

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. Silx Professor Berlin.	Dr. Stolper Breslau.	Dr. Windscheld Professor Leipzig.

Verantwortlicher Redakteur:

Dr. F. Leppmann

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

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

VIII. Jahrgang 1902.

№ 16.

Ausgegeben am 15. August.

Inhalt:

Otto Braehmer †. S. 325.

Originalien: Mendel, Geisteskrankheit oder Geistesschwäche? (§ 6 des Bürgerlichen Gesetzbuches). S. 326.

Bierfreund, Beiträge zur traumatischen Entstehung innerer Krankheiten in aktenmässiger Darstellung. III. Spastische Spinalparalyse als Unfall anerkannt. S. 330.

Litterski, Nachträgliche Bemerkungen zu dem Aufsätze: Ein in der Geschichte kaum dagewesener Fall von Strychninvergiftung und Tod, nämlich eines kath. Geistlichen am Altare. S. 335.

Referate: Allgemeines. Schreickert, Die zivilrechtliche Haftpflicht der Sachverständigen. S. 336.

Auerbach, Das Zeugnisverweigerungsrecht weiblicher Aerzte in Strafsachen. S. 336.

Chirurgie. Katz, Ueber einen Fall von Luxatio centralis capitis femoris mit Darmruptur. S. 336.

Gömöry, Ueber die traumatischen Luxationen des Fusses im Talokruralgelenk mit Anschluss eines einschlägigen Falles eigener Beobachtung. S. 337.

Blecher, Fussgeschwulst, Knochenbruch und Knochenhautentzündung. S. 337.

Karch, Trauma und Plattfuss. S. 337.

Zuppinger, Traumatische Tarsusverschiebungen. S. 338.

Fuchsig, Die typischen Rissfrakturen des Fersenbeins. S. 338.

Neurologie und Psychiatrie. Strausky, Ein Beitrag zur Lehre von der periodischen Manie. S. 338.

Heiberg, Die Systematik der Intoxikationspsychosen. S. 338.

Abraham, Beiträge zur Kenntniss des Delirium tremens der Morphinisten. S. 338.

Jessen, Zur Kenntniss der Starkstromverletzungen. S. 339.

Ohrenheilkunde. Scheyer, Ueber Erkrankungen des inneren Ohres nach internem Gebrauch von Salicylpräparaten. S. 339.

Bandelier, Spastische Mydriasis durch Fremdkörper im Ohr. S. 339.

Aus Vereinen und Versammlungen. Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins. S. 339.

Bücherbesprechungen: Möbius, Ueber den Kopfschmerz. — Matthes, Spätblutungen ins Hirn nach Kopfverletzungen, ihre Diagnose und gerichtsarztliche Beurtheilung. S. 340.

Gebührenwesen. Zur Liquidation in Entmündigungssachen. Von Med.-Rath Dr. Schubert-Saarbrücken. S. 340.

Tagesgeschichte: Massnahmen zur Bekämpfung der Tuberkulose. — Das Süsstoffgesetz. — 74. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsbad. — Neue Ministerialerlasse. S. 341.

Otto Braehmer. †

Am 3. August starb am Herzschlage der Mitredakteur der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung, Geheimer Sanitätsrath Dr. Otto Braehmer.

Sein Leben in kurzen Zügen zu schildern, seine Verdienste um die Entwicklung der Verkehrshygiene gebührend hervorzuheben, erschien uns ein engerer bahnärztlicher Fachgenosse des Verewigten berufen. Wir selbst aber empfinden das Herzensbedürfniss, Worte innigen Dankes ihm nachzurufen, der unserer Zeitschrift seit den ersten Wochen ihres Bestehens ein treuer Mitarbeiter und seit Beginn dieses Jahres ein Redakteur von idealem Eifer und Interesse für das Wohl der Zeitschrift gewesen ist.

Noch als sein Herzleiden ihn in den letzten Monaten zwang, die Bäder Nauheim und Friedrichsroda aufzusuchen, hat er von dort aus in redaktionellen Angelegenheiten einen regen Schriftwechsel mit uns geführt und seinen letzten Aufsatz, den zu veröffentlichen uns vergönnt war, eingesandt.

Ehre seinem Andenken.

Die Redaktion.

Karl Otto Braehmer ist 1838 in Greifswald geboren, studirte dort, in Berlin und Rostock Medizin und promovirte 1863. Nachdem er 1864 die ärztliche Staatsprüfung abgelegt hatte, liess er sich in Berlin als Arzt nieder. Er machte die Feldzüge 1866 und 1870/71 mit und erwarb sich in letzterem das eiserne Kreuz.

Was Braehmer im allgemeinen Interesse des ärztlichen Standes geleistet hat, ist an anderen Stellen gebührend hervorgehoben worden und kann deshalb hier übergangen werden.

Den Schwerpunkt seiner wissenschaftlichen Thätigkeit verlegte er in den Ausbau der Lehre von der Eisenbahnhygiene. Die reichen Erfahrungen, die er in seiner langjährigen Thätigkeit als Bahnarzt gesammelt, hat er in zahlreichen Einzel-Veröffentlichungen und in dem Abschnitt „Eisenbahnhygiene“ des „Handbuch der Hygiene“ von Theodor Weyl niedergelegt. Braehmer erkannte frühzeitig, dass mit dem Anwachsen des Eisenbahnverkehrs die Bedeutung der Eisenbahnhygiene eine immer grössere würde, und dass es sowohl nothwendig sei

dieselbe in ihren Einzelheiten zu erforschen, als auch deren Bedeutung den Verwaltungsorganen der Eisenbahnen in eindringlicher Form darzulegen. Als Aufgaben der Eisenbahnhygiene bezeichnete Braehmer

1. die Ursachen nicht nur der mit dem Eisenbahnbetrieb verbundenen Krankheiten, sondern auch der Unfälle zu erforschen und zu bekämpfen,

2. für ein gesundes und dauernd leistungsfähiges Personal und

3. für einen gut organisierten Bahnärztdienst zu sorgen.

