange Existenzdauer; sie halten sich nicht bloß etliche Tage lang, sondern bleiben über mehrere Wochen (bis zu sechs Wochen) sichtbar; allerdings pflegen sie nicht an dem ursprünglichen Entstehungsplatze für die ganze Zeit stehen zu bleiben, da die Ecchymosen bekanntlich auf oder in dem Trommelfelle wandern, und zwar geschieht das immer von der Mitte gegen die Peripherie hin zu. Das thut aber ihrer Wichtigkeit in dieser speziellen Hinsicht nicht den mindesten Abbruch, da wir aus ihrem Dasein, auch lange nachdem sich die Ruptur vielleicht schon geschlossen hat und kaum mehr als Narbe zu erkennen ist, mit absoluter Sicherheit schliessen können, dass ein Trauma stattgefunden haben müsse.

Es ist diese Eigenthümlichkeit der circumscribten Blutungen um so werthvoller, als die übrigen Merkmale des Traumas, sowohl die beschriebenen als die folgenden, entweder innerhalb sehr kurzer Frist zu verschwinden oder sich zu verändern pflegen, derart, dass ein absoluter Rückschluss auf das Trauma nicht mehr möglich ist, da die Diagnose durch die andern Begleiterscheinungen selten über dreimal 24 Stunden hinaus möglich. Eine kleine Einbusse erleiden die Blutungen bezüglich ihrer diagnostischen Werthigkeit aller-

*) Unter Ruptur verstehen wir ein für allemal hier die traumatische Durchreissung des Trommelfells, während Perforation lediglich für die durch Erkrankungsprozesse (Eiterungen) hervorgerufenen Substanzverlust des Trommelfells zu gelten hat. *

dings dadurch, dass sie, wie bereits früher angedeutet, bei atrophischen Trommelfellen fehlen können oder wenigstens nur in geringem Masse zur Beobachtung gelangen. Für alle anderen aber, also für die Mehrzahl der verletzten Membranen, bleibt ihre Wichtigkeit uneingeschränkt.

Ein anderes differentiell-diagnostisches Moment begegnet uns in dem Aussehen des Untergrundes der Lücke. Bei irgendwie grösseren frischen Rupturen, die über Punkt- oder Strichgrösse hinausgehen, insbesondere bei den grossen, sehen wir ganz deutlich die Pauken-Labyrinthwand gelblich, blass, von Knochenfarbe, ohne jede Spur von entzündlicher Reizung; bei den Perforationen dagegen ist die Paukenschleimhaut als röthliche oder zumeist als direkt rothe, hyperämische, glänzende oder granulirte Schleimhaut sichtbar. Sekret fehlt bei einer Luftdruckruptur, wenn sie nicht infiziert ist oder Flüssigkeit in den Gehörgang gebracht wurde, durchgehends, während es bei bestehenden Eiterungsprozessen leicht nachweisbar ist durch Sonde und Watte und durch die Luftdouche; bei den sogenannten persistenten Lücken kann natürlich auch zur Zeit das Sekret fehlen, indess werden sich die durch den Charakter der Ränder, das Verhalten des Trommelfells im Allgemeinen (Trübungen, Verdichtungen, Kalkeinlagerungen, Adhäsionen etc.), als den Residuen eines chronischen, abgelaufenen Prozesses angehörig, dokumentieren.

Wichtig für die differentielle Diagnose ist dann noch die Art des Rupturgeräusches. Es ist nach den Beobachtungen von Politzer, die grösstentheils von anderen Autoren bestätigt werden konnten und auch nach meiner Erfahrung, n, wie oben bereits angedeutet wurde, fast durchgehends bei den Luftdruckrupturen ein einfaches weiches, hauchendes, blasendes Geräusch, ohne Sekretbeiklang und es tritt schon hörbar auf sowohl durch den Auskultationsschlauch als auch frei, bei den allergeringsten Luftverdichtungen im Cavum naso-pharyngem, also beim leichtesten Valsalva, beim leichten Schnäuzen u. s. f.; es erfordert einen sehr geringen Kraftaufwand, um hörbar zu werden.

Bei den Perforationen hingegen, insbesondere bei den kleinen bis mittelgrossen — und die kommen ja beim frischen Trauma zumeist in Frage — repräsentirt sich das Geräusch als Perforationsgeräusch von hart zischendem, pfeifendem Charakter, das, oft mit deutlichem Sekrettrasseln verbunden, (schon ohne Auskultationsschlauch) durch ganze Zimmer weit laut und deutlich gehört wird. Dabei ist aber meist eine viel stärkere Druckkraft nöthig, der Patient muss oft fest pressen, bis das Geräusch zu Tage tritt. Letzteres gilt im Allgemeinen auch für die persistenten trockenen Trommelfelllücken, bei welchen das Perforationsgeräusch sich dem Rupturgeräusch mitunter nähern kann, aber es behält, im Gegensatze zur Ruptur, immer eine gewisse Härte des Anschlages.

Endlich hätten wir als letztes der differentiellen Momente heranzuziehen die Zeitdauer der Heilung. Die Heilung beansprucht bei den Luftdruckrupturen (natürlich nicht infizierten) durchschnittlich einen kleinen Zeitraum, indem die meisten innerhalb drei bis zwölf Tagen sich dauernd zu schliessen pflegen. Es gilt das natürlich blos für bisher gesunde Trommelfelle im Allgemeinen, eben so wie für physisch sonst gesunde Individuen. Die Heilungsdauer kann, aber es ist dies nur ausnahmsweise der Fall, durch gleichzeitig bestehende, insbesondere konsumirende Allgemeinerkrankungen (Diabetes, Tuberkulose, Chlorose etc.) hinausgezogen werden. Ein Grund aber einer verzögerten Heilung liegt oft in den absolut willkürlichen Luftverdichtungen (absichtliches Schnäuzen und Pressen), welche die Patienten vornehmen, um durch das immerfortwährende Wiederaufreissen der Ränder die Sache möglichst in die Länge zu ziehen, da sie hoffen, hierdurch

auf dem Prozesswege eine für sie möglichst günstige Entscheidung zu erzielen resp. eine möglichst hohe Entschädigungssumme zu erreichen. Es kommt das gar nicht so selten vor, als man glauben möchte. Trotzdem können aber die Patienten die schliessliche Heilung nicht verhindern.

Ein eigentliches Ausbleiben der Heilung, ohne dass Eiterung vorher eingetreten wäre, mithin die Bildung eines trockenen persistenten Loches, kommt nur ganz ausnahmsweise zur Beobachtung und dann sind es wieder die atrophischen Trommelfelle, bei welchen sich das zeigt.

Die durch vorausgegangene oder bestehende chronische Eiterungsprozesse zu Stande gebrachten Perforationen kennzeichnen sich, wie allbekannt, eben dadurch schon, dass sie innerhalb der für die Heilung einer Ruptur durchschnittlich gegebenen Zeit nie zur Ausheilung kommen, ja dass sie sich innerhalb dieses Zeitraumes kaum verändern.

In dem vorausgehend Skizzirten ist auch der Verlauf der einfachen unkomplizierten Luftdruckruptur so ziemlich enthalten; wir brauchen blos noch zuzufügen, dass das an und für sich hierbei häufig nicht hochgradig herabgesetzte Hörvermögen sich im Laufe der nächsten Wochen wieder herzustellen pflegt; auch die subjektiven Geräusche mindern sich und sistiren, obwohl es schon hier, bei den unkomplizierten Rupturen, nicht zu selten zur Beobachtung kommt, dass sie sich auf lange Zeitdauer erstrecken (monatelang). Schmerz ist bei der einfachen Ruptur, nach dem ersten, wohl nie mehr welcher vorhanden, eben so wie auch alle anfänglichen Erscheinungen (Schwindel etc.) sich nicht weiter wiederholen.

(Fortsetzung folgt.)

Aus der inneren Abtheilung des St. Vincenzhauses, Köln.

Syringomyelie nach Lues.*)

Von
Dr. L. Huismans,
Oberarzt.

Das Wort Syringomyelie ist sowohl klinisch wie ätiologisch ein Sammelbegriff. Denn wie klinisch die Röhrenbildung je nach Sitz und Verlauf die verschiedenartigsten Bilder erzeugt, so ist auch die Aetiologie derselben durchaus heterogen.

Bezüglich des ersten Punktes kann ich wohl kurz verweisen auf die Arbeit von Rummo über traumatische Syringomyelie (Riforma med. 1901, 1 und 2). Derselbe stellt unter Hinweis auf die zahlreichen Fälle von anomaler und rudimentärer Syringomyelie sechs verschiedene Typen auf, auf welche ich schon deshalb nicht eingehen möchte, weil es mir überhaupt unzweckmässig erscheint, bei dem proteusartigen Bilde der Krankheit wieder zu klassifizieren.

Bezüglich der Aetiologie der Syringomyelie erwähne ich die Arbeiten von Saxer¹⁾, welcher schon 1896 die entzündliche Genese der Syringomyelie für manche Fälle betonte, auch die Arbeit von Ebstein und Schwalbe²⁾ — dieselben bringen Gefässveränderungen mit dem pathologischen Bilde in Verbindung.

In ähnlichem Sinne sprachen sich A. Pick³⁾ und Brasch⁴⁾ aus.

Ich selbst hielt mich für berechtigt, in einem Artikel „Trauma, Myelitis, Syringomyelie“, welcher demnächst in der Zeitschrift für klinische Medizin erscheinen wird, folgenden Satz aufzustellen:

Das Bild der Syringomyelie kann durch Gliomatose (oder

*) Vortrag, gehalten im allgemeinen ärztlichen Verein in Köln am 16. Juni 1902.

durch Sekundärinfektion einer Blutung) im Rückenmark hervorgerufen werden. In den meisten Fällen aber liegt demselben eine chronisch fortschreitende, in Erweichung übergehende infektiöse Rückenmarks-Entzündung im Anschluss an Embolie resp. Thrombose der zentralen Gefässe des Cervikalmarkes zu Grunde.

Ich darf dabei wohl nochmals anführen, dass Westphal⁵⁾ in autopsia „obliterirte Gefässe direkt in circumscriphte grössere Degenerationen einmünden sah“ — letztere sind als myelitische Erweichungsherde aufzufassen.

Diese Herde können sowohl akuten wie chronischen Infektionskrankheiten ihren Ursprung verdanken und also z. B. sowohl einer Angina als einer Lues angehören.

Bezüglich der ätiologischen Bedeutung der Lues zitiert Westphal (l. c.) die gleichen Anschauungen von Fr. Müller, Meder und Fr. Schultze.

Bei dem von mir im Augenblick noch behandelten Syringomyelie-Kranken, dessen Anamnese und Status ich Ihnen kurz skizziren möchte, stehe ich nicht an, neben einem vor sechs Jahren überstandenen Trauma, auf dessen Bedeutung ich unten noch kurz eingehen werde, eine alte Lues als bedeutsam für die Krankheit zu erklären.

Der Schlosser J. G., 51 Jahre alt, stammt aus gesunder Familie. Vor 32 Jahren acquirirte er ein ulcus durum, sonst will Patient immer gesund gewesen sein. Vor sechs Jahren fiel G. auf die rechte Schulter. Von diesem Zeitpunkte ab stellten sich ziehende Schmerzen im rechten Arm ein. Ausserdem bemerkte Patient, dass die Muskulatur der rechten Schulter und des rechten Oberarmes abmagerte, bis schliesslich eine vollkommene Funktionsunfähigkeit des rechten Armes eintrat. Vor 1½ Jahren zeigte sich Gürtelgefühl sowie Schmerz und Schwäche im linken Bein.

Status praesens: Bei Fehlen aller bulbären Symptome fällt sofort in die Augen eine starke Abmagerung der rechten Schulter und des rechten Armes (Supra- und infraspinatus, Deltoides, Pectoralis major, Biceps brachii) mit fibrillären Zuckungen und Entartungsreaktion in diesen Muskeln bei erhaltener Unterarm- und Handmuskulatur.

Im Bereich dieser atrophischen Muskeln, sowie am ganzen Oberkörper ist Schmerz- und Temperatursinn erloschen, die übrige Sensibilität, mit Ausnahme in der Haut des Bauches, normal.

Das Gürtelgefühl steigert sich zeitweise zu ausstrahlenden Schmerzen in der Lebergegend. Als wir gegen dieselben eine Ableitung durch ein Capsicum-Pflaster versucht hatten, entwickelte sich an der Stelle derselben ein zirka handteller-grosser Karbunkel, welcher ohne Schmerz verlief und erst in 4 Wochen heilte — ein Beweis, dass der erste Schmerz ein spinal entstandener, wahrscheinlich auf meningitischer Ursache beruhender war.

Deutliche Kyphoskoliose.

An den Knochen und Gelenken nichts Abnormes, ausser einem deutlichen Knarren im rechten Schultergelenk. (Arthropathie.)

An den unteren Extremitäten besteht ausser einer leichten Herabsetzung der groben Kraft im linken Bein eine sehr bedeutende Steigerung der Kniescheiben- und Achillessehnenreflexe. Neben dem sehr lebhaften Fusssohlen-Kitzelreflex ist auch der Babinskische Reflex deutlich auslösbar.

Patient erhält Jodkali und wird ausserdem elektrisch behandelt.

Die Röhre beginnt bei unserem Patienten offenbar im Cervikalmark, verläuft zunächst in der grauen Substanz; sie erreicht aber schon im untersten Brustmark die Oberfläche des Rückenmarkes. Ich stelle mir ferner vor, dass sie sich in

dieser Höhe nach rechts und links theilt. So wird das den Körper umgreifende Gürtelgefühl und die Steigerung der Reflexe an den unteren Extremitäten verständlich, ersteres auf einem sekundären spinalmeningitischen, hauptsächlich rechts (ausstrahlende Schmerzen) bestehenden Prozess, letztere auf einem beiderseitigen Mitergriffensein der Pyramidenseitenstrangbahnen beruhend.

Ich hatte in einem früheren Falle (7 und 8) für 100-prozentige Erwerbsunfähigkeit entschieden, weil ein vorher gesunder Mann im Anschluss an ein Trauma die Erscheinungen von Syringomyelie bot.

Bei dem eben vorgestellten Patienten, welcher an sich natürlich auch vollkommen erwerbsunfähig ist, liegen die Verhältnisse etwas anders. Hier kommt ätiologisch zunächst die Lues in Betracht. Das Trauma war das letzte auslösende Moment oder, besser gesagt, dasselbe liess die subjektiven Beschwerden der Syringomyelie in die Erscheinung treten.

In solchem Falle schliesse ich mich Stolper (6) u. A. durchaus an, welche den Rentenanspruch je nach Zahl und Qualität der arthropathischen Gelenke festsetzen. Da hier die Arthropathie des rechten Schultergelenkes den rechten Arm beim Erwerb vollkommen ausschaltet, bewillige ich dem Patienten mindestens 60 Prozent Rente.

Literatur.

1. Saxer, Anatomische Beiträge zur Kenntniss der sogen. Syringomyelie 1896.
2. Ebstein und Schwalbe, Handbuch der praktischen Medizin, Bd. IV.
3. A. Pick, Archiv für Psychiatric, Bd. 31, Heft 3.
4. Brasch, Ueber initiale Syringomyelie, Fortschritte der Medizin, Bd. XVI, No 14.
5. Westphal, Beitrag zur Lehre von der Syringomyelie, Deutsches Archiv für klinische Medizin, Bd. 64.
6. Stolper, Aerztliche Sachverständigen Zeitung 1902, 2 und 3.
7. L. Huismans, Syringomyelie nach Trauma D. Med. Wochenschrift 1897/8.
8. Derselbe, Ueber Myelitis etc., Zeitschrift für klinische Medizin, Bd. 44, Heft 3 und 4.

Beiträge zur traumatischen Entstehung innerer Krankheiten in aktenmässiger Darstellung.

Von

Dr. Max Bierfreund-Insterburg,

Prakt. Arzt und dirigirender Arzt des Kreis-Krankenhauses.