Von der Wichtigkeit der Forderungen der Eisenbahnhygiene durchdrungen, gelang es ihm, auf dem internationalen medizinischen Kongress von 1890 zu Berlin eine besondere Abtheilung für dieses Gebiet zu bilden, der sich die Verhandlungen in Pest 1894, des internationalen Kongresses für Hygiene der Eisenbahnen und der Schifffahrt in Amsterdam 1895 und in Brüssel 1897 anschlossen. 1885 gründete er den Berliner Bahnärztlichen Verein und 1889 den Verband Deutscher Bahnärzte. In allen diesen Vereinigungen stand er an der Spitze und befruchtete durch seine Anregungen die Arbeiten derselben. Seinen Bestrebungen ist es gelungen, die Werthschätzung des Bahnarztes als Sachverständigen bei den Bahnverwaltungen so zu steigern, dass dadurch auch die materielle Lage der Bahnärzte gebessert wurde. Während früher als oberster Gutachter in hygienischen Fragen die Deputation für das Medizinalwesen von der Staats-Eisenbahn-Verwaltung angerufen wurde, besteht seit mehreren Jahren die Gepflogenheit, für derartige Fragen die Gutachten der bahnärztlichen Vereine einzuholen oder für einzelne organisatorische Angelegenheiten besondere Kommissionen, denen Bahnärzte angehören, einzusetzen. In letzterer Art wurde die Neuordnung der Anforderungen an das Sehvermögen der Bahnbeamten, sowie die Verbesserung der Durchgangswagen erledigt. Lebhaften Antheil nahm Braehmer an den Bestrebungen zur Schaffung von Lungenheilstätten und Genesungs- und Erholungsheimen für Eisenbahnbeamte. Namentlich die Errichtung eines Erholungsheims für die Lokomotivbeamten fand in ihm einen unermüdlichen Förderer. Ausser dem oben erwähnten, 1896 erschienene Werk „Die Eisenbahnhygiene“ hat Braehmer veröffentlicht: 1890 „Ueber den Einfluss der Aerzte auf den Eisenbahnbetrieb“; 1894 „Bestimmung der Arbeitszeit der Eisenbahn-Angestellten mit Rücksicht auf die verschiedenen Zweige des Dienstes“; 1895 „Die Aufgaben und die Thätigkeit des Eisenbahnarztes (Theil I)“; „Beitrag zur traumatischen Entstehung der Zuckerkrankheit“; 1896 „Die Aufgaben und die Thätigkeit des Eisenbahnarztes (Theil II)“; 1897 „Die neuen Bestimmungen betreffend Untersuchung des Sehvermögens der Eisenbahn-Bediensteten bei den preussischen Staatsbahnen“; 1898 „Ein Erholungs- und Genesungsheim für Eisenbahnbeamte“; „Die Aufgaben und Grenzen der Eisenbahn-Hygiene“; 1899 „Ein Uebernachtungs- und Unterkunftshaus für Eisenbahnbeamte“; 1900 „Mittheilungen und Gedanken über die Tuberkulose-Kongresse in Berlin und Neapel“; 1901 „Die Lungenheilstätte der Pensionskasse für die Arbeiter der preussischen Staatsbahnen“; 1902 „Der Eisenbahnunfall bei Paderborn im Lichte der Verkehrshygiene“; „Umschau auf dem Gebiete der Verkehrshygiene“ und schliesslich am 15. Juni 1902: „Die neuen Aertzewagen bei den preussischen Staatsbahnen.“

Weitaus die meisten dieser Aufsätze sind unseren Lesern in Urtext bekannt geworden.

Braehmer erfreute sich unter den Bahnärzten nicht nur Deutschlands, sondern auch des Auslandes, allgemeiner Anerkennung, die in dem engeren Kreise des Berliner Bahnärztlichen Vereins dadurch zum Ausdruck kam, dass dieser ihn am 17. Februar 1899 als ersten zum Ehrenmitgliede er-

nannte. Braehmers lauterer, von strengem Pflichtgefühl und idealem Streben erfüllter Charakter wird ihm ein getreues Gedenken bei allen denen sichern, die ihm näher traten und mit ihm in gemeinsamer Arbeit demselben Ziele zustrebten.

Pollnow.

Geisteskrankheit oder Geistesschwäche? (§ 6 des Bürgerlichen Gesetzbuches).

Von

Professor E. Mendel.

In der Nr. 19 des Jahrgangs 1900 dieser Zeitschrift habe ich ein Gutachten veröffentlicht, in welchem ich zu dem Schluss gekommen war, dass bei der Frage, ob bei einem Geisteskranken Geisteskrankheit oder Geistesschwäche im Sinne des Gesetzes vorliege, solange nicht eine Definition des Begriffes der Geistesschwäche durch den höchsten Gerichtshof gegeben sei, in jedem Falle nachzusehen sei, ob dem Provokaten mit Rücksicht auf seinen Zustand diejenigen Rechte gelassen werden können, welche das Gesetz dem Geistesschwachen gegenüber dem Geisteskranken vorbehalten hat.

Wenn ich in dem Folgenden ein zweites Gutachten veröffentlichte, welches in derselben Weise zu der Beantwortung der Frage kommt, ob Geisteskrankheit oder Geistesschwäche vorliegt, so geschieht dies, weil in diesem Falle das Reichsgericht gesprochen und unter der Ueberschrift: „Welche Gesichtspunkte sind massgebend für die Frage, ob eine Entmündigung auszusprechen ist wegen Geisteskrankheit oder wegen Geistesschwäche?“ seine Entscheidung vom 13. Februar 1902 im 50. Bande der Entscheidungen des Reichsgerichts für Zivilsachen veröffentlicht hat.

Mein Gutachten lautet:

Dem III. Zivilsenat des Königlichen Kammergerichts beehre ich mich hierdurch das durch Beweisbeschluss vom 24. April d. J. geforderte Gutachten darüber zu überreichen, ob

a) die früher festgestellten und eventuell noch bestehenden auffallenden Erscheinungen im Geistesleben des Rentiers M. zu N. ihn unfähig machen, seine Angelegenheiten im Allgemeinen zu besorgen,

b) ob diese Erscheinungen solcher Art sind, dass der Rentier M. ganz geschäftsunfähig (geisteskrank) oder nur als geschäftsbeschränkt (geistesschwach) zu erachten ist (§ 6 Ziffer 1, § 109 Ziffer 3, § 114, § 106, § 113 B. G. B.);

Ich habe von den mir übersandten Akten Kenntniss genommen und den M. am 31. Mai und am 4. Juni d. J. in meiner Wohnung untersucht.

Derselbe giebt an, 67 Jahre alt, seit dem Jahre 1873 Wittwer und Vater von zwei Töchtern zu sein, von denen die eine etwa Ende der Dreissiger alt und unverheirathet, die andere ein Jahr jünger, verheirathet und Mutter von drei Kindern sei.

Er habe bis zum 14. Lebensjahre die Schule in St. besucht, sei dann nach B. in die Lehre zu einem Bäcker gekommen und habe als Geselle bis zum 29. Jahre gearbeitet, habe sich dann in Berlin etabliert, sei später nach N. gezogen, seit 1873 sei er Rentier. Er habe einmal die Pocken im Jahre 1869 oder 70 gehabt, dreimal Influenza, zuletzt im vorigen Jahre, sei im Uebrigen immer gesund gewesen.

Unterm 17. März 1897 haben die beiden Töchter des M. die Entmündigung desselben beantragt, weil M. an hochgradiger Gedächtnisschwäche litte und die Tragweite seiner Handlungen seit Jahren nicht mehr ermessen könne.

Dr. E. hatte unterm 8. März 1898 bescheinigt, dass M. in Folge von Geistesstörung unfähig sei, selbst zu handeln. Er

konstatierte bei seiner Untersuchung, dass M. sehr mangelhaft rechnete, fand ausserdem die Zeichen deutlichen Schwachsinn und gleichzeitig Verfolgungsideen. M. lebte in steter Angst, dass er bestohlen würde, glaubte, dass Gift ins Essen gemischt würde u. s. w.

In dem Explorationstermin am 4. Mai 1898 erklärte M., dass seine Tochter ihn bestohle, deutete an, dass sie ihm Gift ins Essen thut.

Herr Dr. R. gab bei dieser Gelegenheit sein Gutachten dahin ab, dass der M. zwar ein etwas wunderlicher Mensch, der seine Eigenheiten hat, sei, dass er auch manche Zahlen nicht mehr so im Gedächtniss wie ein anderer Mensch habe und misstrauisch sei, dass er ihn jedoch nicht in dem Masse für geistig krank halte, dass er nicht im Stande wäre, die Folgen seiner Handlungen zu überlegen.

Zu demselben Schluss kam Herr Dr. W. in seinem Gutachten vom 12. Mai 1898.

In einem zweiten Explorationstermin am 20. Juni 1898 wiederholte M. seine Anschuldigungen gegen seine Kinder, erklärte auch, dass er immer von einem Nachbarfenster beobachtet würde „damit sie Schlechtigkeiten ausüben könnten“, und Herr Dr. E. kam auf Grund seiner früheren Untersuchungen des M. in seinem Gutachten vom 16. Juli 1898 zu demselben Schluss wie in seinem früheren erwähnten Gutachten.

M. ist sodann durch Beschluss des Königl. Amtsgerichts zu P. vom 13. August 1898 als blödsinnig im Sinne des Allgemeinen Landrechts erklärt worden.

Diesen Beschluss hat M. beim Königl. Landgericht in P. unterm 3. Oktober 1898 angefochten.

Herr Dr. L. gab unterm 13. Mai 1899 auf Grund seiner Voruntersuchungen wie auf Grund der Vernehmung des M. im Explorationstermin vom 10. Februar 1899 sein Gutachten dahin ab, dass M. des Vermögens ermangelt, die Folgen seiner Handlungen zu überlegen. Er konstatierte in dem Wesen des M. Aengstlichkeit und Umständlichkeit, Schwäche des Gedächtnisses, Urtheilslosigkeit über seine Wirthschaftslage und die früher bereits erwähnten Verfolgungsideen. Herr Dr. L. bezeichnet die Krankheit als Altersirresein.

Nachdem auch Dr. O. in seinem Gutachten vom 21. Oktober 1899 im Wesentlichen zu demselben Schlusse gekommen war, hat das Kgl. Landgericht zu P. die Klage des M. am 11. Dezember 1899 zurückgewiesen.

Der III. Zivilsenat des Kgl. Kammergerichts wies unterm 29. Juni 1900 die eingelegte Berufung zurück, indem er sich auf die Gutachten der Sachverständigen Dr. E., Dr. L. und Dr. O. stützte und einem Gutachten des Dr. N. vom 6. Februar 1899 gegenüber jenen Gutachten eine Bedeutung nicht beilegte, da derselbe nicht Spezialist der Psychiatrie ist.

Nachdem das Reichsgericht unterm 3. Januar 1901 aus prozessualen Gründen jene Entscheidung aufgehoben hatte, ist ein Gutachten von mir erfordert worden.

Bei der von mir vorgenommenen Untersuchung richteten sich die gestellten Fragen vor Allem auf folgende Punkte:

1. Auf die Wirthschaftsführung des M. Er gab zu, dass er sich seit 12 Jahren, nachdem ihm sein Backhaus abgebrannt war, und er 10000 M. Brandentschädigungsgelder erhalten hatte, mit den Vorbereitungen zum Neubau beschäftige, dass er Baumaterialien gekauft habe und sich auch ein Pferd halte, mit welchem er 80000 Mauersteine herangefahren habe. Es wäre eine Verleumdung seiner Tochter, dass er das Pferd nicht brauchte. Sie wäre nur ärgerlich darüber, dass sie nicht alle 14 Tage spazieren fahren könne. Die Angaben, dass er seine Wohnhäuser vernachlässige, dass der Regen durch das Dach ströme, dass der Putz von den Decken fällt, dass

die Wände durchnässt wären und die Balken anfaulen, wären lediglich Verleumdung.

Als ich ihm dagegen die Aussagen des Amtsvorstehers W. und des Zeugen X. vorhielt, erklärte er, dass dies Alles Verleumdungen wären, der frühere Amtsvorsteher hätte nicht solche Schandthaten begangen, der jetzige Amtsvorsteher habe seine Tochter zu sich kommen lassen und ihr gesagt, wie sie die Schlechtigkeiten gegen ihren alten Vater begehen solle.

Auf meine Frage, warum er das Grundstück, da er in schlechter wirthschaftlicher Lage sei, nicht verkauft hat, erklärte er, dass er es sehr gern verkauft hätte, dass ihm aber nur 35000 M. von L. geboten wären. Es wäre eine Verleumdung, wenn der Zeuge L. behauptet hätte, dass er ihm 50000 M. geboten hätte. Es wäre aber überhaupt Niemand mehr gekommen, der ein Gebot auf sein Grundstück gemacht hätte. Einer, der sich das Grundstück angesehen, Namens P., wäre nicht wiedergekommen.

2. In Bezug auf das Gedächtniss. M. weiss über die allgemeinen Tagesfragen, soweit er sich darüber aus dem P.schen Intelligenzblatt, das er liest, informiren konnte, gut Bescheid, kann von den Ereignissen in China, dem Grafen Waldersee u. s. w. berichten.

Ein schwerer Defekt zeigt sich dagegen bei dem Versuche, zu rechnen. Zwar rechnet er 6×6 , 7×7 und 8×8 richtig aus, sagt jedoch bei der Frage, wieviel 9×9 sei: „64“, wieviel 11×10 : „101“, „6 Thaler 5 Groschen sind nach seiner Angabe = 20 M.“. Wieviel 10 M. in Thaler und Silbergroschen sei, kann er nicht sagen.