II.

Lungenentzündung mit Schulter- und Hüftgelenkentzündung kompliziert, als Unfall anerkannt.

Der Besitzer F. G. aus P. macht bei seiner amtlichen Vernehmung am 25. Juli 1896 über seine Erkrankung nachstehende Aussage:

„Am 6. Dezember 1895 wüthete ein starker Sturm, welcher das Strohdach auf meinem Viehstall beschädigte. Ich sah mich daher genöthigt, um der Abdeckung meines Daches durch den Wind vorzubeugen, das Stroh durch Dachstäbe und lange Stangen zu befestigen. Zu diesem Behuf musste ich bis auf den First des Daches steigen und war daselbst dem heftigsten Luftzuge ausgesetzt. Die Arbeit dauerte etwa eine Stunde und habe ich dabei recht empfindlich gefroren. So sehr ich mich auch nach der Arbeit bewegte, bekam ich doch nach einigen Stunden heftiges Fieber, sodass ich zu Bett gehen musste und nicht mehr aufstand. Am andern Tage liess ich ärztliche Hilfe holen und konstatarie der Arzt Lungen- und Rippenfell-Entzündung. Durch unablässige, ärztliche Hilfe

wurden die beregten Uebel gehoben, das Leiden warf sich jedoch auf das rechte Bein und den linken Arm, und verschlimmerte und zog sich so in die Länge, dass ich bis zum 6. Juni d. J. trotz beständiger ärztlicher Behandlung schwerkrank darnieder lag. Es haben mich die Aerzte Dr. H. und Dr. Bierfreund behandelt. Am 6. Juni habe ich zur Noth das Bett verlassen können und nach einiger Zeit mich mühsam, auf Krücken gestützt, fortbewegen können.

Der Zustand hat sich jetzt etwas gebessert, sodass ich mich jetzt mit einer Krücke fortbewegen kann, ich bin jedoch noch vollständig arbeits- und aufsichtsunfähig.

Da ich der landwirthschaftlichen Berufsgenossenschaft angehöre und mir den Unfall im landwirthschaftlichen Betriebe zugezogen habe, so beantrage ich die Bewilligung einer Unfallrente. Wenn ich den Unfall nicht rechtzeitig angemeldet habe, so hat dieses seinen Grund darin, dass ich glaubte, dass mein Unfall nicht so schlimm werden würde.“

Die Antwort des Sektionsvorstandes der Berufsgenossenschaft lautete:

„Auf das Gesuch vom 25. Juli gereicht Ihnen zum Bescheid, dass der unterzeichnete Sektionsvorstand beschlossen hat, Ihnen eine Unfallentschädigung nicht zu bewilligen.

Nach dem Reichsgesetz vom 5. Mai 1886 ist als Unfall nur die plötzlich eintretende Einwirkung auf den Körper eines Menschen und dadurch bedingte plötzliche Erkrankung anzusehen. Eine durch fortgesetzten Luftzug bei der Arbeit verursachte Erkältung und dadurch herbeigeführte Krankheit gilt nach den mehrfachen Entscheidungen des Reichsversicherungs-Amtes zu Berlin als eine nicht durch Unfall bedingte Krankheit im Sinne des genannten Gesetzes. So hat auch der Sektions-Vorstand im vorliegenden, Sie betreffenden Fall zu der Ueberzeugung nicht gelangen können, dass es sich bei Ihnen um eine durch Unfall erzeugte Krankheit handelt. Er hat vielmehr nach Lage des Falles angenommen, dass es sich bei Ihnen wahrscheinlich um ein altes, rheumatisches Leiden handelt, welches in seinem Ursprung bereits lange vor der am 6. Dezember 1895 geleisteten Dachdeckerarbeit bestanden hat.“

Hiergegen legte der Verletzte Berufung ein. In der Sitzung vom 31. Mai 1897 hat das Schiedsgericht dieser Berufung stattgegeben und dem Kläger eine 50 prozentige Rente bewilligt.

In der Urtheilsbegründung heisst es:

Das Schiedsgericht hat über die thatsächlichen Vorgänge den Knecht G. zu R., die Dienstmagd W. zu P. und den Knecht M. zu R. als Zeugen vernommen und haben diese Zeugen übereinstimmend Folgendes bekundet:

„Ungefähr am 6. Dezember 1895 herrschte ein Sturm (wir waren gerade beim Erbsendreschen beschäftigt), welcher das Strohdach des Viehstalles des Klägers beschädigte. Derselbe stieg, um eine weitere Zerstörung desselben zu verhindern, auf das Dach, um das Stroh durch Stangen, die wir ihm hinaufreichten, zu befestigen. Dieses hat ungefähr 1½ Stunden in Anspruch genommen. Als der Kläger wieder hinunterstieg, bemerkte er sofort, dass er sich erkältet hätte und legte sich zu Bett. Am folgenden Tage war er heftig erkrankt und musste nach einigen Tagen der Arzt geholt werden. Er hat seitdem mehrere Monate lang gelegen. Vor dem war Kläger ganz gesund.“

Demnächst hat das Schiedsgericht den praktischen Arzt Dr. Bierfreund-Insterburg gehört. Sein Gutachten lautet:

„Der Besitzer F. G. musste am 6. Dezember 1895 auf dem Dachfirst seines Hauses etwa 1—1½ Stunden lang eine Ausbesserung des Daches vornehmen, welches durch einen augenblicklich herrschenden Sturm zerstört zu werden drohte. Er war während dieser Arbeit dem heftigsten Luftzuge aus-

gesetzt und erkrankte wenige Stunden darauf unter heftigem Fieber, Schmerzen in der Brust und Husten; am folgenden Tage liess er den Arzt, Dr. H., zu sich herausholen; am 13. Dezember übernahm ich die ärztliche Behandlung.

G. litt an einer ausgedehnten doppelseitigen Lungen- und Brustfellentzündung, zu welcher sich in der dritten Krankheitswoche noch eine Entzündung des linken Schulter- und Hüftgelenks hinzugesellte. Das rechte Hüftgelenk vereiterte und machte einen mehrfachen operativen Eingriff zur Entleerung des Eiters nothwendig. Erst am 6. Juni 1896 konnte G. zur Noth das Bett verlassen; das rechte Hüft- und Kniegelenk war vollständig versteift, auch bestand noch eine stark Eiter absondernde Fistel in der Nähe des rechten Hüftgelenks, welche erst im März d. J. zur Ausheilung gelangte.

Bei der heutigen Untersuchung erweisen sich die Lungen im Grossen und Ganzen als gesund; leichtere Verwachsungen zwischen Lungenoberfläche und Rippenfell sind für die Erwerbsfähigkeit belanglos. Das linke Schultergelenk ist aktiv und passiv völlig frei beweglich. Das rechte Hüftgelenk kann weder aktiv noch passiv bewegt werden, die Beweglichkeit im Gelenk ist vollständig aufgehoben. An der Aussenseite des Oberschenkels findet sich etwa handbreit unterhalb des Hüftgelenks eine stark eingezogene, fest verheilte Narbe. Die Beweglichkeit des rechten Kniegelenks ist ebenfalls hochgradig beeinträchtigt. Das Kniegelenk kann aktiv und passiv nur bis zu einem Winkel von 150 Grad gebeugt werden. Im Uebrigen sind die Gelenke bei der Betastung nirgends druckempfindlich, in ihren Konturen annähernd normal. In Folge der beschriebenen Veränderungen des rechten Beines ist der Gang des G. sehr unbeholfen und hinkend, ebenso ist das Stehen, noch mehr aber das Sitzen durch die vollständige Steifheit des rechten Hüftgelenks erschwert. Da auch das Kniegelenk nur wenig sich beugen lässt, so muss G. beim Sitzen das rechte Bein vollständig gestreckt halten.

Es muss ohne Weiteres zugegeben werden, dass die Krankheiten des G. (Lungen- und Brustfellentzündung, eitrige Gelenkentzündungen) zu der Erkältung durch heftigen Luftzug am 6. Dezember 1895 in ursächlichem Verhältniss stehen. Die Frage, ob die in Rede stehende Erkältung allein hingereicht habe, die Erkrankung hervorzurufen, übergehe ich, da sie für die Entscheidung, ob hier ein Unfall im Sinne des Reichsgesetzes vom 5. Mai 1886 vorliegt, belanglos ist. Der Anspruch des G. ist vom Sektions-Vorstand mit der Begründung abgewiesen, dass der Ursprung des Leidens wahrscheinlich schon lange vor dem 6. Dezember zurückzudatiren ist und eine durch fortgesetzten Luftzug bei der Arbeit verursachte Erkältung und dadurch herbeigeführte Krankheit nicht als Unfall anzusehen ist.

Die Frage, ob im einzelnen Fall eine plötzliche oder allmähliche Einwirkung stattgefunden hat, ist allerdings unter Umständen schwer zu beantworten, weil die Begriffe „plötzlich“ und „allmählich“ an der Grenze, in einander übergehen, und die Beobachtung der einzelnen Stadien eines schädlich wirkenden Vorgangs nicht selten erschwert ist. Im vorliegenden Falle ist aber durch Zeugen nachgewiesen, dass der schädigende Einfluss auf G. in einem verhältnissmässig kurzen, der Dauer nach den Begriff des Unfalls noch nicht ausschliessenden Zeitraum erfolgt ist. G. ist dem heftigsten Luftzuge bei strenger Winterkälte höchstens 1—1½ Stunden lang ausgesetzt gewesen. Es kann somit von einer zeitlich nicht bestimmbar, allmählichen, resp. fortgesetzten Einwirkung nicht mehr gesprochen werden; die körperschädigende Einwirkung des kalten Luftzuges ist zeitlich so zusammengedrängt, dass die daraus resultirende Schädigung als Folge eines Unfalls aufzufassen ist.

Z. B. wurde vom Reichs-Versicherungsamt das Erfrieren eines Fusses bei einem Pferdejungen, welcher bei strenger Winterkälte im Auftrage eines landwirthschaftlichen Unternehmers längere Zeit auf derselben Stelle hatte stehen müssen, um einen Jagdhund zu halten, als Betriebsunfall anerkannt; nicht aber eine Lungenentzündung, welche sich ein Rohrleger dadurch zugezogen hatte, dass er mehrere Tage bei seiner Arbeit mit blossen Füßen im Wasser hatte stehen müssen.

Die Minderung der Erwerbsfähigkeit des G. schätze ich für die auf die Karenzzeit folgende Zeit vom 7. März 1896 bis 1. März 1897 auf 100 Prozent, weil G. nicht nur zu jeder Arbeitsleistung ausser Stande war, sondern die bis dahin vorhandene Fistel zur Vermeidung eines Rückfalls der eiterigen Gelenkentzündung auch noch ein besonders schonendes Verhalten erforderlich machte. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit vom 2. März 1897 bis auf Weiteres schätze ich auf durchschnittlich $66\frac{2}{3}$ Prozent, da mir bekannt ist, dass G. in seiner kleinen Wirthschaft selbst mitarbeiten muss.“

Nach diesen Beweiserhebungen hat das Schiedsgericht für festgestellt angenommen, dass ein Betriebsunfall vorliegt. Die Höhe der Rente ist dem Gutachten des Dr. Bierfreund gemäss festgesetzt. Nur für die Zeit vom 1. März 1897 ab hat das Schiedsgericht sich dem Vorschlage des ärztlichen Sachverständigen nicht ganz anschliessen können, indem es hier eine Rente von 50 Prozent als ausreichende Entschädigung ansieht und feststellt.

Der Sektions-Vorstand stellte nach dieser Entscheidung an den Vorstand der Berufsgenossenschaft das Ersuchen, Rekurs gegen die Entscheidung des Schiedsgerichts vom 31. Mai cr. einlegen zu wollen, da die Thätigkeit des G., bei der er sich die Erkrankung zugezogen hat, als eine Rettungsarbeit bei Sturmesgefahr anzusehen sei, die nicht in den Rahmen des landwirthschaftlichen Betriebes falle und sich ausserdem die Erkrankung des G. nicht als ein Unfall darstelle.

Hierauf erwiderte jedoch der Vorstand der Berufsgenossenschaft:

Von der Einlegung des Rekurses in der Unfallsache des Besitzers F. G. aus P. ist diesseits abgesehen worden, weil derselbe aussichtslos erscheint.

Die Befestigung des durch heftigen Sturm aufgerissenen Strohdaches, bei welcher G. sich die Erkältung zugezogen hat, gehört zweifellos zu einer landwirthschaftlichen Betriebsarbeit und zwar schon deshalb, weil das Gebäude, an welchem die Arbeit ausgeführt wurde, ausschliesslich landwirthschaftlichen Zwecken diene.

Desgleichen stellt sich die Erkrankung des G. nach der ständigen Rechtsprechung des Reichs-Versicherungsamts als ein Unfall dar, weil die Ursache derselben, nämlich die Erkältung, durch heftigen Luftzug bei der vorher bezeichneten Arbeit noch als ausreichend zeitlich begrenzt anerkannt werden muss (zu vergl. Anm. 34 zu § 1 des Gesetzes vom 6. Juli 1884 im Handbuch der Unf.-Vers., II. Aufl., S. 30).

Nachdem am 5. Januar und 27. September 1898 bei Nachuntersuchungen keine Besserung gefunden worden war, stellte am 23. Oktober 1899 Dr. C. eine solche fest, da das Kniegelenk des rechten Beines etwas freier beweglich geworden sei, indem es von 150° bis 110° gebeugt werden könne. Auch die Muskelentwicklung sei ein wenig besser geworden.

Die Rente wurde auf 40 Prozent herabgesetzt. Die Berufung vom 19. November 1899 wurde am 29. Dezember 1899 vom Schiedsgericht verworfen. Dagegen hatte der Rekurs Erfolg.

In der Urtheilsbegründung heisst es: Unzweifelhaft ist nach dem Gutachten des Dr. C. in J. vom 23. Oktober 1899

in den Unfallfolgen eine Veränderung zum Besseren eingetreten, da das rechte Kniegelenk, welches zur Zeit der früheren Rentenfestsetzung nur bis zu einem Winkel von 150° gebeugt werden konnte, jetzt bis 110° beugbar ist. Die objektive Richtigkeit dieser Feststellung wird auch vom Reichs-Versicherungsamt nicht in Zweifel gezogen. Darin kann aber eine wesentliche Besserung im Sinne des § 70 des landwirthschaftlichen Unfallversicherungsgesetzes um deswillen nicht gefunden werden, weil nicht nur immer noch eine recht erhebliche Bewegungsbeschränkung in dem rechten Kniegelenk besteht, sondern vor Allem das rechte Hüftgelenk noch immer vollkommen steif ist. Für die Steigerung der Erwerbsfähigkeit des Klägers bedeutet also die festgestellte objektive Besserung nur wenig und es ist nicht anzunehmen, dass die Erwerbsfähigkeit des Klägers schon jetzt mehr als die Hälfte beträgt. Eine Herabsetzung der diesem Grade von Erwerbsunfähigkeit entsprechenden bisherigen Rente war daher zur Zeit noch nicht gerechtfertigt. Deshalb musste die Beklagte unter Aufhebung der Entscheidungen der Vorinstanzen verurtheilt werden, dem Kläger die frühere Rente im Jahresbetrage von 150 Mark auch über den 1. November 1899 hinaus weiter zu gewähren.

3. August 1900, Gutachten des Dr. C.: In dem Zustande des G. ist bezüglich der Folgen des Unfalls vom 6. Dezember 1895 eine weitere Besserung seit der letzten Begutachtung vom 23. Oktober 1899 nicht festgestellt worden.

Ein Todesfall in Folge Vergiftung mit Essigessenz.

Von

Dr. **Brandt-Lüchow**,
Kreisarzt.

Im Anschluss an die Ausführungen von Schaeffer-Bingen und Curschmann-Oberkaufungen über Vergiftungen mit Essigessenz in No. 11 und 12 dieser Zeitung möchte die Mittheilung eines weiteren Todesfalles aus gleicher Ursache von Nutzen sein, um die Nothwendigkeit einer baldigen anderweitigen Regelung des Ladenverkehrs mit Essigessenz darzuthun.