Bei der Frage nach der hypothekarischen Belastung seiner Grundstücke wird er sehr unsicher, endlich erklärt er, dass er auf dem einen Hause eine Hypothek von 4000 Thalern, auf dem andern je eine Hypothek von 1000 Thalern habe. Er behauptet, dass er für die eine Hypothek von 1000 Thalern zu $4\frac{1}{2}\%$ vierteljährlich 76,50 M. Zinsen zahle. Ich fragte ihn, wieviel tausend Thaler zu 4% Zinsen das Jahr bringen, er konnte dies aber ebensowenig angeben, wie 100 M. zu 4% , und erklärte mir schliesslich, dass er mit Prozenten überhaupt nicht Bescheid weiss.

3. In Bezug auf sein Verhältniss zu seinen Kindern erzählte er in der weitschweifigsten Weise eine Geschichte, welche nachweisen solle, wie er schon früher durch seine Kinder geschädigt worden wäre. Er habe 3 Jahre um sein rechtmässiges Erbe gegen die Miterben seines Schwiegervaters geklagt, er habe dann durch Ueberredung seiner ältesten Tochter sich, nachdem er 3 Jahre geklagt hätte, mit Allem einverstanden erklärt und habe dadurch das richtige Erbe nicht bekommen.

Er wolle nicht direkt behaupten, dass man ihm Gift ins Essen gethan hatte, aber das Verhalten seiner Tochter gegen ihn wäre doch ein höchst auffallendes gewesen, und er könnte auch seine früher geäusserten Bedenken nicht zurücknehmen. Auffallend war besonders, dass der Urin allerhand Farben annahm, und er glaubte, dass „dies nicht mit richtigen Dingen zugeht“.

4. In Bezug auf seine Nachbarn in N. meint er auch jetzt, dass sie ihm alle feindlich gesinnt seien, seine alten Freunde seien alle gestorben, jetzt würde er überall verleumdeter.

Was den Revolver anbetrifft, so habe er sich ihn angeschafft, weil ihn Jemand mit dem Tode bedrohte. Der betreffende Mensch wäre einer seiner Miether, dem gekündigt worden ist, und der zu ihm gesagt hatte: „Der kann sich immer seinen Sarg zurecht machen“. M. konnte das nur so auffassen, als ob Jener ihn ermorden wollte.

5. In seinen Aeusserungen giebt sich wiederholt eine gewisse Selbstüberhebung kund. Er erklärt, dass er sich Alles so reiflich überlegt habe und überlege, dass die ganze Bürgerschaft darüber gestaunt habe. Er habe sich ritterlich gequält, um das zu erreichen, was er erlangt habe. Seine jetzige Sache gehe über die Dreyfus'sche hinaus, im Uebrigen stehe die Sanssoucier Mühle nicht umsonst da.

Der M. ist ein kleiner Mann von mittelstarker Ernährung und Muskulatur, mit gesunder Gesichtsfarbe.

Die linke Pupille ist etwas weiter als die rechte, beide ziehen sich in normaler Weise auf Licht und Akkommodation zusammen. Die linke Gesichtshälfte ist ein wenig schwächer innervirt als die rechte, und die herausgestreckte Zunge weicht ein wenig nach links ab. An den Extremitäten lassen sich Lähmungssymptome nicht nachweisen, die Kniescheibensehnenreflexe sind von mittlerer Stärke und gleich.

Das Herz zeigt normale Grenzen, die Herzöne sind leise und dumpf, aber nicht von Geräuschen begleitet.

An den Speichen-, wie an den Schläfenschlagadern ist Schlängelung und Verhärtung der Wände deutlich.

M. giebt an, dass ihm wiederholt der Stuhlgang unwillkürlich abgegangen sei und dass dies noch vor einigen Tagen stattfand. In Bezug auf den Urin habe ein solcher unwillkürlicher Abgang nicht stattgefunden, doch habe er oft Drang zum Urinlassen.

Der untersuchte Urin war frei von Zucker und Eiweiss.

Gutachten.

M. leidet an einer Krankheit des Gehirns, welche als senile Hirnatrophie zu bezeichnen ist.

Als objektive Zeichen dieser Krankheit in Bezug auf das peripherische Nervensystem sind die oben erwähnten Lähmungszustände an der Pupille, dem Gesichts- und Zungennerven zu bezeichnen. Mit derselben hängt auch der zeitweilig auftretende Lähmungszustand des Schliessmuskels des Afters (unwillkürliche Stuhlentleerung) und der verstärkte Drang zum Urinlassen zusammen.

In geistiger Beziehung hat jene Hirnkrankheit die Zeichen des Altersblödsinns hervorgebracht.

Derselbe äussert sich in einer Geschwätzigkeit, bei der unwesentliche Dinge in der breitesten Weise vorgetragen werden und bei der es schwer fällt, von dem M. eine präzise, das Wesentliche treffende Antwort zu erhalten, eine Beobachtung, welche auch die Vorgutachter ohne Ausnahme gemacht haben. Der Altersblödsinn äussert sich ferner in dem oben geschilderten, als krankhaft zu bezeichnenden Defekt im Rechnen, denn es ist klar, dass ein geschäftsgewandter Bäckermeister in Berlin, wie es der M. war, früher 9 mal 9 ausrechnen konnte und gewusst hat, wieviel 10 Mark nach altem Gelde ist, ganz abgesehen davon, dass ihm, dem Hausbesitzer und Hypothekenschuldner, die Fähigkeit, auch die unbedeutendste Zinsrechnung auszurechnen (100 Mark zu 4 Prozent pro Jahr), fehlt.

Den gewöhnlichen psychiatrischen Erfahrungen entspricht es auch, dass, wie hier, Misstrauen und Vorstellungen, an Gesundheit und Leben geschädigt zu werden, gerade gegen die nächsten Angehörigen sich richten, und sich sodann die Vorstellungen des Benachtheiligtwerden auch gegen weitere Kreise wenden.

Bei der vorhandenen Schwäche der Intelligenz und der dadurch gegebenen Unmöglichkeit, Positives gegen erhobene Vorwürfe in Bezug auf die Geschäftsführung einzuwenden, hilft sich der Kranke damit, Alles zu leugnen, um speziell mit Rücksicht auf die ihn beherrschenden Verfolgungsvorstellungen Alles als Verleumdung zu betrachten.

M. leidet aber nicht blos im Sinne der Psychiatrie an einer Geisteskrankheit, sondern er ist auch in Folge dieser Geisteskrankheit nicht im Stande, seine Angelegenheiten zu besorgen.

Dass er thatsächlich seine Angelegenheiten nicht gehörig besorgt, kann nach den Aussagen der einwandsfreien Zeugen L., W., M. und F. nicht zweifelhaft sein, aber auch wenn diese thatsächlichen Feststellungen nicht vorhanden wären, könnte ein Mann, welcher so wenig mit Geld rechnen kann, wie dies frühere ärztliche Untersuchungen und auch die meinige festgestellt haben, nicht als fähig erachtet werden, sein Vermögen zu verwalten. Dazu kommt, dass sein Verhalten speziell seiner unverheiratheten Tochter gegenüber derartig ist, dass er auch in Bezug auf sein Verhalten seiner Familie gegenüber seinen abnormen Geisteszustand dokumentirt.

Für die schweren Anschuldigungen, dass ihm seine Kinder nach dem Leben trachten, hat er auch nicht die Spur eines Beweises beigebracht.

Ich gebe demnach mein Gutachten dahin ab, dass die früher festgestellten und noch jetzt bestehenden auffallenden Erscheinungen im Geistesleben des Rentiers M. denselben unfähig machen, seine Angelegenheiten im Allgemeinen zu besorgen.

Aus der Schilderung des Zustandes des M. ergibt sich ferner, dass derselbe als geisteskrank und nicht als geistesschwach im Sinne des § 6¹ des B. G. B. zu erachten ist.

Da im psychiatrischen Sinne eine Gegenüberstellung von Geisteskrankheit und Geistesschwäche nicht statthaft ist, die Geistesschwäche vielmehr nur ein Symptom einer Geisteskrankheit ist, so fragt es sich, was der Gesetzgeber unter Geistesschwäche verstanden wissen will. Eine Definition der Geistesschwäche findet sich in dem Gesetze nicht, es steht bis jetzt auch, soviel mir bekannt, eine Entscheidung des obersten Gerichtshofes über die Bedeutung des Wortes aus, so dass es nothwendig erscheint, nachzusehen, ob aus der Entstehungsgeschichte des B. G. B. sich herleiten lässt, was unter „geistesschwach“ zu verstehen ist. Der erste Entwurf des B. G. B. hatte in seinem § 28 überhaupt nur Geisteskrankheit als Entmündigungsgrund hingestellt (§ 28: Eine Person, welche des Vernunftgebrauches beraubt ist, kann wegen Geisteskrankheit entmündigt werden), und ausdrücklich ist in den Motiven zu jenem Paragraphen (Bd. I, pag. 62, Abs. 4) gesagt: „Blosse Geistesschwäche, ungenügende Entwicklung der geistigen Kräfte im Gegensatz zum Mangel der Fähigkeit regelrechter Willeusbestimmung schliesst die natürliche Geschäftsfähigkeit nicht aus und giebt deshalb keinen Grund zu einer Entmündigung wegen Geisteskrankheit ab.“ Hier war also Geistesschwäche gleichbedeutend erachtet mit ungenügender Entwicklung der geistigen Kräfte. Der Geistesschwache sollte mit seiner Einwilligung einen Pfleger erhalten (§ 1739 des Entw.). Ich habe in einer Besprechung des ersten Entwurfs des B. G. B. auf das Bedenkliche der Bestimmung, bei Geistesschwäche die Möglichkeit einer Entmündigung nicht zu gestatten, aufmerksam gemacht. (Eulenberg, Viertelj. f. ger. Medizin, N. F. 49, 2.)

Diesem Bedenken hat sich der zweite Entwurf nicht verschlossen. Es heisst in der dem Reichstag überreichten Denkschrift (pag. 9): „Unter der gleichen Voraussetzung wie wegen Geisteskrankheit wird Entmündigung zugelassen wegen Geistesschwäche. Auch Derjenige, dessen geistige Kräfte unvollständig entwickelt sind, bedarf, wie besonders von ärztlicher Seite betont worden ist, des Schutzes gegen die nachtheiligen Folgen seiner Einsichtslosigkeit und gegen die Aus-

beutung derselben durch Andere. (Speziell auf diesen Punkt hatte ich bei Besprechung des ersten Entwurfs hingewiesen.)

Auf diese Weise ist die Geistesschwäche in den Entmündigungsparagraphen gekommen, und diese Geschichte der Entwicklung legt den Schluss nahe, dass Geistesschwäche gleich ungenügender Entwicklung der geistigen Kräfte ist, d. h. gleich jener Form der Geisteskrankheit, welche im psychiatrischen Sinne als Imbecillität bezeichnet wird, und deren wesentliches Symptom Geistesschwäche ist.

Mit dieser Auffassung im Einklang steht, dass bereits früher Windscheid (Pandekten Bd. I, § 54. Frankfurt a. M. 7. Aufl. 1891) Geistesschwachheit als die blosse Unentwickeltheit der geistigen Kräfte definiert hat, und dass das Reichsgericht (Bd. 14, S. 249) in einem gemeinrechtlichen Falle Geistesschwäche als „krankhafte Unvollkommenheit der Geisteskräfte“ bezeichnet hat.

Ein Theil der Kommentare zum B. G. B. (Kuhlenbeck, Benedix, Milferstädt) hat sich in diesem Sinne ausgesprochen, andere dagegen (Planck, Endemann, Neumann u. s. w.) glauben, dass die Geistesschwäche ein geringerer Grad der geistigen Anomalie gegenüber der Geisteskrankheit sei. Endlich halten Kasak, Meisner an der Ansicht fest, dass Geistesschwäche und Geisteskrankheit zwei verschiedene Formen sind und ihre Unterscheidung im Wesentlichen der zwischen Blödsinn und Wahnsinn im Allgem. Landrecht entspricht.

Bei diesem Widerstreit der Ansichten erscheint es im konkreten Falle erforderlich, nachzusehen, ob diejenigen Rechte, welche das Gesetz dem Geistesschwachen gegenüber dem Geisteskranken vorbehalten hat, von dem Betreffenden thatsächlich ohne Schädigung für ihn oder Andere ausgeübt werden können.

Es handelt sich hierbei um § 112 und 113, wonach der Geistesschwache mit Ermächtigung des gesetzlichen Vertreters nach Genehmigung des Vormundschaftsgerichts für gewisse Rechtsgeschäfte, für gewisse Dienst- oder Arbeiterverhältnisse geschäftsfähig ist.

Eine solche Geschäftsfähigkeit würde M. nicht ordentlich ausüben im Stande sein, da, wie oben nachgewiesen ist, er auch die einfachsten Rechnungen auszuführen nicht im Stande ist und mit täglich vorkommenden Geldberechnungen nicht Bescheid weiss.

Ebensowenig würde man dem M. ärztlicherseits, selbst wenn der Vormund seine Einwilligung gäbe, die Eingehung einer neuen Ehe gestatten, wenn dies überhaupt in Frage käme (§ 1304).

Wenn M. in gesunden Tagen ein Testament errichtet hätte, so würde man ihm bei seinem jetzigen Geisteszustande nicht gestatten dürfen, das Testament zu widerrufen (§ 2253, Abs. 2), da Gefahr vorliegt, dass zu einem solchen Widerruf, das durch Wahnvorstellungen gefälschte Verhältniss des Vaters zu seinen Kindern das Motiv abgeben könnte.