Am Spätnachmittage des 16. November 1901 brachte ein Hofbesitzer unter anderen in der Stadt eingekauften Bedarfsgegenständen eine halbe Weinflasche Essigessenz zur Bereitung von Speiseessig mit nach Hause und stellte sie auf den Tisch. Der mit seinem Enkel in die Stube tretende Grossvater verwechselte diese Flasche mit einer ähnlich aussehenden Schnapsflasche und reichte, wie er gelegentlich zu thun pflegte, seinem dreieinhalbjährigen Enkel die Flasche, einen „Schluck“ zu trinken. Sofort nach dem Trinken schrie das Kind laut auf, erbrach und hustete heftig. Seitens der Anwesenden wurde zugegeben, dass das Kind in Folge des Zusammenschreckens einen tiefen Athmenzug gemacht haben könne. Nach einiger Zeit liess das Erbrechen nach, Husten und besonders grosse Kurzatmigkeit dauerten fort; die Stimme wurde heiser. In der Nacht vermochte das Kind noch Flüssigkeiten, selbst ein Stück Brot und Apfel zu schlucken; es wahr sehr unruhig, warf sich hin und her. Es bestand hohes Fieber. Den nächsten Morgen machte das Kind schon einen schwerkranken, somnolenten Eindruck und zeigte eine auffallende Blässe des Gesichtes. Der um 2 Uhr Nachmittags hinzugerufene Arzt hielt den Zustand für hoffnungslos, er sah eine grauweissliche Verfärbung der Schleimhaut der hinteren Rachenhöhle. Druck auf den Magen schmerzte nicht. In der folgenden Nacht starb das Kind, etwa 36 Stunden nach der Vergiftung.

Die am 20. November vorgenommene Leichenöffnung war in mancher Richtung bemerkenswerth. Die Lippen, der vordere

und mittlere Theil der Zunge, die Schleimhaut der Kiefer, der Wangen und des Gaumens waren unversehrt, dagegen zeigten die Zungenwurzel, der Kehledeckel, die Taschen seitlich des Kehledeckels, die Ränder des Kehlkopfeinganges, ferner die Speiseröhre in einer Tiefe von 12 Zentimetern einen schmutzig graubraunen, flockigen Belag, welcher von der Schleimhaut an vielen Stellen schwer oder gar nicht zu lösen war. Der Aetzschorf der Speiseröhre nahm von oben nach unten allmählich an Stärke ab, so dass die Schleimhaut 2 Zentimeter oberhalb des Mageneinganges das gewöhnliche Aussehen hatte. Im Magen fehlte jedes Zeichen einer Aetzwirkung. Der Mageninhalt reagierte deutlich alkalisch und roch nur faulig. Die Luftröhre und ihre Verzweigungen zeigten eine Schleimhaut von gleichmässig brauner Farbe und einen dünnen schleimigen Ueberzug. Eine Gefässfüllung war nur undeutlich zu erkennen. Als unmittelbare Todesursache fanden sich in den Lungen grosse bronchopneumonische Herde im ganzen linken Unterlappen, ferner im ganzen rechten Unter- und Oberlappen.

Nach dem Befunde muss angenommen werden, dass der Essigsprit im Strahl aus der Flasche hervorstürzte und den hinteren Rachenraum berührte. Der bereits durch einen reflektorischen Schluckakt in die Speiseröhre hinabgleitende Essigsprit wurde noch rechtzeitig, bevor er in den Magen gelangte, durch eine Würgebewegung, wahrscheinlich aus vollem Magen nach oben zurückbefördert. Gleichzeitig muss aber das Kind im Aufschrecken einen tiefen Athemzug gemacht und Theile der Essigessenz in das Lungengewebe aspirirt haben.

Die Essigessenz enthielt 80 Prozent Essigsäure und ist hierorts in jeder Materialwaarenhandlung ohne Weiteres käuflich zu haben.

Referate.

Sammelbericht.

Leistungen und Bestrebungen auf dem Gebiete der Tuberkulose im Jahre 1901.

Von Dr. Curschmann, Heilstätte Oberkaufungen.

II.

Bei der Diagnose geht das Bestreben der Autoren allgemein dahin, dieselbe in immer früherem Stadium zu ermöglichen. Die Wichtigkeit der frühzeitigen Diagnose betonen wiederum besonders Anders, Courtois-Suffit, Levi-Sirugue und Holmes. Tedeschi fand häufig eine Milzschwellung, Squire Hypertrophie der Tonsillen im frühesten Stadium. Villa macht darauf aufmerksam, dass bei Kindern sehr leicht ein Lungenspitzen-Phänomen vorgetäuscht werden kann in liegender Stellung, das beim Aufrichten verschwindet. Pick konnte konstatieren, dass Netzhautveränderungen, die bei chronischen Anämien und Krebskachexie in 60 Prozent vorkommen, bei Tuberkulose sehr selten sind. — Die Heranziehung der Röntgen-Durchleuchtung findet verschiedene Beurtheilung. Während Hildebrand der Ansicht ist, dass das Röntgenbild bei Spitzenaffektionen nicht mehr leistet als die übrigen Untersuchungsmethoden, glauben Walsham, Beale und Squire noch Herde damit entdecken zu können, die sonst der Diagnose entgehen. Auch Bonnet und Epinay-Capo konnten auf dem Schirm ein Zurückbleiben der kranken Lunge beim Athmen beobachten. Walsham will sogar an der Dichte des Schattens sehen, ob bei Pleuritis das Exsudat ein seröses oder eitriges ist. — Nach Dieulafoy und Litten soll sich der pleuritische Erguss als tuberkulöser diagnosti-

zieren lassen, wenn darin vorwiegend Lymphocyten oder rothe Blutkörperchen vorhanden sind. Die Frage der interkostalen Phonationserscheinungen besprechen Kéthy und Weisz. — Kissel unterzieht die tuberkulöse Peritonitis im kindlichen Alter einer eingehenden Betrachtung.

Die Erkennung des Charakters einer Meningitis ist vielfach aus der Lumbalpunktion versucht worden, von Helledall experimentell durch Thierversuch, von Breuer durch Tuberkelbazillen-Nachweis, von Bendix, Tarruella aus der Zellkonfiguration, von Widal, Sicard und Monod durch Nachweis von Jodkali im Liquor cerebrospinalis, was nur bei Tuberkulose, sonst nicht möglich ist. Friedjung will die Anwendung der Lumbalpunktion verringert sehen, da sie ein sehr schmerzhafter Eingriff ist und nur in den letzten Lebenstagen ein positives Resultat ergibt. — Zappert macht auf verschiedene atypische Symptome bei Meningitis aufmerksam.

Bei Erkrankung des Harnapparates wird allgemein der Cystoskopie ein hervorragender Werth beigegeben (Stockel, Mirabeau, Hagen-Thorn, Asch, Barlow).

Auf den Werth und die Wichtigkeit der frühzeitigen Erkennung und Behandlung der Gelenk- und Wirbeltuberkulose weisen Willard und Brennschön hin.

Als ein ganz besonders gutes Mittel zur Diagnose wird allmählich immer mehr das Tuberkulin anerkannt. Auf dem Londoner Tuberkulose-Kongress wurde konstatiert, dass das Tuberkulin für Viehtuberkulose fast untrüglich sei. Für den Menschen wird von Squire Vorsicht empfohlen, da es die Herde erweiche. Von Otis wird behauptet, dass auch Syphilis darauf reagiere. Von allen Anderen wird es als ein sehr werthvolles Mittel für die Diagnose gepriesen (Dombrowsky, Rabinowitsch, Heron, Koch, Oster, B. Fränkel, Williams, McCall Andersen, France, Moeller, Sessions, v. Koranyi, Petruschky). Weniger übereinstimmend zeigen sich die Resultate bezüglich der Arloing-Courmont'schen Serumreaktion. Während nur Koch, Courmont, Bendix, Romberg derselben einen diagnostischen Werth zusprechen, glauben C. Fränkel, Donath, Grazia, Ficker, Beck und Rabinowitsch, sowie Moeller denselben bezweifeln zu müssen.

Bei Kindern ist die Tuberkulose weit stärker verbreitet, als man wegen der Schwierigkeit der Diagnose im Allgemeinen annimmt (Raczynski), auch als Komplikation von Skoliose soll sie ziemlich häufig vorkommen, trotzdem sie hier nach Rokitsansky überhaupt nicht vorkommen soll (Mosse). Im Uebrigen liegt über die einzelnen Erscheinungsformen der Tuberkulose ein äusserst reiches kasuistisches Material vor, dessen erschöpfende Darstellung zu weit führen würde, ich beschränke mich daher nur auf das Wichtigere. Ueber die uns zunächst interessirende Lungentuberkulose selbst ist weniger erschienen als über einzelne Begleitumstände, wie Fieber und seine Ermittlung (Ott, Zitter, Bluhm, Lawson), über den Stoffwechsel (Meyer, Robin, Auclair, Ott), sowie über Komplikationen von Lungentuberkulose mit andern Krankheiten, mit Diabetes (Older), mit Leukämie (Jünger, Elsner), mit Carcinom (Collick, Kundrat), mit Nervenstörungen (Carriere, Fontana), mit Purpura haemorrhagica (Cohn). Als seltene, primäre Lokalisation wurde mehrmals die Parotis erwähnt (Lecène, Mintz), sowie die unter dem Bilde des akuten Gelenkrheumatismus auftretende multiple Gelenktuberkulose (Besançon, Poncet, Mailland), über Tuberkulose der Pons (Ewald), Schläfenbein und Dura mater (Wolff), der Fascien (Stewart), wird berichtet, sogar in Ohrpolypen sind Tuberkel gefunden worden (Baer). Ueber die Stellung der sog. Tuberkuliden gehen die Ansichten noch immer sehr auseinander, ob sie als echte Tuberkulosen oder als Tuberkulo-Toxikosen auf-

zufassen sind oder mit der Tuberkulose selbst in gar keinem Zusammenhang stehen (Juliusberg, Riehl, Burmeister, Lassar, Klebs). — Dass die mit Lungentuberkulose so häufig vergesellschaftete exsudative Pleuritis nicht als Exsudat, sondern als Transsudat aufzufassen ist, wurde von Litten hervorgehoben. Nach Bakterien sucht man im tub. Erguss meist vergebens (A. Wolff), dagegen kann man öfters Fluktuation nachweisen (v. Stenitzer) und manchmal ein Pulsiren beobachten (Innocenti, Auerbach); die Erkrankung mehrerer seröser Häute, die Polyserositis, ist nicht gerade selten (Betti). — Die Konfiguration des Thorax in verschiedenen Stadien der Erkrankung hat Gabrilowitsch untersucht. — Die seltene Tuberkulose der Nase verläuft sehr langsam, häufig rezidivierend (May). — Bei der Tuberkulose des Kehlkopfes ist ausser einigen Einzelfällen (Lehr, v. Schrötter, Trautmann), nur zu bemerken, dass von Gidionsen und Avellis Blutungen aus Varicen der Trachea auf nicht tuberkulöser Grundlage beschrieben werden, ebenso von Botey eine Blutung aus dem Nasenrachenraum. — Zielinsky hat gefunden, dass bei Tuberkulösen alle möglichen Körperanomalien vorkommen, die zum Theil schon klinisch nachweisbar sind, zum Theil allerdings erst an der Leiche entdeckt werden; was aber ein solch nachträglicher Befund noch für einen Werth hat, ist mir unerfindlich.

Das Sputum bei Tuberkulose ist viel toxinreicher als andere eitrige Sputa (Santini). — Das Auge ist nicht selten Sitz der Tuberkulose. Ueber die sonderbare Form der gutartigen Iristuberkulose und Entstehung der Iristuberkulose durch Fremdkörper berichten Greeff und Stock. Das Vorkommen von Chorioidtuberkeln kann in manchen Fällen zur Stützung der Diagnose beitragen; sogar bei latenter Tuberkulose wurden sie verschiedentlich gefunden, in fast 10 Prozent aber bei Affektionen der Gelenke, Knochen, Haut u. s. w., und in der Hälfte aller Fälle von Miliartuberkulose und tuberkulöser Meningitis (Carpenter und Stephenson).

Als Ursache für die tub. Meningitis fand Schlagenhauer in mehreren Fällen vereiterte Lymphdrüsen. Schaeche glaubt nicht, dass eine tuberkulöse Meningitis zur Heilung kommen könne, es sei in diesem Falle immer eine seröse gewesen. Die sonderbaren Beziehungen zwischen Meningitis und Tuberkulose der männlichen Geschlechtsorgane ist von Simonds und Moeller wieder bestätigt worden, in der Hälfte aller Fälle von Meningitis bei erwachsenen Männern bestand Tuberkulose der Geschlechtsorgane. Die Tuberkulose des Urogenitalsystems hat überhaupt eine reiche Beachtung erfahren und zwar bei Männern sowohl bezüglich der Ausdehnung (Stein) und Lokalisation in Form von Solitär-Tuberkeln (Sabrazès und Muratel, Halász), als auch der Entstehungsart (Ehrmann).

Experimentell konnte Baumgarten von den männlichen Genitalorganen aus nie Tuberkulose gegen den Strom zu Stande bringen; de Vecchi erzeugte bei Kaninchen Tuberkulose der Nebennieren und der Befund soll dem bei dem menschlichen Morb. Addisonii ziemlich nahe kommen. — Auch bezügl. der Tuberkulose der weiblichen Genitalien ist von vielen Seiten konstatiert worden, dass sie ausserordentlich häufig ist und zwar meist sekundär (Still, Targett, Beyea), selten primär (Hauschka). Schroeder und Polano lassen diese Frage offen, während M. Gorovitz, die sich über die ganze Frage der weiblichen Genital-Tuberkulose sehr eingehend verbreitet, sowohl descendirende wie ascendirende Entstehungsart annehmen zu müssen glaubt, nur sei erstere häufiger; dieselbe konstatierte auch experimentell das Vorkommen von Infektion durch den Koitus. — Natürlich ist auch wieder der Lungenblutung als vicariirender Menstruation gedacht (Bünting),

ob mit Recht oder Unrecht, möchte ich dahin gestellt sein lassen. — Ueber die Gerinnungsfähigkeit des Blutes bei Tuberkulose haben Mircoli sowie Charrin et Moussu Versuche angestellt, ersterer mit Tuberkulin, letztere mit Bronchialschleim. Auch Blutdruck und Puls verändern sich während der Tuberkulose (John, Burkhardt). Der früher behauptete Antagonismus zwischen Herzfehler und Tub. ist auch heute noch strittig, kann aber wohl kaum mehr aufrecht erhalten werden (Dauros und Barth, Faisans, Jakob und Pannwitz). Dass auch Tuberkulose des Herzbeutels und -muskels nicht so selten ist wie früher angenommen, wird wiederholt bestätigt (Weels, Imerwol, Eisenmenger, Crawford). — Die leichte Verletzbarkeit der Lungenspitze, die Collaek und Pritchard diskutierten, wird von Blöte auf zu geringe Blutfüllung der Lungenspitzen bezogen. — Bei Einengung des Stromgebietes in der Lunge durch Tuberkulose kann natürlich eine Fettembolie bei Leberruptur sehr leicht zu Stande kommen (Engelmann).

Die so häufig von den Genitalien ausgehende Bauchfell-tuberkulose (Oehler) kann unter Umständen auch tumorenartige Verdickungen verursachen (Kraske); recht häufig führt die Tuberkulose des Darmes zu Stenose (Urban, Soerensen, Schaefer). — Als Komplikation der Lungentuberkulose kann das in seltenen Fällen durch Husten entstehende Emphysem des Unterhautbindegewebes gelten, dessen Prognose im Allgemeinen günstig ist (Curschmann-Leipzig).

Bei der Tuberkulose überhaupt ist die Prognose noch immer eins der unsichersten Gebiete und demgemäss finden sich auch hierüber nur spärliche Mittheilungen. Dass die auch neuerdings noch von Meissen und Schroeder (Beiträge zur Kenntniss der Lungentuberkulose) wieder bestrittene Mischinfektion die Prognose wesentlich verschlechtert, ist mehrfach bestätigt worden (Klebs, Orth, Sata, Spengler). Ueber den unheilvollen Einfluss von Schwangerschaft und Geburt auf Lungentuberkulose hat Kaminer (im Verein für innere Medizin in Berlin) statistische Daten gebracht, die fast einstimmig anerkannt wurden (Strassmann, v. Leyden, A. Fränkel, Jacob), ebenso wie die Mittel zur Besserung der Prognose, die einerseits in der Unterbrechung der Schwangerschaft in möglichst frühem Stadium, andererseits in der Verhütung der Schwangerschaft überhaupt bestehen. Auch auf Kehlkopftuberkulose ist der Einfluss der Schwangerschaft ein äusserst verderblicher (Kuttner). — Einen sicheren Anhaltspunkt bietet nach Thompson Campbell nur die Pulsfrequenz, deren Verminderung eine gute Prognose bedeuten soll. — Alle anderen Prüfungen, der Gehalt des Sputums an eosinophilen Zellen nach Teichmann (Stadelmann, Cohn, Memmi), die Diazoreaktion des Urins haben sich nicht bewährt. (Stadelmann, Burghardt, Michaelis, Janscò, Bolli, Blad und Videbeck.) Die Letztere lässt allerdings bei ihrem Auftreten eine schlechte Prognose stellen, aber gewöhnlich erst dann, wenn dieselbe auch schon anderweitig erkennbar ist, und aus dem Gehalt des Sputums an eosinophilen Zellen lässt sich gar kein Schluss ziehen.

Chirurgie.

Zur Kenntniss der Lungen- und Wirbelsäulenaktinomykose.

Von Stabsarzt Priv.-Doz. Dr. Martens.

(Aus d. chir. Univ.-Klinik der Kgl. Charité zu Berlin. Geh. Rath Prof. Dr. König.)
(Archiv für klinische Chirurgie, Band 66.)

M. giebt die Krankengeschichte eines an der med. und chir. Klinik der Charité zur Beobachtung gekommenen Falles von Lungen- und Wirbelsäulenaktinomykose. Die Krankheit des 32jährigen Mädchens bot vollkommen das Bild einer

Lungenphthise, welche auf die Wirbelsäule übergriff. Die richtige Diagnose konnte nach $\frac{1}{2}$ jährigem Aufenthalt im Krankenhause gestellt werden, als Aktinomyceskörner mit dem Auswurf entleert wurden. Der Exitus trat trotz energischer Jodkalibehandlung nach 12 Monaten ein. Verf. macht mit Recht auf die Wichtigkeit einer genaueren einfachen makroskopischen Untersuchung des Sputums aufmerksam.

Niehues-Berlin.

Ueber Rückenmarkschirurgie.

Von Professor Dr. Eugen Hahn.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Band 68, Heft 5 und 6.)

(Aus der chirurgischen Station des Krankenhauses Friedrichshain.)

Verfasser bespricht an der Hand von vier durch Laminektomie behandelten Fällen von Wirbelsäulenbrüchen (drei starben, einer wurde gebessert entlassen), von acht Präparaten von Frakturen und Luxationen und von vier Stich- bzw. Schussverletzungen der Wirbelsäule, unter denen eine Krankengeschichte ausführlich mitgeteilt wird, die operative Behandlung der Rückenmarksverletzungen. Er kommt auf Grund seiner Erfahrungen zu ungefähr folgenden Schlüssen:

Bei Kompression des Rückenmarks durch Bogenfrakturen kann die Operation nicht früh genug vorgenommen werden. Sollte die Inzision die Diagnose nicht bestätigen, so ist von einem weiteren Eingriff abzusehen.

Bei Kompressionsfrakturen mit Luxationen und sicherer Durchquetschung des Rückenmarks ist jede Operation zwecklos.

Bei Verdacht auf Kontusion mit Blutung ohne Bruch darf nicht zur Operation geschritten werden.

Bei Lähmung durch Kompressionsfrakturen mit Verengerung des Kanales muss durch Laminektomie der Versuch gemacht werden, das Rückenmark von dem Drucke zu befreien. Gelingt dies nicht, so hat die viel angreifendere Operation der Entfernung der vorspringenden Kante des Wirbelkörpers stattzufinden.

Hat man bei Brüchen des Wirbelkörpers auf Grund genauester Beobachtung des Kranken die Ueberzeugung gewonnen, dass ohne Operation keine Besserung eintreten kann, so soll man sich zur Vornahme einer solchen entschliessen. —

H. berichtet dann über sechs Fälle, welche unter den Erscheinungen einer fortschreitenden Rückenmarks-Kompression zur Beobachtung und Operation kamen. Es handelte sich um zwei Fälle von Echinokokkenentwicklung des Wirbelkanals und der Wirbelkörper und um je einen Fall von Exostose des Wirbels, Syringomyelie mit Gliombildung, Erweichung des Rückenmarks und Struma carcinomatosa, welche auf die Wirbelsäule übergriff; in letzterem Falle wurde nur die Strumektomie vorgenommen. Vier Kranke starben, zwei wurden geheilt. Die Stellung der Diagnose machte weniger in Bezug auf die befallenen Segmente des Rückenmarks als auf die Art der Erkrankung grosse Schwierigkeiten.

Niehues-Berlin.

Eine Feilenzwinge über den Penis geschoben.

Originalmittheilung von San.-Rath Dr. Karl Sudhoff-Hochdahl.
(Münch. med. Wochenschr. 1902, No. 7.)

Ein 50jähriger Mann hatte einen glatten, 1,5 mm starken, eisernen Ring von 20 mm Breite und derselben lichten Weite über den Penis bis zu dessen Wurzel geschoben. Starkes Oedem machte die Durchfeilung des Ringes durch einen Fachmann nothwendig. Der Penis war „schon kalt, grünlich gefärbt und dem Absterben nahe“. Nach Durchfeilung war das Aufbiegen noch recht schwer. Nach Aussage des Pat. war am nächsten Tage „schon Alles wieder in Ordnung“.

Seelhorst.

Klinische und experimentelle Beiträge zur Frage der peritonealen Adhäsionen nach Laparotomien.

Von Privatdozent Dr. Vogel.

(Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie Bd. 68, Heft 3 und 4.)

Aus dem St. Johannes-Hospital (Chir. Abth.: Chefarzt Geheimrath Prof. Dr. Schede) zu Bonn.

Der Vermeidung von peritonealen Adhäsionen, wie sie sich zuweilen im Anschluss an Bauchoperationen ausbilden und die unangenehmsten Folgeerscheinungen von leichten, vorübergehenden Unpässlichkeiten bis zum vollendeten Ileus hervorrufen können, hat sich von jeher das Interesse der Chirurgen und Gynäkologen zugewandt. Verf. theilt zu Beginn seiner sorgfältigen, die ganze Frage umfassenden Arbeit zunächst vier unglücklich verlaufene Fälle dieser Art mit, von denen besonders der erste für uns interessant ist.

Der Patient hatte in der rechten Bauchseite einen mässigen Stoss erhalten; ganz allmählich entwickelten sich periodisch auftretende Schmerzen; die Anfälle nahmen an Heftigkeit und Zahl zu, so dass wegen völlig behinderter Kothpassage die Laparotomie nothwendig wurde. Bei der Operation fanden sich lediglich strang- und flächenhafte Verwachsungen der Darmschlingen, welche gelöst und, so weit angängig, übernährt wurden. Einen Monat nach der Operation bestand wiederum kompletter Ileus; bei der abermaligen Laparotomie wurden dieselben Verwachsungen vorgefunden, namentlich auch mit der Bauchwunde. Es erfolgte reichlicher Stuhl und das fäkulente Erbrechen hört auf. Nach zwei Tagen wird der Leib wieder dicker, das Erbrechen kehrt zurück. Wegen der Schwäche des Kranken kann nur ein Anus praeternaturalis angelegt werden, der Kranke erliegt jedoch am folgenden Tage einem Herzkollaps. — Bei der Autopsie fanden sich wieder Adhäsionen; Peritonitis fehlte vollständig.

Bei dem Kranken war im Anschluss an das erlittene Trauma eine leichte intraabdominelle Blutung erfolgt, welche sich organisirte und zur Verwachsung der aneinanderliegenden Peritonealblätter führte. Verf. glaubt wenigstens, der Blutung die Schuld an dem Zustandekommen der Verwachsungen geben zu müssen; die Einwirkung von Bakterien lässt er ganz aus dem Spiele.

Thierexperimente, welche Verf. in der Absicht unternahm, die Rolle, die eine Blutung bei der Bildung von Adhäsionen spielt, kennen zu lernen, führten zu dem Ergebniss, dass Blut, welches von aussen her in die vollkommen intakte Bauchhöhle hineinkommt, ohne jeden Schaden resorbirt wird. Erfolgt dagegen die Blutung aus einer intraperitonealen Verletzung, so gerinnt das Blut an der verletzten Stelle und ist dann die Ursache zu weit ausgedehnteren Verwachsungen, als die Verletzung allein gemacht haben würde. Nach mechanischen und chemischen Reizungen, Aetzung des Bauchfells, Versenken von Fremdkörpern in die Bauchhöhle, besonders aber nach Infizierung des Peritoneums traten regelmässig reichliche Verklebungen der Blätter unter einander auf.

In einem zweiten Theil seiner Arbeit berichtet Verf. über die Massnahmen, welche wir zur Therapie der peritonischen Adhäsionen zu treffen haben. Verf. kommt auf Grund von Versuchen, welche er an Kaninchen vornahm, zu dem Resultate, dass die Verklebungen dadurch hintangehalten werden können, dass man einen dauernden Wechsel der Lage der Intestina zu einander so lange unterhält, bis eine Wiederbekleidung der geschädigten Serosaflächen mit Endothel erfolgt und dadurch den Eingeweiden der natürliche Schutz gegen Verwachsungen wiedergegeben ist.

Dieser Lagewechsel lässt sich durch die Förderung der aktiven und passiven Beweglichkeit erreichen. Zur Anregung der aktiven Peristaltik hat sich die subkutane In-

jektion von Physostigminum salicylicum. zur Förderung der passiven Bewegung und zur gleichzeitigen räumlichen Trennung der auf einander liegenden Flächen eine intraperitoneale Applikation von steriler, recht dickflüssiger Lösung von Gummiarabicum in physiologischer Kochsalzlösung am besten bewährt. Niehues-Berlin.

Gynäkologie.

Ein Fall von Lufteintritt in die Venen des puerperalen Uterus mit tödlichem Ausgange.

Von Dr. Fritz Sengler, Assistenzarzt.

Aus dem Wöchnerinnen-Asyl des Ludwig-Wilhelm-Krankenhauses Karlsruhe.

(Münch. Med. Woch. 1902, No. 5.)

Verf. sah sich durch Blutung drei Stunden nach einer spontan verlaufenen Geburt genöthigt, die Plazenta manuell zu lösen, da verschiedene, ohne und mit Narkose vorgenommene Versuche, durch Crédéschen Handgriff dieselbe zu Tage zu fördern, misslungen waren. Eine Uterusspülung mit 40° heisser, einprozentiger Lysollösung, zwei Ergotinspritzen, und subkutane Kochsalzinfusion folgte. Noch während dieser: flatternder Puls, Jaktationen Dyspnoe, mässige Blutung aus dem Uterus. Daher Tamponade desselben und der Scheide mit Jodoformgaze. Trotz Anwendung reichlicher Reizmittel erfolgte der Tod $\frac{1}{2}$ Stunde nach der Plazentalösung. Die Sektion ergab Luftembolie, eine Diagnose, die schon eine Viertelstunde nach dem Tode gestellt war, da sich an Stelle der Herzdämpfung tympanitischer Klopfeschall vorfand.

Da Verfasser der Ansicht ist, dass der Eintritt von Luft in die Venen des Uterus am wahrscheinlichsten bei Einführung der Hand und Lösung der Plazenta in horizontaler Rückenlage der Patientin erfolgt sein kann, schlägt er vor, alle geburtshilflichen Operationen in Steissrückenlage mit etwas erhöhtem Oberkörper vorzunehmen und bei kombinierten Wendungen und manueller Plazentalösung unter fortgesetzter Irrigation der Scheide resp. des Uterus mit physiologischer Kochsalzlösung zu arbeiten, deren Eindringen in die Venen nicht nur nicht schaden, sondern sogar bei Blutverlust nützen könnte.

Seelhorst.

Kann man eine Nebenplazenta von einem Plazentarrest unterscheiden?

Von Heinrich Fritsch.

(Vierteljahrsschrift f. ger. Med. Band XXII, Heft 2.)

Wenn es bei Verblutung nach der Entbindung in Folge Rückbleibens eines Mutterkuchenrestes fraglich ist, ob den Leiter oder die Leiterin der Geburt eine Schuld trifft, hat der ärztliche Sachverständige oft mit grossen Schwierigkeiten der Beurtheilung zu kämpfen.

Zunächst ist die Frage zu beantworten: kann auch dann ein Stück Mutterkuchen zurückbleiben, wenn zweifellos jeder innere Eingriff unterblieben ist? Fritsch antwortet: ja. Es giebt Plazenten, bei denen einzelne Theile mit der Hauptmasse nur durch leicht zerreisliche Brücken zusammenhängen, so dass sie beim Herausdrücken mittels Crede'schen Handgriffs bzw. beim nachherigen Entfernen des vor die Scheide ragenden Mutterkuchens abreißen und zurückbleiben. Das Fehlen eines Stückes Plazenta ist also kein Beweis für eine Lösung derselben durch inneren, unzulässigen Eingriff der Hebamme.

Dagegen ist die Hebamme verpflichtet zu erkennen, ob der Mutterkuchen vollständig ist oder nicht. Sie muss daraufhin untersuchen und im Zweifelsfalle einen Arzt zuziehen.

Wird nun behauptet, das bei Verblutung nachträglich in der Gebärmutter gefundene Stück sei eine Nebenplazenta (Pl. succenturiata), so muss der Sachverständige diesen seltenen

Fall als möglich gelten lassen, wenn das Stück nicht aufbewahrt worden und daher die Sachlage nicht objektiv zu prüfen ist. Liegt das Stück dem Gutachter vor, so kann er mit Sicherheit die Entscheidung treffen: an einer Nebenplazenta haften Eihäute, nie aber an einem zurückgebliebenen ausgerissenen Cotyledo. Die Ränder des letzteren sind unregelmässig, die erstere geht mehr allmählich in die benachbarten verkümmerten Cotyledonen oder die Eihäute über.

Geburtshilfliche tödtliche Fahrlässigkeit eines Arztes.

Von Reg.- und Med.-R. Dr. Borntäger-Danzig.

(Vierteljahrsschr. f. ger. Med. Bd. XXII, H. 3.)

B. schildert die Zustände betr. Ausübung der Geburtshilfe in seinem Bezirk als ziemlich trostlos. Ihm persönlich sind ungewöhnlich viel Leute in der Gegend bekannt, die ihre blühenden kerngesunden Frauen im Kindbett verloren haben. Er erwähnt kurz zwei Prozesse wegen fahrlässiger Tödtung gegen eine Hebamme und eine Hebammenpfuscherin und berichtet dann genauer über die Verurtheilung eines mehr als 60jährigen Arztes zu einjähriger Gefängnisstrafe.