Endlich dürfte auch Jemandem, der in dem Grade an geistiger Schwäche leidet, wie M., der Wahnvorstellungen der Verfolgung und der Ueberschätzung hat, auf keinen Fall zu gestatten sein, einen Eid zu leisten (§ 473, Abs. 2 der Zivilprozessordnung).

Da demnach M. nicht als geschäftsbeschränkt, sondern als ganz geschäftsunfähig zu erachten ist, gebe ich mein Gutachten dahin ab, dass derselbe in Folge von Geisteskrankheit seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag.

Das Kgl. Kammergericht hat meinem Gutachten entsprechend erkannt und das Reichsgericht hat in seiner Entscheidung vom 15. Februar 1902 die gegen das Urtheil des Kammergerichts eingelegte Revision zurückgewiesen.

Die Entscheidung des Reichsgerichts billigt das Urtheil des Kammergerichts, wie seine Entscheidungsgründe und hebt aus diesen letzteren hervor: „Der Unterschied beider Begriffe

(Geisteskrankheit und Geistesschwäche) ist . . . nur in dem Grade der geistigen Anomalie zu finden, und zwar nach der Richtung, ob die krankhafte Störung der Geistesthätigkeit dem Erkrankten vollständig die Fähigkeit nimmt, die Gesamtheit seiner Angelegenheiten zu besorgen, oder ob sie ihm wenigstens noch diejenigen Fähigkeiten lässt, welche bei einem Minderjährigen von 7—21 Jahren in der Besorgung seiner Angelegenheiten vorausgesetzt werden können.“ . . . „Der von dem Vorderrichter hervorgehobene graduelle Unterschied hat an sich nur das grössere oder geringere Mass derjenigen Einwirkungen im Auge, die in dem konkreten Falle durch die besondere Natur der Krankheit auf das Geistesleben des Kranken ausgeübt werden. Nur weil das Gesetz selbst, je nachdem diese Wirkungen schwerere oder minder schwere sind, in dem einen Falle (bei der Geisteskrankheit) gänzliche Geschäftsunfähigkeit, in dem anderen (bei der Geistesschwäche) eine bloss beschränkte Geschäftsfähigkeit als Folge der Entmündigung eintreten lässt, hebt der zweite Richter auch diese Seite der Frage hervor und prüft an der Hand der Sachverständigengutachten, ob Kläger ohne Schädigung für sich und Andere wenigstens nicht noch diejenigen Rechte wahrzunehmen im Stande ist, welche das Gesetz in § 114 B. G. B. den „Geistesschwachen“ im Gegensatz zu den „Geisteskranken“ auch nach stattgehabter Entmündigung noch vorbehält.“

Die Entscheidung des Reichsgerichts giebt sodann eine Darstellung der geschichtlichen Entwicklung des § 6 speziell in Bezug auf die Einfügung der Geistesschwäche in derselben Weise, wie sie oben in meinem Gutachten enthalten ist, und fährt dann fort: Wenn nun auch hierdurch die Meinung entstehen könnte, als ob nur die Geisteskrankheit als eine wirkliche Erkrankung, die Geistesschwäche dagegen als eine nur ungenügende, unvollkommene Entwicklung der geistigen Kräfte zu denken sei, so reichen doch die in dieser Richtung gegebenen blossen Andeutungen in keiner Weise aus, um hierauf eine begriffsmässige Unterscheidung zu gründen. Auch eine mangelhafte geistige Entwicklung kann ihren Ursprung in einer geistigen Erkrankung haben, und so fehlt es an jedem festen und unmittelbaren Anhalte dafür, wie der Gesetzgeber selbst sich den Unterschied zwischen beiden Formen in dem Falle des § 6 Nr. 1 B. G. B. gedacht hat.“ . . . Der Schluss der Entscheidung lautet folgendermassen: „Fehlt es nun aber hiernach an jedem zuverlässigen Merkmale eines wesentlichen Unterschiedes zwischen Geisteskrankheit und Geistesschwäche, so ergibt sich mit Sicherheit doch so viel, dass jene die schwerere und diese die leichtere Form ist.“

Bei der Feststellung, ob die erstere oder die letztere im Sinne des § 6 Nr. 1 B. G. B. vorliegt, ist man im Wesentlichen darauf angewiesen, aus der Stärke der Wirkung auf die Stärke der Ursache zu schliessen, und nach diesem Massstabe zu bestimmen, ob das Denken, Wollen und Handeln des Kranken durch die Störung seiner Geisteskräfte in einem solchen Grade regelwidrig beeinflusst wird, dass er entweder wie ein Kind, gänzlich geschäftsunfähig, oder nach Art eines Minderjährigen, der das siebente Lebensjahr vollendet hat und in beschränkter Weise geschäftsfähig erscheint. In dem ersteren Falle entspricht es der Absicht des Gesetzgebers, wie sie aus den entsprechend normirten Rechtsfolgen erkennbar wird, die Entmündigung wegen Geisteskrankheit, in dem zweiten, sie wegen Geistesschwäche eintreten zu lassen. Diese Entscheidung ist daher, mangels hierüber feststehender medizinischer Begriffe, keine psychiatrische, sondern eine überwiegend thatsächliche, welche der Richter trifft, und die nur zum Theil auf dem ärztlichen Gutachten, das den Stoff zu seinen Schlüssen liefert, beruht.“

Aus dem Vorstehenden ergeben sich folgende Sätze:

1. Der oberste Gerichtshof giebt eine Definition des Begriffes der Geisteschwäche nicht, sondern betrachtet die Geisteschwäche als einen niederen Grad der Geisteskrankheit (im psychiatrischen Sinne), bei welchem es möglich ist, dem Entmündigten noch gewisse Rechte in Bezug auf seine Handlungsfähigkeit zu lassen.

2. Ob ihm diese Rechte zu lassen, oder ob sie ihm zu versagen sind, wird geschlossen aus der vorhandenen oder nicht vorhandenen Fähigkeit, diese Rechte auszuüben (in ähnlicher Weise, wie ich es in meinem Gutachten auseinandergesetzt habe).

3. Die Entscheidung ist eine überwiegend thatsächliche und hat der Richter zu treffen. Das ärztliche Gutachten liefert nur den Stoff zu den Schlüssen des Richters. (Es mag dieser Satz hier mit Rücksicht auf jene Richtung unter den Psychiatern hervorgehoben werden, welche sowohl im Kriminal- wie im Zivilforum den Schluss ihres Gutachtens an die Stelle des Urtheils des Richters setzen will.)