Der Angeklagte war zu einer Sechstgebärenden mit plattem Becken gerufen worden, bei der drei mal vorher perforirt, einmal ohne ärztliche Hilfe ein lebendes Kind geboren worden war. Der Zustand der Frau war gut. Ueber den Stand der Wehen und das Leben des Kindes wissen weder Arzt noch Hebamme etwas anzugeben. Der Kopf lag beweglich über dem Beckeneingang. Den Grad der Beckenenge stellte der Arzt nicht fest. Seiner Meinung nach kann man das „naturgemäss“ am Lebenden nicht. Er ging erst mit der Zange, dann mit der Kephalotribe ans Werk, dann machte er die Wendung, bekam den Kopf nicht heraus, riss ein Stück Gebärmutter aus, verwandte dann noch Perforatorium und stumpfen Haken, bis, nach $1\frac{1}{2}$ bis 2 Stunden Arbeit, die Frau todt war. Dann schnitt er mit einem Taschenmesser den — übrigens normalen — Kopf vom Rumpfe ab. Die Sektion ergab fürchterliche Zerschneidungen und Zerreißen an Blase, Gebärmutter, Scheide, Mastdarm und Bauchfell. Die Verletzungen zeigten vitale Reaktion.

Ohrenheilkunde.

Ueber den ursächlichen Zusammenhang von Nase und Geschlechtsorgan.

Von W. Fliess.

(Halle. 1902. Marhold.)

Der Autor, der bekanntlich seine Spezialforschung dem Gebiete des Konnexes zwischen Nase und Geschlechtssphäre gewidmet hat, legt in dieser Arbeit wieder seine Anschauungen über dieses Thema nieder. Er bespricht zunächst die sogenannten Genitalstellen der Nase, die beiden unteren Muscheln und die an beiden Seiten der Nasenscheidewand symmetrisch sitzenden Erhöhungen und deren Zusammenhang mit der Menstruation, insbesondere der nasalen Dysmenorrhoe, bei welcher der menstruelle Schmerz durch Bepinselung der Genitalstellen in der Nase mit Kokain zum temporären und durch Verödung mit Trichloressigsäure oder Elektrolyse zum dauernden Verschwinden gebracht werden kann.

Er schildert dann weiterhin die Ursachen der nasalen Dysmenorrhoe und der anderen genitalen Fernschmerzen, den Zusammenhang zwischen Genitalblutungen und Nase, die Poly- und Amenorrhoe, die Beziehungen zwischen Geburtsvorgang resp. Abortus und Nase, sowie die Natur des echten Wehenschmerzes! Er spricht sich hier dahin aus, dass der Geburtsvorgang nichts Anderes sei als ein menstruelter Prozess (d. h. eine Summation) und der Wehenschmerz sei die dazu gehörige nasale Dysmenorrhoe. Ferner erörtert er noch die

allgemeine Physiologie der nasalen Fernschmerzen, die Anordnung der Leitung von den Rückenmarkssegmenten aus, ihre Vertretung in der Nase, die verschiedenen Empfindungsabgrenzungen, die Aufgabe der Nase bei der Schmerzleitung im Allgemeinen. Einzelne beigegebene Beispiele und Krankenberichte illustriren das Gesagte, das für alle Interessenten von Bedeutung ist. Hg.

Die Ozaena.

Eine Monographie und Studie.

Von W. Groskopff.

(Klin. Vorträge aus dem Gebiet d. Otologie u. Pharyngo-Rhinologie. Herausgegeben von Haug. — Bd. V. Heft 5. Jena 1902.)

G. giebt in seiner Studie einen vollständigen Ueberblick über das gesammte Symptomenbild der als Ozaena angesprochenen Nasenerkrankung, erörtert sämtliche Theorien, die über sie aufgestellt worden sind. Auch die neueste Perez'sche Theorie der Uebertragung durch Hunde findet ihren Platz. Therapeutisch ist Alles erörtert, was bei Ozaena je geschehen ist und zur Zeit zu geschehen pflegt. Eigene Beobachtungen und kritische Sichtung des aus der Literatur Angeführten erhöhen die Brauchbarkeit der Arbeit, die allen Allgemein-Praktikern, welche sich mit der Stinknase therapeutisch befassen müssen, nur warm empfohlen werden kann. Ein beigegebenes, sehr ausführliches Literaturverzeichnis bis in die neueste Zeit wird von Allen, die sich für dies Thema interessieren, dankbar entgegengenommen werden. Hg.

Traitement des sténoses fibreuses du larynx.

Von Collinet.

(Bulletins de la société française d'Otologie, de Laryngologie et de Rhinologie. Mai 1902.)

Die hauptsächlichste Behandlungsmethode der fibrösen Verengerung des Kehlkopfes ist jedenfalls die Dilatation, aber sie hat den grossen Nachtheil der ausserordentlich langen Dauer. Kann sich der Patient nicht genügend lange der Dilatation unterziehen, so kann die Spaltung vorgenommen werden, deren Resultate allerdings nicht so brillant sind, als man anfänglich von ihr erhoffte. Auch die galvano- und elektrolytische Behandlung wird in manchen Fällen herangezogen werden können. Hg.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Aus den Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

zu Berlin vom 2. bis 5. April 1902.

Originalbericht

der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung.

(Fortsetzung.)

Honsell-Tübingen spricht über die Tragfähigkeit von Amputationsstümpfen.

Biers osteoplastisches Amputationsverfahren hielt man nach seiner Bekanntgabe eine Zeit lang allein für geeignet, einen tragfähigen Stumpf abzugeben, bis Hirsch zeigte, dass auch gewöhnliche Amputationsstümpfe tragfähig werden, wenn man nur früh anfängt, durch Beklopfen und Belastung des Stumpfes denselben tragfähig zu machen. Hirsch hat dann empfohlen, das Periost oberhalb der Amputation quer abzulösen, Bunge ging dann noch einen Schritt weiter und hat dieser Ablösung des Periostes noch die Excochleation des Markes folgen lassen. Seit Juni 1901 hat Honsell elf subperiostale Amputationen vorgenommen. Nach acht Tagen waren die Operationswunden geheilt, nach vierzehn Tagen

wurde mit den Bewegungen begonnen und nach vier bis fünf Wochen wurde eine prophylaktische Prothese mit Wasserglas angelegt. Er hat nach Königs Angabe einen grösseren vorderen und einen kleineren hinteren Lappen gebildet, damit nicht die Naht auf den Knochenquerschnitt fällt, er hat wie König die Haut und das Periost auf der Vorderseite der Tibia in Zusammenhang abgelöst und die Fibula 5—6 cm oberhalb der Tibiasägefläche abgetragen. Da das Resultat stets ein gutes war, hat er keine Veranlassung, von diesem Verfahren abzugehen und ist er der Ueberzeugung, dass die Patienten bei frühem Beginn der Bewegung, Massage etc. sowohl auf Biers Hautknochenlappen, wie auch auf Königs Periostlappen laufen können.

Bunge-Königsberg hält seine Methode ohne Periost und ohne Knochenlappen für die einfachste, er lässt seine Kranken 20 Tage zu Bette liegen und dann mit einer einfachen Prothese laufen.

Rehn-Frankfurt a. M. führt über die Behandlung infektiös-eitriger Prozesse im Peritonealraum Folgendes aus:

Jeder Chirurg wird einen eitrigen Abscess am Peritoneum eröffnen, damit derselbe nicht in das Peritoneum durchbricht. Bei Verletzungen des Bauches eröffnen wir, um die Blutung zu stillen und um nachzusehen, ob Verletzungen da sind, welche einen Abscess oder eine Eiterung im Gefolge haben können. Bei Kontusionen des Bauches müssen wir jeden Augenblick bereit sein, die Bauchhöhle zu eröffnen. Bei Geschwüren des Magens oder des Darmes müssen wir diese excidiren, bevor der letzte Schutzwall zur Peritonealhöhle durchbrochen ist. Jeder entzündlich-eitrige Herd im Abdomen muss eröffnet werden, wenn er nicht absolut ungefährlich ist. Nichts ist aber trügerischer, wie ein eitriger Herd im Peritoneum — weder der bakteriologische Befund, noch das Blut geben für die Prognose einen sicheren Anhaltspunkt. Das einzige Heil zur Behandlung der Peritonitis ist die Prophylaxe.

Jeder eitrige Herd, wo er auch liegt, kann eröffnet werden. Die Infektionsgefahr für das Peritoneum ist nach Experimenten lange nicht so gross, wie man früher annahm. Man hat bisher keinen hinreichenden Unterschied zwischen einem eitrigen Prozess in der geschlossenen Leibeshöhle und einem solchen in der eröffneten Peritonealhöhle gemacht. Die mangelhafte Technik war oft die Ursache eines schlechten Erfolges. Der Kranke stirbt oft nicht an der Eröffnung des Bauches, sondern weil nicht weit genug eröffnet, nicht hinreichend drainirt worden ist.

Man darf das Peritoneum allerdings nicht durch Reiben und Ausspülen mit ätzenden Flüssigkeiten schädigen. Drains legt Rehn immer nur in die vordere Bauchwand. Eine Drainage der ganzen Bauchhöhle ist immer nur kurze Zeit möglich, die eines Abscesses kann lange Zeit fortgesetzt werden. Das Glutmannsche Rothgummrohr ist das Beste für die Drainage, weil es weniger reizt wie die Gaze und auch nicht so verwächst. Nach dem Einlegen der Drainröhren müssen wir wieder normale Druckverhältnisse im Bauche schaffen und bis auf die Drainausführungsgänge die ganze Bauchhöhle schliessen. Um eine tiefe Athmung zu erzielen, lagern wir die Kranken mit der Brust hoch.

Von 56 Kranken mit Abscessen im Bauch hat Rehn 55 geheilt und nur einen verloren.

Sprengel-Braunschweig theilt Erfahrungen über Appendicitis und Behandlung der Peritonitis mit.

Es hat sich herausgestellt, dass die Gefahr von Appendicitisoperationen im anfallsfreien Stadium lange nicht so gross ist, wie man annahm; denn Sonnenburg sind von wenig über 100 im anfallsfreien Stadium Operirten 2% gestorben.

Bei Frühoperationen besteht im Allgemeinen eine Mortalität von 17 0/0, bei Spätoperationen von 20 0/0, also verhältnissmässig wenig mehr. Bei der Frühoperation haben aber $\frac{1}{3}$ aller Fälle freie Peritonitis und lassen sich deshalb auch leichter zur Operation bewegen. Bei Spätoperationen haben $\frac{1}{5}$ aller Fälle freie Peritonitis.

Das einzig Richtige ist, die Appendicitis so früh wie möglich zu operiren.

Sonnenburg-Berlin berichtet über Lungenkomplikationen bei Appendicitis. Ein Theil der Lungenentzündungen sind oft nur schwer nachweisbar und entgehen leicht, eine andere Gruppe macht schwere Erscheinungen im Unterlappen und nimmt dann grosse Ausdehnung an. Die Lungenaffektionen nach Laporotomieen beruhen fast immer auf Embolien. Er ist in dieser Hinsicht zu demselben Resultate gekommen wie Gussenbaur vor einigen Jahren mit seinen Beobachtungen bei eingeklemmten Hernien. Er giebt zu, dass durch Aetherwirkung eine Disposition zur Pneumonie geschaffen wird, aber nicht, dass sie dadurch hervorgerufen wird. Der Abkühlung schreibt er keine ätiologische Wichtigkeit zu.

Hypostatische Pneumonien sind selten, da ja auch die Narben zu tief unten liegen, um die Athmung wesentlich zu beeinflussen. Die Ursache muss in der Krankheit selbst liegen.

Die Thrombosen bilden sich zum Theil in der unteren Hohlvene, zum Theil in der Pfortader. Die Lungenembolien kommen nur aus Thrombosen der Vena cava. Aus den Thrombosen der Pfortader entwickeln sich die Embolien in der Leber.

Bei 5 0/0 aller Operirten hat er Thrombosen oder Embolien beobachtet.

Es sind aber auch bei den Patienten, welche im freien Intervalle operirt werden, Embolien möglich: 1. weil da auch oft noch Eiterherde bestehen und 2. weil die Patienten der besseren Stände, wenn sie wissen, dass sie einen kranken Wurmfortsatz haben, so vorsichtig werden, dass sie ein schlaffes Herz bekommen und sich dadurch nach der Operation sehr leicht marantische Thromben bilden. Die Thromben in den Beckenvenen machen so gut wie keine Symptome. Man kann die Entstehung der Thromben und ihre Loslösung bei der Operation vermeiden, wenn man nach nur wenigen Anfällen operirt.

Die Embolien der Pulmonalarterien machen meist kein Fieber. Man soll kein Digitalis geben, weil man dadurch nur schadet. Der Patient muss mit erhöhtem Oberkörper gelagert werden und erhält gegen die Athemnoth nur Morphium.

Payr-Prag wurde zu einem genaueren Studium der Ursachen der Stieldrehung bei intraperitoneal gelegenen Organen dadurch geführt, dass er eine Ovarialcyste beobachtete, welche von ihrem Mutterboden fast vollständig losgelöst, aber sekundär an dem Netze adhären geworden war und sich dann zweimal um den Netzstiel gedreht hatte. Seine Versuche führte er nun derart aus, dass er eine hohle Magnesiumkugel an dem Netz befestigte. In Folge der chemischen Zersetzung bilden sich dadurch Gascysten von Wasserstoff in dem Netze. Derartige Kugeln, wie auch solche aus anderen leichten Stoffen, wie Kork etc., zeigen schon nach 24 Stunden den Anfang einer Stieldrehung — nimmt man dagegen schwere Kugeln an langen Stielen, dann ist keine Drehung nachweisbar.

Payr meint, dass die erste Veranlassung in den blutgefüllten Venen liege, welche eine Rankenwindung um das Bindegewebe des Netzes als Stab ausführen.

Ehrhardt. Ueber Leberwunden.

Leberwunden werden dadurch gefährlich, dass es zuweilen

unmöglich ist, eine Blutstillung zu erzielen. Dass jede Unterbindung der Pfortader zum Tode führt, ist allgemein bekannt, nicht so sind es die Veränderungen, welche bei Unterbindungen von Pfortaderästen auftreten. Nach Litten sollen dieselben belanglos sein, nach Ehrhardts Untersuchungen trat in allen Fällen eine Schrumpfung des betroffenen Leberlappens auf, in einem Falle sogar Ascites. Die Schädigung des Lebergewebes in dem geschrumpften Lappen wird durch Hyperplasie der anderen Lappen ausgeglichen, so dass keine dauernde Schädigung eintritt.

Nach seinen Erfahrungen kann er nicht zugeben, dass zur Heilung eines Aneurysma der Leberarterie eine Unterbindung derselben ausgeführt werde, weil seine Versuchsthiere nach einer Unterbindung der Arteria hepatica alle an Nekrose der ganzen Leber innerhalb 48 Stunden starben. Auch nach Unterbindung eines Astes der Leberarterie ist der betreffende Lappen stets nekrotisch geworden, es stellte sich eine sekundäre Eiterung oder Schaumleber ein. Stabel.

Bericht über die 65. ordentliche Sitzung des Berliner bahnärztlichen Vereins.

Freitag, den 6. Mai 1902, Abends 8 Uhr,
im Spatenbräu, Friedrichsrasse 172.

Anwesend 16 Mitglieder.

Vorsitzender Herr Schwechten, Schriftführer Herr Ramm.

Vor Eintritt in die Tagesordnung übermittelt Herr Schwechten einen Gruss von dem in Nauheim zur Kur weilenden Geh. Sanitätsrath Dr. Brähler.

Sodann hält Herr Schwechten einen warm empfundenen Nachruf dem verstorbenen Bahnarzt Geh. Rath Wahl in Essen und veranlasst die Anwesenden, sich zu Ehren des Verstorbenen von den Sitzen zu erheben.

I. Geschäftliches.

a) Das Protokoll der 64. Sitzung wird verlesen und angenommen.

b) Herr Schwechten legt ein Rundschreiben der Kgl. Eisenbahn-Direktion Erfurt vor, in welchem die Bahnärzte um Aeusserung darüber ersucht werden, welchen Familienangehörigen der Beamten freie ärztliche Behandlung zu gewähren sei.

Es erhebt sich eine lebhafte Debatte über die Zuständigkeit der Familienangehörigen auf freie ärztliche Behandlung. Die Herren Birnbaum und Friedenheim erwähnen Spezialfälle, in welchen sie einen Reichstagsstenographen und einen Assessor frei behandeln mussten.

Allseitig wird die Schwierigkeit einer präzisen Fassung anerkannt. Der Antrag Herzfeld, eine Kommission für genaue Formulierung des § 1 der Bahnarztverträge zu ernennen, wird abgelehnt. Den Ausführungen der Herren Jung und Schwechten, allen den Familienangehörigen freie ärztliche Behandlung angedeihen zu lassen, die von dem betr. Beamten völlig oder zum grössten Theil unterhalten werden, wird zugestimmt.

c) Herr Schwechten legt das reichhaltige Sitzungs-Programm des Verbandes deutscher Bahnärzte vor. Die Versammlung tagt am 18. und 19. September cr. in München. Der Berliner bahnärztliche Verein ist dazu eingeladen.

Herr Herzfeld schlägt vor, neben den Ausschuss-Mitgliedern auch noch für die Vorstands-Mitglieder des Vereins zwei Freifahrkarten bei der Direktion zu beantragen (event. 2 Mitglieder des Vereins auf Vereinskosten hinzusenden). Der Vorschlag findet die Billigung der Anwesenden.

d) Ferner legt Herr Schwechten einige Druckschriften des Eisenbahn-Direktors de Terra aus Guben gegen den Missbrauch geistiger Getränke vor. Dieselben werden wohlwollend besprochen und soll in de Terras Sinne auf die Eisenbahner eingewirkt werden.

II. Berathung über das Einheits-Formular bei Anstellung von Beamten und Arbeitern im deutschen Eisenbahndienst.

Der Vorstand des Vereins hatte jedem Anwesenden ein gedrucktes Einheits-Formular nebst Vorschriften überreicht.

Das Formular selbst wird gebilligt.

Ueber die „Vorschriften für die Feststellung der körperlichen Tauglichkeit zur Verwendung im Eisenbahndienst“ entspinnt sich eine lebhaftige Debatte, an welcher sich die Herren Jung, Schwechten, Herzfeld, Birnbaum, Behr, Vanselow, Simon, Friedenhein, Friedemann und Ramm theiligen.

Nachfolgend werden die Abänderungsvorschläge vermerkt, welche die Delegirten zum allgemeinen Bahnarzttag in München vertreten sollen.

A. Formular:

Zu Seite 1 unten: Die Geschäftsgebühr ist vom Staate zu erheben (Privatpersonen zahlen baar) soll hinzugefügt werden.

Zu Seite 2, Frage 1*: Statt „zu erholen“ ist „beizubringen“ zu setzen.

Zu Seite 3, 19 (s. § 18 des alten Formulars No. 181). Möglichst hinzuzufügen ist: „Zeigt der Dienstbewerber (namentlich Lokomotivführer) ein entschlossenes, aufmerksames oder zerstreutes Wesen?“ (Spezieller Wunsch von Herrn Brähler.)

B. Vorschriften.

Seite 4 des Formulars soll separat gedruckt den Bahnärzten als sog. „Instruktion“ ein für allemal zugesandt werden.

1. Statt „Vorschriften“ soll „Anleitung“ stehen.

Absatz 1 kann ganz fortfallen; „nur“ Bahnärzte für Preussen nicht angängig, da alle Medizinalbeamten das Recht zur Ausstellung haben; statt „gutem Tageslicht“ soll „gutem Licht“ stehen.

Absatz 2, die Anamnese „selbst“; „selbst“ soll gestrichen werden, weil Vertreter event. auch Atteste ausstellen.

. . . später „in der Regel“ zum Dienst. „In der Regel“ soll ausfallen, weil in Preussen das nicht zutrifft.

Absatz 3 wird genehmigt.

Absatz 4 . . . Tuberkulose, „Krebs“ . . . „Krebs“ soll gestrichen werden; weil erbliche Belastung hier wissenschaftlich noch nicht feststeht.

. . . ernährt, so „wird“ derselbe . . . hier soll stehen so „kann“ derselbe . . . „abgelehnt oder zurückgestellt werden“.

Absatz 5 . . . wie Psoriasis etc. bedingen Untauglichkeit, hier soll . . . in der Regel . . . eingeschoben werden. „Auch Epilepsie macht untauglich“ ist zuzufügen. Ferner soll redaktionell das vielmals vorkommende Wort „bedingt, bedingen“ geändert werden.

Sodann: die Untersuchung ist „bei abgewandtem Gesicht“ . . . hier soll bei „seitlich“ abgewandtem Gesicht gesetzt werden.

Ferner soll statt „Spitze seines kleinen Fingers“ „Watte“ stehen.

Zum Schluss wird auf Antrag des Herrn Schwechten hier folgender Zusatz gewünscht: „Der Bahnarzt hat sich auch darüber Kenntniss zu verschaffen, ob der zu Untersuchende ein entschlossenes, aufmerksames oder zerstreutes Wesen zeigt.“

Absatz 6 wird angenommen, trotzdem wir in Preussen dadurch die Anforderungen an die Sehschärfe für manche Kategorieen erhöhen.

Absatz 7 wird gleichfalls gebilligt.

Schluss der Sitzung 11 Uhr.

Dr. Ramm-Charlottenburg,
Schriftführer.

Bericht über die 3. Generalversammlung des Vereins württembergischer Bahnärzte.

Der Verein württembergischer Bahnärzte hielt seine 3. General-Versammlung am 11. und 12. Juni in Freudenstadt ab. 40 Bahnärzte waren erschienen. Prinzing-Ulm erstattete den Jahres- und Kassenbericht. Die Zahl der Mitglieder beträgt 117. Hofrath Dr. Distler-Stuttgart hielt einen Vortrag über Augenuntersuchungen, der in dieser Zeitschrift erscheinen wird. In der Diskussion betonte Maier-Ochsenhausen die Sicherheit der Prüfung auf Farbenblindheit mittelst des einfachen und doppelten Flors. Beck-Mengen berichtete über die Sitzung des Ausschusses deutscher Bahnärzte am 12. Januar in Berlin. In derselben wurde ein einheitliches Formular zur Untersuchung für die Befähigung zum Bahndienst nebst Instruktion hierzu berathen; es soll dem deutschen Bahnärztetag in München im September d. J. vorgelegt werden. Fischer-Biberach berichtete über die Ausstattung der Bahnstationen und Züge mit Verbandzeug. Im November vorigen wurde der Verein seitens der Kgl. württemb. Generaldirektion ersucht, sich hierüber zu äussern; der Ausschuss machte Vorschläge und sprach sich dahin aus, dass vorerst die Stationen mit Verbandzeug versehen werden sollen, während Verbandkästen in den Zügen erst in zweiter Linie zur Anschaffung kommen sollen. Die Verbandkästen sind Dr. Lindenmeyer-Stuttgart zur Lieferung übertragen. Weigelin-Stuttgart sprach über billiges Verordnen bei den Krankenkassen, wobei er den Hauptwerth darauf legte, dass unnöthige Ausgaben vermieden werden. Sonntag-Lonsee führte in längerer Erwiderung aus, dass die Aerzte namentlich auf dem Lande nicht ohne Arzneien auskommen können, und dass die Arzneitherapie immer noch die billigste sei. Kurrer-Lorch wünscht, dass die Ausstellungen direkt vom Revisionsarzt an die Kassenärzte gemacht werden sollen. Es wird der Antrag Beck-Mengen angenommen: Die bei künftigen Revisionen der Rezepte sich ergebenden Anstände sollen vierteljährlich gesammelt an sämtliche Kassenärzte hinausgegeben werden und der Verein möge sich dann über die Ausstellungen schlüssig machen. L. Bauer-Stuttgart gab einen Rückblick über die Bestrebungen zur Einführung der freien Arztwahl bei der Eisenbahnbetriebskrankenkasse. Die Frage ist in Stuttgart und Cannstatt sehr akut geworden. In Cannstatt bestand bei der Maschinenwerkstätte bisher freie Arztwahl; dieselbe sollte in der Weise beschränkt werden, dass die Arbeiter unter einer Anzahl von Bahnärzten die freie Wahl haben. Da aber die wirthschaftliche Vereinigung der Cannstatter Aerzte die Annahme einer Kassenarztstelle verbietet und nur freie Arztwahl bei den Kassen für zulässig erklärt, so findet die Kasse keine Aerzte. Ein ähnlicher Konflikt ist in Stuttgart in Aussicht, wo eine Bahnarztstelle neu zu besetzen ist. Bauer spricht sich für Einführung der vollen freien Arztwahl bei der Betriebskasse, auch auf dem Lande, aus. Bei der Generalversammlung der Betriebskasse am 5. Mai dieses Jahres ist die Einführung der freien Arztwahl abgelehnt worden. Der württembergische Aerzteverein hat vorerst keinen Anlass, zu dieser Frage Stellung zu nehmen. Als Ort der nächsten Versammlung wurde Friedrichshafen gewählt. Prinzing (Ulm).

Die Jahresversammlung der Bahnärzte für den Direktionsbezirk Elberfeld.

Am 28. Mai cr. fand in Düsseldorf in der städtischen Tonhalle die Jahresversammlung der Bahnärzte für den Direktionsbezirk Elberfeld mit folgender Tagesordnung statt:

1. Ergänzungswahl des Vorstandes (§ 3 Absatz 2 der Satzungen).
2. Rechnungslegung.
3. Unterricht in der ersten Hilfeleistung bei Unglücksfällen.
4. Verhaltensmassregeln bei Pestfällen.
5. Anstellung von homöopathischen Aerzten als Bahn- und Kassenärzte (Referent: der Herr Vorsitzende, Sanitätsrath Dr. Le Blanc in Opladen).
6. Besprechung einer Reklame für Naturheilkunde von Gramsch (Referent: Herr Sanitätsrath Dr. Holzschneider in Cronenberg).
7. Wahl des Ortes für die nächste Jahresversammlung.
8. Geschäftliches.

Der Vorsitzende, Sanitätsrath Dr. Le Blanc-Opladen eröffnete die Versammlung und begrüßte die zahlreich erschienenen Mitglieder, sowie den Vertreter der Kgl. Eisenbahndirektion, Herr Regierungsrath Wache, der, wie in den letzten Jahren stets, an den Versammlungen theilnehmen werde, in dem Bestreben, die gemeinsamen Berathungen sowohl für die Königl. Verwaltung, wie für die Bahnärzte nutzbringend zu gestalten. Herr Regierungsrath Wache begrüßte sodann die Versammlung Namens der Königl. Eisenbahndirektion.

Zu I der Tagesordnung: Durch das Loos scheidet aus dem Vorstande aus Herr Sanitätsrath Dr. von Guérard-Elberfeld. Derselbe wird auf Vorschlag des Vorsitzenden per acclam. wieder gewählt.

Zu II. Die Prüfung der Rechnung wurde den Herren Schirp-Vohwinkel und Dr. Hofacker-Düsseldorf übertragen. Dieselben bescheinigten die Richtigkeit der vorgelegten Rechnung.

Zu III. Herr Regierungsrath Wache berichtete über die im Direktionsbezirk Elberfeld bereits getroffenen und noch beabsichtigten Massnahmen und zwar:

1. Ueber die beim Herrn Minister beantragte Erweiterung des Unterrichts gemäss der Dienstvorschrift betr. das Rettungswesen bei Verunglückungen auf Eisenbahnen.
2. Ueber die Ausbildung von Rettungsmannschaften für die Hilfszüge in Düsseldorf, Barmen, Rittershausen, Hagen und Siegen.
3. Ueber die Bildung freiwilliger Sanitätskolonnen von Eisenbahnbediensteten in Elberfeld, Vohwinkel, Ohligs, Opladen, Langenberg, Schwerte, Hagen, Düsseldorf u. s. w.

Zu IV. Unter Bezugnahme auf die bei der vorjährigen Versammlung gepflogenen Verhandlungen und die den Bahnärzten von der Königl. Eisenbahn-Direktion zugegangenen Mittheilungen betreffend Verhaltensmassregeln für das Eisenbahnpersonal bei Pestfällen und Krankenübergabestationen berichtete Herr Regierungsrath Wache über den gegenwärtigen Stand der Angelegenheit.

Zu V. Der Vorsitzende berichtete über die Anstellung des homöopathischen Arztes Dr. Willerding als Kassenarzt der Betriebs-Krankenkasse für den Eisenbahndirektionsbezirk Elberfeld, in Vohwinkel. Er machte zunächst darauf aufmerksam, in welcher Weise in diesem Falle Unterschriften gesammelt worden wären. 170 Kassenmitglieder hätten den Antrag auf Bestellung eines homöopathischen Arztes unterschrieben und 40 denselben gewählt. Ein Bedürfniss zur

Niederlassung eines weiteren Arztes in Vohwinkel habe nicht vorgelegen. Kurze Zeit vorher sei auch die Bestallung eines zweiten dort ansässigen Arztes als Arzt der Betriebskrankenkasse verwaltungsseitig abgelehnt worden. Die Bestallung des Dr. Willerding sei also lediglich erfolgt, weil dieser sich als homöopathischer Arzt bezeichne. Der Berichterstatter führte alsdann des Weiteren aus, dass die Lehrsätze der alten und neueren Homöopathie (Hahnemann, Lutze, Hirschel u. s. w.) widersinnig seien und jeder wissenschaftlichen Begründung entbehrten. Die staatlich approbirten Aerzte, welche auch Homöopathie ausübten, könnten nicht zu den anständigen Elementen des ärztlichen Standes gezählt werden, sie seien als moralisch verirrt zu bezeichnen und es sei eines berufstreuen Arztes unwürdig, mit einem solchen Arzte gemeinsam zu arbeiten, mit ihm zu konsultiren, oder ihn zu vertreten. Die Bahnärzte müssten es deshalb ablehnen, in schwierigen Fällen (§ 1, Absatz 3 des Vertrages) mit homöopathischen Aerzten zu konsultiren. Er schlage vor

- a) eine Denkschrift auszuarbeiten und der Direktion, ev. dem Herrn Minister vorzulegen.
- b) einen Antrag an den Ausschuss der Bahnärzte zu richten, dahingehend, dass allen Bahnärztevereinen Deutschlands die Frage zur Beschlussfassung vorgelegt werde zwecks gemeinsamen Vorgehens.

Herr Reg.-Rath Wache führte hierzu aus, dass er von der Bestellung eines homöopathischen Arztes abgerathen habe und dass jede Beeinflussung der Kassenmitglieder von ihm ausdrücklich verboten worden sei, dass ferner die Kassenärzte von dem Vorstande der Betriebskrankenkasse bestellt würden, zu welchem ausser ihm noch sechs stimmberechtigte Mitglieder dieser Kasse gehörten. Der Kassenvorstand bestelle die Kassenärzte unter Berücksichtigung des Bedürfnisses und der Wünsche der Kassenmitglieder selbständig. In dem Vorstande der Betriebskrankenkasse habe er nur eine Stimme, könne also von den übrigen Vorstandsmitgliedern überstimmt werden, wie dies auch in dem in Betracht kommenden Falle in Vohwinkel, wo ein homöopathischer Arzt verlangt worden war, geschehen sei. Seine Gegenstellungen seien nicht berücksichtigt worden. Der angestellte homöopathische Arzt Dr. Willerding sei übrigens staatlich approbirter praktischer Arzt.

Bei der Bestellung von Bahnärzten, die seitens der Königl. Eisenbahndirektion erfolge, würden homöopathische Aerzte nicht berücksichtigt werden, auch sollten die Bahnärzte nicht gehalten sein, mit homöopathischen Aerzten zu konsultiren.

Demgegenüber wurde von der Ausarbeitung einer Denkschrift abgesehen, dem Vorsitzenden aber auf seinen wiederholten Antrag die Ermächtigung ertheilt, beim Ausschusse der Bahnärztevereine den Antrag zu stellen, dass die Frage allen Vereinen zur Berathung und Beschlussfassung vorgelegt werde. —

Zu VI. Der Berichterstatter Herr Sanitätsrath Dr. Holzschneider berichtete über den Unfug der Verbreitung der Bilzschens Bücher über das Naturheilverfahren durch Vorträge, die auch in Eisenbahn-Werkstätten und Diensträumen stattgefunden haben.