4. Der psychiatrische Sachverständige wird nur ganz ausnahmsweise in die Lage kommen, sein Gutachten dahin abzugeben, dass der Geisteskranke geistesschwach sei, den theoretischen Abmessungen des Juristen entspricht nicht die praktische Erfahrung des Psychiaters. Da wo in der That einem Geisteskranken die oben näher bezeichneten Rechte des Geisteschwachen zu lassen sind, wird entweder eine Entmündigung überhaupt nicht erforderlich sein, d. h. der „Geistesschwache“ wird im Stande sein, seine Angelegenheiten zu besorgen, oder es wird für ihn eine Pflegschaft genügen.

Beiträge zur traumatischen Entstehung innerer Krankheiten in aktenmässiger Darstellung.

Von

Dr. Max Bierfreund-Insterburg,

Prakt. Arzt und dirigirender Arzt des Kreis-Krankenhauses.

III.

Spastische Spinalparalyse als Betriebsunfall anerkannt.

Der Formerlehring C. Sch., geb. am 13. Juli 1875, erhielt am 11. April 1894 durch plötzliches Fallenlassen eines zusammen mit einem Mitarbeiter getragenen, ca. 25 Pfund schweren Formkastens einen heftigen Schlag gegen das linke Knie. Obwohl sich gleich darauf grosse, blaue Flecken auf der Haut der linken Kniegegend, sowie eine erhebliche Anschwellung des linken Kniegelenks einstellten und Sch. über heftiges Brennen im Kniegelenk klagte, setzte er seine Beschäftigung noch 3 Tage fort, musste sich jedoch zu Bett legen, da die Beschwerden stärker wurden. Während der nächsten 3 Wochen stand Sch. in Behandlung des Dr. H. und hat während dieser Zeit unausgesetzt eine Eisblase um das linke Kniegelenk gebraucht, während er bei Tage auf einem Stuhl sass und das entblösste Bein auf einen andern Stuhl gelegt hatte. Nach dieser Zeit nahm Sch. seine Beschäftigung wieder auf, obwohl er alsbald eine erhebliche Schwäche in beiden Beinen, besonders aber im linken verspürte, so dass er nur mit Hilfe eines Stockes gehen konnte und öfters in den Knien zusammenknickte. Er konnte sich deshalb auch nur mit ganz leichten Arbeiten beschäftigen, musste aber auch diese nach ca. 7 Wochen aufgeben und trat am 9. Juni in meine Behandlung ein. Ich erhob damals folgenden Befund:

Die inneren Organe lassen eine Abweichung von der Norm nicht erkennen. Der Urin enthält kein Eiweiss. Die Sinnesorgane verhalten sich normal. Es besteht keine Gesichtsfeldeinschränkung. Sehvermögen, Augenhintergrund und Augenbewegungen normal. Pupillenreaktion auf Lichteinfall

und Konvergenz prompt. Psychisches Verhalten, Schluckakt, Zungen-, Gaumen- und Kaumuskelatur funktioniren normal.

Die oberen Extremitäten bieten nichts Besonderes.

Beim Stehen mit geschlossenen Augen ist das Romberg'sche Phänomen (Schwanken) deutlich ausgesprochen. Auffallend spastisch-paretischer Gang, die Füsse scheinen bei ganz manifester Ataxie gleichsam mit den Sohlen am Boden zu kleben. Bei geschlossenen Augen droht Sch. unter heftigem Schwanken sofort zu Boden zu stürzen. Die motorische Kraft der Beinmuskulatur ist erheblich beeinträchtigt; Beinbewegungen in Rückenlage bei geschlossenen Augen sind deutlich ataktisch. Bei passiven Bewegungen der Beine ist eine erhebliche Steifheit der Muskulatur sehr auffällig.

Die Sensibilität ist am ganzen Körper, auch an den Beinen in allen Qualitäten durchaus intakt, der Muskelsinn erhalten. Die Hautreflexe lassen sich in annähernd normaler Weise auslösen, während der Fusssohlenreflex deutlich verstärkt ist. Die Sehnenreflexe sind in auffälligster Weise verstärkt; es genügt die leiseste Berührung der Quadricepssehne mit der Fingerkuppe, um eine heftige Reflexbewegung des Unterschenkels auszulösen. Der Fussklonus dauert bei jeder Dorsalflexion des Fusses meist minutenlang.

Blase und Mastdarm funktioniren normal.

Ich glaube, dass nach diesem Befunde gegen meine Diagnose: „Spastische Spinalparalyse“ Einwendungen kaum zu erheben sind. Ebenso erklärlich ist aber auch, dass in mir auf Grund der Anamnese sofort der Gedanke an einen Zusammenhang des jetzigen Leidens mit dem Unfall vom 11. April aufstieg. Weit schwieriger war die Entscheidung der Frage, wie man sich eine derartige Entstehung einer kombinierten Systemerkrankung durch den Unfall vorzustellen resp. zu beweisen hat. Neben dem Einfluss des Trauma an sich auf das Nervensystem hielt ich die Angabe des Sch., dass er drei Wochen lang fortgesetzt einen Eisbeutel auf das Knie appliziert hatte, für die Entstehung des Rückenmarkleidens doch für recht wesentlich. Jedenfalls hielt ich es nicht für unmöglich, dass eine so lange und intensive Kältewirkung auf das blossliegende Bein einen schädigenden Einfluss auf das Nervensystem ausüben kann und tröstete mich mit dem Gedanken, dass man oft überhaupt eine Ursache für eine derartige Krankheit nicht nachweisen kann.

Da der Arbeitgeber des Sch. zur nachträglichen Erstattung einer Unfallanzeige aus Furcht vor Strafe nicht zu bewegen war, stellte ich dem Sch. nach Ablauf der Krankenkassenzeit am 14. September 1894 ein Invaliden-Attest aus, auf dem die Frage, ob das Leiden Folge eines Betriebsunfalls sei, bejaht wurde.

Ich hoffte, dass die Invaliden- und Altersversicherungsanstalt ein Interesse daran haben werde, die Berufsgenossenschaft zur Prüfung der Sachlage anzuhalten.

Die Berufsgenossenschaft, welcher schliesslich der Vormund des Sch. am 6. November 1894 mein Gutachten ebenfalls zustellte, liess Sch. vom 7. bis 28. November 1894 in dem mediko-mechanischen Institut des Dr. X. in D. behandeln, welcher am 28. November 1894 nachfolgendes Gutachten erstattete:

Erstes Gutachten.

Der 19 jährige C. Sch. wurde am 7. November 1894 dem mediko-mechanischen Institut zu D. zur Behandlung überwiesen.

1. Unfallgeschichte (siehe Akten). Hinzuzufügen wäre nur noch, dass Sch. angiebt, sein Vater wäre an Schwindsucht gestorben, seine Mutter stets kränklich. Sein heutiges Leiden rühre von den Eisumschlägen auf das verletzte Knie her.