Herr Regierungsrath Wache besprach zunächst die im Direktionsbezirk Elberfeld vorgekommenen Fälle (in Langenberg und Holzwichede) und bemerkte, dass derartige Fälle, von denen der Königl. Eisenbahn-Direktion nichts bekannt gewesen sei, für die Folge nicht wieder vorkommen würden, da das Halten von Vorträgen über Gesundheitspflege in Eisenbahndiensträumen seitens nichtapprobirter Aerzte neuerdings strengstens verboten worden sei.

Zu VII. Als Ort für die nächste Jahresversammlung wurde Elberfeld gewählt.

Zu VIII. Die Alkoholfrage wurde im Anschluss an den Aufruf des Eisenbahn-Direktors de Terra - Guben berührt und die Frage der Einschränkung des Verkaufs alkoholhaltiger Getränke, namentlich von Branntwein, in den Bahnhofswirtschaften an das Eisenbahnpersonal besprochen. Es wurde beschlossen, die Angelegenheit auf die Tagesordnung der nächsten Jahresversammlung zu setzen.

Von dem Vertreter der Königl. Eisenbahn-Direktion wurden zwei Muster für Taschen - Apotheken zur Begutachtung vorgelegt, da die Ausrüstung der Streckenwärter und Rottenführer mit solchen in Anregung gebracht sei. Die Versammlung hielt den Inhalt der vorgelegten Muster nicht für zweckentsprechend. Der Vereinsvorstand wird die Angelegenheit prüfen und diejenigen Gegenstände bezeichnen, die zweckmässig in eine solche Taschen-Apotheke gehören.

Es wurde ferner eine Offerte der Firma Karl Hoffbauer-Dortmund bezüglich ihres Heilmittels „Brandol“ zur Schmerzlöschung und Heilung von Brandwunden bekannt gegeben. Das Mittel soll in geeigneten Fällen von den Bahnärzten geprüft und über die Erfahrungen demnächst berichtet werden.

Als Schutzanzüge für die die Hilfszüge begleitenden Rettungsmannschaften für den Sanitätsdienst wurden von der Versammlung auf Anfrage des Direktionsvertreters Kittelschürzen mit Aermeln (sog. Operationsschürzen) empfohlen.

Wache, Dr. Le Blanc,
Regierungsrath. Vorsitzender.
Hicke,
Bureau-Diätar.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Gelbes Fieber als Betriebsunfall.

Rekursentscheidung vom 18. Dezember 1901.

Auch bei der erneuten Prüfung des Streitfalles hat das Reichs - Versicherungsamt auf Grund der tatsächlichen Feststellungen der früheren Instanzen, insbesondere mit Rücksicht auf die Gutachten des Physikus Dr. E. in Hamburg vom 31. August 1892 und des Vertrauensarztes der Beklagten Dr. M. in Hamburg vom 26. März 1901 für erwiesen erachtet, dass der Tod des Kapitäns Heinrich B. in Barbados zwischen dem 18. und 30. Januar 1892 durch gelbes Fieber herbeigeführt worden ist, sowie dass die Folgen der Kopfverletzung, welche B. im Jahre 1890 in Monte Christi erlitten hat, auf den Ausbruch und den tödtlichen Verlauf dieser Krankheit von unmittelbarem oder mittelbarem Einfluss nicht gewesen sind. Namentlich kann auch das Gutachten des Amtsarztes Dr. St in Elsflath vom 1. März 1901 eine andere Beurtheilung dieses Punktes nicht rechtfertigen. Denn, wenn auch ohne Weiteres zugegeben werden kann, dass die als Folgen von Kopfverletzungen auftretenden Gehirnerscheinungen oft erst mehrere Jahre nach der Verletzung zum Tode führen, ohne vorher den Verletzten geistig oder körperlich arbeitsunfähig gemacht zu haben, so wäre doch im vorliegenden Falle, in welchem etwa gleichzeitig mit dem Kapitän B. drei andere Leute der Schiffsbesatzung gestorben und unstreitig dem gelben Fieber erlegen sind, die Annahme, dass bei B. die Kopfverletzung aus dem Jahre 1890 die Ursache des Todes gewesen sei, nur bei einer ganz unzweideutigen und schlüssigen Beweisführung zulässig. Dies muss ebenso von der Annahme gelten, dass die Folgen der Kopfverletzung auf den tödtlichen Verlauf der Erkrankung auch nur miteingewirkt hätten. Denn bei der ungemeinen Gefährlichkeit des gelben Fiebers, das

die rüstigsten Leute dahinrafft, findet der schnelle Tod des B. seine vollständige Erklärung, ohne dass eine Verringerung der Widerstandskraft seines Körpers durch die Folgen jener Kopfverletzung vorausgesetzt wird.

Es ist daher entsprechend der früheren Entscheidung des Reichs - Versicherungsamts davon auszugehen, dass B. dem gelben Fieber erlegen ist.

Auch hält das Reichs-Versicherungsamt an der in dem früheren Urtheil ausgesprochenen Rechtsauffassung fest, dass klimatische Erkrankungen für sich allein als entschädigungspflichtige Unfälle nicht in Betracht kommen.

Aber die nach Erlass des früheren Urtheils angestellten eingehenden Ermittlungen haben die dem Streitfalle zu Grunde liegenden tatsächlichen Verhältnisse in ein helleres und zum Theil neues Licht gestellt; mit Rücksicht hierauf war eine abweichende Entscheidung des Streitfalles geboten.

Hierbei konnte die von den Klägern angeregte Frage, ob nach dem neueren Standpunkte der medizinischen Wissenschaft das gelbe Fieber nicht als klimatische, sondern als Ansteckungskrankheit aufzufassen sei, unerörtert bleiben. Denn in jedem Falle erscheint der Anspruch der Kläger bei der durch die neueren Erhebungen geschaffenen Lage des Falles begründet.

Das von dem Kapitän B. geführte Schiff lag 6 Wochen in Santos, nahm dort aus einem Flusse Sandballast ein und segelte in 48 Tagen nach Barbados. In Santos wüthete das gelbe Fieber, insbesondere war der Fluss, aus dem der Ballast entnommen wurde, verseucht, Barbados war fieberfrei. Kurz vor der Abfahrt von Santos erkrankten drei Leute der Besatzung am gelben Fieber, die zurückgelassen wurden, auf der Weiterreise kam ein weiterer Krankheitsfall nicht vor, und bei der Ankunft in Barbados konnte B. an seinen Rheder melden, dass Alles wohl sei. Da der Ballast jedoch etwas nach der einen Seite übergegangen war, musste er getrimmt, d. h. gerade geschaufelt werden. Zu diesem Zwecke wurde die Grossluke geöffnet, und zunächst der Schiffsjunge in den Raum geschickt. Nachdem dieser dort von der Frühstückszeit bis Mittags gearbeitet hatte, klagte er über Unwohlsein und musste Nachmittags gegen 4 Uhr ins Hospital geschafft werden, wo er noch in derselben Nacht am gelben Fieber verstarb. Am nächsten Tage war auch schon die Krankheit beim Kapitän B. ausgebrochen. Er starb 5 bis 6 Tage später, etwa zu derselben Zeit auch der zweite Steuermann und ein Matrose.

Hiernach und nach dem sonstigen Inhalte der Akten muss angenommen werden, dass bei dem Umtrimmen des Ballastes in dem engen, dunsterfüllten Raume Krankheitserreger (Fiebertgiftstoffe), welche in dem in Santos eingenommenen Ballast enthalten waren, aufgewühlt wurden, und dass diese Giftstoffe auf die Gesundheit der bei dem Umtrimmen beschäftigten Personen und insbesondere auf den verstorbenen B. innerhalb eines eng begrenzten Zeitraumes in einem wesentlich stärkeren Masse schädlich gewirkt haben, als es bei einem blossen Aufenthalt in einem verseuchten Hafen, wie Santos, möglich gewesen wäre. Durch jene Betriebsarbeit und die dabei obwaltenden eigenartigen Verhältnisse sind mithin für den Ausbruch und den Verlauf der Krankheit, welcher B. erlegen ist, besonders ungünstige Bedingungen geschaffen worden, wofür namentlich deutlich der Umstand spricht, dass von den in Santos erkrankten Leuten der Schiffsbesatzung zwei ihre Gesundheit wiedererlangt haben, während die in Barbados vom gelben Fieber Befallenen sämmtlich daran verstorben sind, und der zunächst mit dem Trimmen beauftragte Schiffsjunge schon innerhalb einiger Stunden zu Grunde gegangen ist.

In dieser Beleuchtung gleicht die vorliegende Streitsache

dem in der Rekursentscheidung 213 (Amtl. Nachr. 1886 S. 251) entschiedenen Falle, in dem es sich um die Ansprüche der Hinterbliebenen eines Arbeiters gehandelt hatte, der infolge der Bearbeitung der Haare milzbrandkranker Thiere selbst an Milzbrand erkrankt und gestorben war. Der Thatbestand des Betriebsunfalls ist damals zutreffend darin gefunden, dass mit einer bestimmten Betriebsthätigkeit eine innerhalb kurzer Zeit sich vollziehende schädliche Einwirkung auf den Gesundheitszustand des Arbeiters verbunden war; die gleiche Rechtsauffassung greift auch für den vorliegenden Fall durch.

Bei der beschriebenen Sachlage war es geboten, die Erkrankung des Kapitäns B. am gelben Fieber in Barbados als Betriebsunfall anzusehen, während andererseits die Erkrankungen und Todesfälle in Santos, die ohne Mitwirkung eines Betriebsvorganges lediglich auf den Aufenthalt daselbst zurückzuführen sind, und bei denen es sich nur um klimatische Einwirkungen handelt, einen Rentenanspruch auf Grund des See-Unfallversicherungsgesetzes nicht begründen könnten. Gerade diese Gegenüberstellung hebt die Verschiedenheit des Thatbestandes in mehreren anscheinend ähnlichen Fällen hervor und zeigt die dadurch bedingte Nothwendigkeit einer verschiedenen Beurtheilung je nach den besonderen Umständen des einzelnen Falles.

In der Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 3. Juli 1893 ist ausdrücklich anerkannt, dass Gesundheitsschädigungen, welche auf den Ausbruch oder den Verlauf klimatischer Erkrankungen von wesentlichem Einfluss sind und ihrerseits mit einem als Unfall sich darstellenden Betriebsvorgang in ursächlichem Zusammenhang stehen, sehr wohl Entschädigungsansprüche nach dem S. U. V. G. begründen können. Ein solcher Betriebsvorgang ist nunmehr als erwiesen erachtet worden; hierin liegt eine Abweichung von der früheren Entscheidung nur in thatsächlicher, nicht in rechtlicher Beziehung. Eine Verweisung der Sache an den erweiterten Senat gemäss § 17 H. G. war daher nicht erforderlich.

Ist nach dem Vorstehenden der Kapitän B. einem Betriebsunfall erlegen, so stehen den Klägern die ihnen vom Schiedsgericht zugebilligten Hinterbliebenen-Renten zu, gegen deren Höhe von der Beklagten Einwendungen nicht erhoben sind, und auch bei dem Reichs-Versicherungsamt Bedenken nicht vorliegen. Der Rekurs der Beklagten war daher zurückzuweisen.
(Arbeiterversorgung).

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

G. Jacobson, Med.-Rath, kgl. Kreisarzt. Leitfaden für die Revisionen der Drogen-, Gift- und Farbenhandlungen. Berlin, Fischers Med. Buchh. 1902. kl. Oktav. Pr. 4 M.

Die zweite Auflage des bekannten und bei Medizinal-Beamten beliebten Leitfadens enthält die am 1. April cr. in Kraft getretene Kaiserl. Verordn. v. 22. Oktober 1901 und die Entscheidungen der höchsten Gerichtshöfe bis in die neueste Zeit. Sie zeichnet sich, wie die erste, durch Objektivität der Darstellung und Reichhaltigkeit des Inhalts in knappem Rahmen aus. Dass beim sogenannten Giftgesetz (S. 106) weder am Kopf, noch am Schluss das bekannte Datum vom 24. August 1895 vermerkt ist, auf welches anderweitig Bezug genommen wird, ist wohl nur ein Druckversehen. L.

R. Kobert, Beiträge zur Kenntniss der Giftspinnen. Stuttgart 1901. Gr. 8, 191 Seiten.

Diese Monographie giebt die Resultate einer grösseren Anzahl von Versuchen wieder, welche Verf. schon während

seines Aufenthaltes in Dorpat angestellt hatte mit verschiedenen Extrakten von Giftspinnen, namentlich solchen aus Südrussland. Eingeleitet und ergänzt werden diese Versuche durch ausführliche zoologische und namentlich historische Mittheilungen. Wie weit dieselben auf Vollständigkeit Anspruch machen können, vermag ich nicht zu beurtheilen; jedenfalls genügt das Gebotene vollkommen den Bedürfnissen des Mediziners, für welchen das Buch wohl vor Allem geschrieben ist.

Die toxikologischen Versuche des Verf. behandeln in erster Linie die Giftwirkungen der in Südrussland (Taurien) einheimischen Karakurte, *Lathrodictes Erebus*. Hiernach enthält die Karakurte ein Gift, welches das Herz und das Zentralnervensystem mit oder ohne vorherige Erregung der motorischen Zentren lähmt. Bei direkter Berührung des Giftes mit dem Blute kann es auch noch zu Hämolyse und Thrombosierungen kommen. Die giftigen Dosen sind dabei recht gering; so stirbt ein Meerschweinchen von 650 g nach Injektion eines Auszuges entsprechend 5 mg Organischem, eine kleine Katze von 1620 g nach Injektion eines solchen entsprechend 7,9 mg Organischem u. a. — Seiner chemischen Natur nach ist das Gift ein Gifteiwiss oder ein giftiges Enzym, das mit einigen anderen thierischen Giften, namentlich dem Skorpionengift gewisse Aehnlichkeiten besitzt.

Von grösstem Interesse für uns ist es nun, dass nach den Untersuchungen des Verf. auch unsere einheimische Kreuzspinne und zwar auch im Jugendzustande und sogar schon in den Eiern ein Gift enthält, welches dem Karakurtengift in seiner Wirkung äusserst ähnelt. Auch dieses wirkt vom Blute aus (durch Hämolyse) giftig und todbringend. Katzen starben nach Injektion von Extrakten, 2,0 bzw. 2,5 Organisches pro kg Körpergewicht enthaltend. 4,1 bzw. 4,8 mg (Organisches im Extrakt) pro kg Körpergewicht tödteten Hunde nach wenigen Minuten, 2,4 mg nach wenigen Stunden. — Man sieht aus diesen Beispielen die grosse Giftigkeit des Kreuzspinnengiftes. Verf. berechnet auf Grund seiner Versuche, dass man mit einer einzigen erwachsenen weiblichen Kreuzspinne ungefähr 1000 halb-wüchsige Katzen vergiften kann.

Wenn so Verf. dem alten Glauben von der Giftigkeit der Kreuzspinne volle Berechtigung verschafft, so ist er andererseits bemüht, durch kritische historische Studien den wunderbaren Erzählungen von der furchtbaren Wirkung des Bisses der Tarantel — der italienischen wie der russischen — entgegenzutreten und zeigt, dass es sich häufig um Verwechslungen mit Bissen der in Südeuropa einheimischen Malmignatte, einer *Lathrodictes*art, handelt.

Jedenfalls haben wir in dem Kobert'schen Buche eine Schrift vor uns, welche schon durch ihre Vielseitigkeit geeignet ist, bei Medizinern und Naturwissenschaftlern grosses Interesse zu erregen.
Kionka-Jena.

A. J. Kunkel: Handbuch der Toxikologie. — Jena. Gustav Fischer. Erste Hälfte 1899, zweite Hälfte 1901. Gr. 8, 1117 S.

Das vorliegende Werk giebt das grosse Material wieder, welches Verfasser im Laufe seiner langjährigen Thätigkeit als Pharmakologe und Toxikologe theils durch eigene Erfahrungen und Anschauungen gewonnen, theils der gesammten toxikologischen Literatur entnommen hat. Was die letztere Quelle anlangt, so hat Verfasser an den Berichten und Mittheilungen Anderer, ehe er sie seinem Werke einverleibte, die schärfste Kritik geübt, und gerade diese scharf kritische Sichtung des Materials ist neben der Fülle des Gebotenen ein Vorzug des Buches, welcher es vor manchem anderen derartig umfangreichen Werke vortheilhaft auszeichnet. Es ist ja dieses Handbuch kein Werk bestimmt zum schnellen Gebrauch für

den praktischen Arzt. Dazu ist es viel zu ausführlich. Auch will der Praktiker, wenn er sich schnell in einer Spezialdisziplin, wie es die Toxikologie doch ist, orientieren muss, nicht kritische Auseinandersetzungen über den Werth oder Unwerth gewisser Ansichten, sondern vielmehr kurze prägnante Angaben über das, was thatsächlich erwiesen ist und anerkannt wird. Indessen ist andererseits gerade wegen der ausführlichen Kritik dieses Werk zum Spezialstudium im Gebiete der Toxikologie von ganz unschätzbarem Werthe und dürfte in keiner öffentlichen medizinischen Bibliothek fehlen.

Auf Einzelheiten des Handbuches des Näheren einzugehen, erscheint nicht zweckmässig. Auf den ersten 90 Seiten wird die allgemeine Toxikologie behandelt. Von diesen entfallen etwa 70 Seiten auf eine sehr anziehend geschriebene allgemeine Toxikologie der Organe und Funktionen, während die gesammten Kapitel über Giftwirkung einschliesslich der Definition der Empfänglichkeit des Organismus, der Abwehrmassregeln desselben u. a., — und auch die allgemeine Therapie der Vergiftungen auf 16 Seiten untergebracht sind. Namentlich die Kürze des letztgenannten Kapitels erscheint im Vergleich zur sonstigen Ausführlichkeit des Werkes etwas befremdend.

Im speziellen Theil sind die einzelnen Gifte nach der chemischen Eintheilung geordnet. Was die einzelnen Kapitel anbelangt, so kann man wohl sagen, dass in ihnen Alles zu finden ist, was zur Zeit der Abfassung derselben über die einzelnen Gifte bekannt war. — Das Ganze schliesst ein Sachregister, welches etwas weniger ausführlich ist, als man es sonst in derartigen Werken zu finden gewohnt ist, das aber immerhin 24 Seiten umfasst. Kionka-Jena.

Zur Besprechung eingegangen.

(Besprechung vorbehalten.)

Verlag Carl Marhold:

Hölscher, Fremdkörper im äusseren Gehörgange und ihre Behandlung. 1902. 18 Seiten.

Bresgen, Lebensversicherung und Krankheiten der Nasen- und Rachenhöhle. 1902. 15 Seiten.

Theilhaber, Der Zusammenhang von Nervenerkrankungen mit Störungen in den weiblichen Geschlechtsorganen. 1902. 22 Seiten. Preis 80 Pfg.

Ernst Schultze, Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. 1902. 46 Seiten.

Verlag Gustav Fischer:

Rille, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. I. Abth. 1902. 176 Seiten.

Verlag Georg Thieme:

Becker, Th., Einführung in die Psychiatrie. 3. Aufl. 166 Seiten. 1902.

Krönig, Ueber die Bedeutung der funktionellen Nervenkrankheiten, 102 Seiten. 1902.

Verlag M. Rieger:

Emmerich und Trillich, Anleitung zu hygienischen Untersuchungen. 3. Aufl. 1902. 424 Seiten. Preis 10 Mark.

Verlag E. F. Thienemann.

Spitzner, Die pädagogische Pathologie im Seminarunterricht. Beiträge zur Lehrerbildung und Lehrerfortbildung. 24. Heft. 51 Seiten. 1902. Preis 80 Pfg.

Verlag Staegmeyr:

Keim, Ideales und Reales in der Bienenzucht. 1902. 54 Seiten. Preis 2 Mark.

Verlag M. & H. Schaper:

Severserenus, Aus der Spechstunde des Anwalts. 1902. 185 Seiten. Preis 2,80 Mk.

Tagesgeschichte.

Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Preussen.

Die im Jahre 1900 veranlassten statistischen Erhebungen über Geschlechtskrankheiten in Preussen haben Ergebnisse gehabt, die wohl selbst den Wissenden überraschen und erschrecken können.

Nachgewiesen wurde, dass sich am 30. April 1900 von je 10 000 erwachsenen Personen 18,46, von je 10 000 Männern 28,20, von ebensoviel Frauen 9,24 wegen Geschlechtskrankheiten in Behandlung approbirter Aerzte befanden.

In Berlin kamen auf 10 000 Einwohner 141,94 männliche bzw. 45,73 weibliche Kranke. Zwischen 58,91 (19,44) und 33,25 (9,95) bewegt sich die Krankenzahl in den Regierungsbezirken Wiesbaden, Hannover, Düsseldorf und Breslau. Die niedrigste Prozentzahl weisen die Bezirke Münster, Osnabrück und Sigmaringen auf.

In den 107 grösseren Städten des Staates, deren Einwohnerzahl 23,78 (bzw. 23,58) der gesammten Bevölkerung ausmacht, hausen die Geschlechtskrankheiten besonders arg; auf diese Städte entfallen 78,51 (78,05) Prozent aller ermittelten Kranken.

Enorm ist die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in vielen Universitäts-, Hafen-, Handels- und Industriestädten, besonders wo gleichzeitig Garnison vorhanden ist. Wir nennen Königsberg mit 163,71, Wilhelmshaven mit 215,16, Frankfurt a./M. mit 150,49, Essen mit 126,18 Prozent der gesammten männlichen Bevölkerung.

Auffallend gering war die Zahl der am 30. April 1900 in Behandlung befindlichen geschlechtskranken Soldaten: 15,20 auf 10 000.

Den Hauptantheil an den Erkrankungen hat der Tripper (53,72), dann folgt primäre und sekundäre Syphilis mit 27,63, tertiäre mit 12,83, weicher Schanker mit 6,92 Prozent. Bei den Frauen tritt die Syphilis, bei den Männern der Tripper mehr in den Vordergrund.

Das ist also, um es nochmals zu wiederholen, lediglich die Zahl der Geschlechtskranken, die an einem beliebig herausgegriffenen Tage des Jahres in ärztlicher Behandlung waren. Man rechne sich aus, was das, eine gewisse durchschnittliche Behandlungsdauer angenommen, für das ganze Jahr und weiter für die durchschnittliche Lebensdauer der Bevölkerung für Zahlen giebt — und dann bedenke man, wie viel Kranke ohne Behandlung bleiben und sich an Kurpfuscher wenden! Jede Erläuterung des Ernstes dieser Verhältnisse ist gegenüber Aerzten überflüssig.

Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Unter der Aegide von Galewsky, Lesser, Neisser, Wolff, Blaschko und M. Kirchner tritt, heute schon mit einem stattlichen Gefolge von hervorragenden Aerzten und Laien, eine Vereinigung ins Leben, deren Ziele fördern zu helfen eine Ehrenpflicht jedes Bürgers und vor Allem jedes Arztes ist. Handelt es sich doch um die Bekämpfung eines Feindes, der die furchtbarsten Verheerungen anrichtet, der nicht etwa heimlich sich einschleicht in die Häuser der Nichtsahnenden, nein, der uns seinen Weg ganz offen zeigt, pochend auf seine Unbesieglichkeit: um die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Die Gesellschaft plant die Gewinnung einer möglichst grossen Zahl von Mitgliedern aus allen Gesellschaftsschichten, Bildung von Zweigvereinen an Orten mit grösserer Mitgliederzahl, Abhaltung von Versammlungen, Veranstaltung von öffentlichen belehrenden Vorträgen aus dem Gebiete der Sexual-

hygiene, Verbreitung von aufklärenden populären Schriften und Flugblättern etc., direkte und indirekte Beeinflussung von gesetzgebenden und Verwaltungskörpern zur Abhilfe von Uebelständen und zur Anbahnung von Reformen auf dem Gebiete der öffentlichen Fürsorge für Geschlechtskranke und der Ueberwachung der Prostitution.

Der Jahresbeitrag soll 3 Mark betragen; eine konstituierende Versammlung wird im Herbst nach Berlin einberufen werden.

Statistische Zentralstelle für das Irrenwesen.

Einer Anregung, die Hoche auf dem diesjährigen Irrenärztertage zu München gegeben hat, ist es zu danken, dass der erste Schritt zu einem gemeinsamen Vorgehen der deutschen Irrenärzte gegen die falschen Anschauungen, die im Publikum über Irre und Irrenärzte herrschen, gethan werden wird. Die Missstände sind zwar alt, aber einmal müssen sich doch die Psychiater rühren, um aus der, wie Hoche ganz richtig sagt, abnormen Stellung, die sie in der öffentlichen Meinung einnehmen, herauszukommen. Und gerade jetzt, wo, wie es scheint, die reichsgesetzliche Regelung des Irrenwesens nahe ist, erscheint es dringend geboten, statt allgemeiner Lamenti mit positivem Beweismaterial für die Forderungen und Anschauungen der Irrenärzte einzutreten.

Die von Hoche vorgeschlagene und von der Versammlung eingesetzte „statistische Kommission“ wird in erster Linie systematisch aus der Tagespresse alles das sammeln, was sich auf Geisteskranke, angeblich Geisteskranke etc. bezieht: Alle die Fälle von Selbstmorden Geisteskranker, von Schädigungen Anderer durch Irre, von Bestrafung Geisteskranker und Schwachsinniger, von Kollision dieser Kranken mit militärischen Verhältnissen und endlich von angeblicher Internirung oder Entmündigung Geistesgesunder. Dieses ganze Material wird sorgfältig geprüft und das Ergebniss alljährlich in Berichtform dem Irrenärzteverein, weiterhin auch in Broschüren der Öffentlichkeit, der Presse, den gesetzgebenden Körperschaften übergeben werden.

Wahrlich, eine Aufgabe, der Mitarbeit aller Verständigen werth!

Zur Tollwuthstatistik.

Die Zahl der Tollwuthfälle in Preussen scheint ständig abzunehmen. Die Bissverletzungen durch wuthkranke oder wuthverdächtige Thiere betrug nach den amtlichen Meldungen im Jahre 1900 233, im Jahre 1901 187. Geimpft wurden im Berliner Institut für Infektionskrankheiten 1898 137, 1899 384, 1900 332, 1901 230.

1902 im ersten Quartal allerdings bereits 78, doch ist erfahrungsgemäss die Vertheilung auf die einzelnen Monate des Jahres gewöhnlich sehr unregelmässig. In den letzten fünf Vierteljahren war die Zahl der Todesfälle trotz Schutzimpfung etwas grösser, als man hätte erwarten sollen (5), es wird daher jetzt versucht, mit stärkerem Virus und häufigeren Einspritzungen vorzugehen, als Pasteur ursprünglich angegeben hat.

Eine eigenthümliche Körperverletzung aus Eifersucht.

In einem Dorfe der Bukowina lebt der Bauer M., der als einer der intelligenteren Leute am Orte gilt. Er ist seit drei Jahren verheirathet, die Frau ist jetzt 24 Jahre. Vor drei Monaten nun hat M. unter furchtbaren Drohungen seine Frau genöthigt, sich von ihm den Scheideneingang mit Draht vernähen zu lassen. Zwei Drahtschlingen hat er eingelegt und durch Zusammendrehen geschlossen. Vor der jedesmaligen Ausführung des Beischlafes hat er die Drähte jedesmal aufgedreht, aber nicht entfernt.

Endlich gelang es der Frau, ihm zu entfliehen, und nach mehrtägiger Fusswanderung erreichte sie mit ihrem Kinde die Stadt Radautz, wo ein Arzt ihr die Drähte entfernte und die Wunden heilte.

Der Sachverhalt wird von dem behandelnden Arzte selbst, Dr. Bierer, der Wiener medizinischen Wochenschrift mitgetheilt. Eifersucht soll, wie Dr. B. schreibt, das Motiv zu dem Verbrechen sein, welches inzwischen dem Gerichte angezeigt worden ist. Der Fall ist gerichtsärztlich nicht nur nach der körperlichen, sondern auch nach der psychologischen Seite interessant: dass Eifersucht die Ursache zu der Missethat war, wird man kaum bezweifeln können, aber es wird sich fragen, ob diese Eifersucht nicht krankhafter Natur, nicht der Ausfluss geistiger Störung ist. Der Fall M. gehört zu denen, in welchen auf Grund der besonderen Art des Vergehens eine Untersuchung des Geisteszustandes von Amtswegen jedem weiteren Verfahren vorausgehen sollte.

Neue Ministerialerlasse.

Erlass vom 21. April 1902 betr. Verrechnung der Wartegelder der zur Verfügung gestellten Medizinalbeamten.

— vom 23. April 1902 betr. Nachweisungen über die in den Etatsjahren 1899 und 1900 bezogenen amtsärztlichen Gebühren der nicht vollbesoldeten Kreisärzte.

Es ist mehrmals auf Schwierigkeiten gestossen, für die Hinterbliebenen verstorbener Kreisärzte die Pension richtig festzusetzen, weil sie ausser Stande waren, den Gebühreennachweis für 1899 und 1900 beizubringen. Daher wird angeordnet, dass sämtliche nicht voll besoldete Kreisärzte ihre Gebühreennachweisungen für 1899 und 1900 jetzt einreichen sollen.

— vom 10. Mai 1902 betr. Lieferung des Werkes „Das Sanitätswesen des Preussischen Staates während der Jahre 1895, 1896 und 1897“ an Behörden und einzelne Beamte zu ermässigten Preise.

Unter Hinweis auf den für Behörden und Beamte ermässigten Preis von 13 Mark werden die Regierungspräsidenten aufgefordert, die unterstellten Behörden auf das Werk aufmerksam zu machen.

— vom 6. Mai 1902 betr. Prüfung der Rezepte und Rechnungen über die an Staatsanstalten gelieferten Arzneien durch die pharmazeutischen Revisoren.

Die Revisoren sollen bei Prüfung der Rechnungen gleichzeitig über Verstösse gegen die Sparsamkeit berichten, insbesondere über Verordnung solcher Arzneien, die durch geschützte Wortzeichen vertheuert sind (Antipyrin, Salipyrin, Dermatol).

— vom 10. Mai 1902 betr. Vertrieb des Diphtherie-Heilserums in Fläschchen und Glas-Ampullen.

An Stelle der Fläschchen werden Gläschen mit zugeschnittenem Halse zugelassen, die an einer Stelle aufgebrochen werden können.

— vom 21. April 1902 betr. Formulare für die Sammelforschung über die in den Lungenheilstätten erzielten Erfolge.

Auf Vorschlag des Reichsgesundheitsamts ist eine wesentliche Aenderung der Formulare angeordnet worden.

— vom 16. Mai 1902 betr. Bissverletzungen von Menschen durch tolle oder tollwuthverdächtige Hunde.

Im Anschluss an einen Bericht über die Tollwuthstatistik (vergl. oben) wird nochmals darauf hingewiesen, dass die Bevölkerung über den Werth der Schutzimpfung aufzuklären und in jedem Fall der Kopf der erkrankten Thiere möglichst bald dem Institut für Infektionskrankheiten einzusenden ist.

— vom 16. April 1902 betr. Lehrplan für den Unterricht in der Lehre vom menschlichen Körper an der kgl. Turnlehrer-Bildungsanstalt.

— vom 15. April 1902 betr. Handhabung der Vorschriften in § 12 Abs. 1 des Fleischbeschaugesetzes vom 3. Juni 1900.

— vom 30. April 1902 betr. Grundzüge für die Einrichtung u. s. w. von Geflügelmästereien und Schlächtereien.