2. Er klagt über Schwäche in beiden Beinen. Dieselben zitterten ihm häufig, namentlich beim schweren Heben und bei längerem Stehen. Auch versagten ihm die Beine bei geringen Anstrengungen zuweilen den Dienst. Er halte sich für vollständig arbeitsunfähig.

3. Sch. ist ein junger, gut gebauter Mensch von 19 Jahren von mittlerer Muskulatur und mässiger Ernährung. Die Gesichtsfarbe ist matt, die Augen haben einen etwas blöden Ausdruck, die Stirn ist niedrig. Die Sinnesorgane sind intakt. Gang aufrecht, ohne Schwankungen. Nur bei plötzlichen Unterbrechungen durch Halt! Kehrt! etc. tritt Schwanken ein. Sonst werden Freiübungen mit Armen und Beinen sicher und gut ausgeführt. Es besteht auch kein Schwanken bei geschlossenen Augen, das Lagegefühl und der Ortssinn sind gut ausgeprägt.

Ernährungsstörungen irgend welcher Art sind weder an der allgemeinen Körpermuskulatur noch an den Beinen ausgeprägt.

Die Bewegungen der Gelenke sind nirgends gestört. Das linke Kniegelenk zeigt absolut keine Veränderung gegen das rechte. Die rohe Kraft beider Beine ist, wie die Bewegungen schon zeigen, und wie die weitere Prüfung ergibt, eine durchaus normale. Lähmungen oder auch nur Schwächezustände in der Muskulatur lassen sich absolut nicht nachweisen. Die Masse zwischen links und rechts ergeben keinen Unterschied. Die Wirbelsäule ist in ihrer ganzen Ausdehnung gegen Druck unempfindlich. Nur beim Hinüberfahren über die Lendenwirbelsäule sieht man ein leichtes Zusammenzucken, wie es bei nervenschwachen Individuen vorkommt. Ueber Schmerz wird daselbst jedenfalls nicht geklagt und man sieht gerade bei starken Schlägen jenes Zucken nicht. — Die Empfindung für äussere Reize jeder Art ist durchweg normal; dasselbe Verhalten zeigt die Prüfung der Hautreflexe.

Die Sehnenreflexe sind dagegen zweifellos bedeutend gesteigert, so schnellen z. B. die Beine beim Beklopfen der Sehne unterhalb der Kniescheibe stark in die Höhe. Ebenso ist der sog. Fussklonus stark ausgeprägt, d. h. bei einer starken Beugung des Fusses nach oben geräth derselbe in ein krampfartiges Zucken, was mehrere Sekunden andauert.

Zu bemerken wäre noch, dass der Hodensack schlaff herunterhängt und das Glied eine für den jungen Menschen recht stattliche Grösse aufweist. — Das Körpergewicht ist durch ein Versehen im Anfang nicht korrekt festgestellt, sodass ein Vergleich unmöglich ist.

Entlassung am 28. November 1894.

Sch. hat gar keine Klagen mehr. Er fühle sich frisch und vollständig arbeitsfähig. Der objektive Befund entspricht den Angaben ungefähr. Es verloren sich im Laufe der Behandlung die Schwankungen auch bei plötzlichen Unterbrechungen des Ganges. — Die Steigerung der Kniescheibenreflexe ist geschwunden, ebenso der linksseitige Fussklonus, während der rechtsseitige noch immer vorhanden ist.

Die Lendenwirbelsäule zeigt den erwähnten Reizzustand nicht mehr.

Womit hatten wir es im vorliegenden Falle zu thun? Dass ein Reizzustand des Rückenmarks, speziell des Lendenmarks für die genannten Erscheinungen verantwortlich gemacht werden kann, unterliegt gar keinem Zweifel und die Annahme eines solchen war gewiss gerechtfertigt. Wenn wir jedoch nach der Ursache dieses Reizzustandes fragen, so werden wir wohl die Verletzung des linken Kniegelenks oder gar das Auflegen der Eisblase auf dasselbe ruhig ausser Acht lassen können. Dagegen scheint mir eine andere Ursache für die vorhandenen

Reizungserscheinungen von grösserer Bedeutung zu sein. Wir haben ein etwas scheues Individuum vor uns, das Einem nicht gerade in die Augen sehen kann, mit sensibler Lendenwirbelsäule, Steigerung der Patellar- und Achillessehnenreflexe, mit schlaffem, herabhängendem Hodensack und einem für sein Alter besonders stark entwickelten Glied.

Wenn mir ein solches Individuum ohne vorangegangene Verletzung begegnet, so werde ich ihm wohl kein Unrecht thun, wenn ich es der Onanie, der Selbstbefleckung, beschuldige. Denn ausgeprägter können die Symptome wohl kaum sein. Und nichts darf uns hindern, bei einem Menschen, weil er nun zufällig nebenbei auch eine Verletzung erlitten, dieselbe Diagnose zu stellen. Und auch im Falle Sch. passen die Symptome so vollständig auf die Onanie und so ganz und gar nicht auf die Verletzung, dass wir ihn gewiss richtig beurtheilen, wenn wir ihn für einen Onanisten erklären. Sch. hat auf meine diesbezüglichen Bemerkungen etwas ausweichend geantwortet, er leide öfter an unfreiwilligen Samen-ergussungen etc. Nun, solche Samen-ergussungen sind bei einem so jungen Menschen gerade nichts Häufiges, sondern gewöhnlich künstlich hervorgerufen. Die Reizungserscheinungen sind nun im Laufe der Zeit durch die kräftigen Uebungen ziemlich vollständig zurückgegangen, und wir dürfen, selbst ohne obige Annahme, namentlich nach den eigenen Angaben des Sch. denselben für vollkommen erwerbsfähig erklären.

Wenn ich trotzdem jene Frage aufgeworfen, so geschah das keineswegs in rein akademischem Interesse, sondern weil ich nicht sicher bin, dass der p. Sch. trotz seiner ausdrücklichen Erklärung doch nicht vielleicht in absehbarer Zeit, durch Andere aufgestachelt, neue Ansprüche erheben wird. Es dürfte dann nicht von Nachtheil sein, die heute von mir vertretene Ansicht vielleicht zur näheren Erwägung heranzuziehen.

Für heute ist Sch. jedenfalls für voll erwerbsfähig zu erklären.

Die Berufsgenossenschaft lehnte am 1. Januar 1895 in Anlehnung an dieses Gutachten die Entschädigung ab.

Auf die Berufung des Vormundes des Sch. beschloss das Schiedsgericht nach eingehender Würdigung der bisher über den Krankheitszustand abgegebenen ärztlichen Gutachten ein Gutachten des Kreisphysikus Dr. B. auf Grund des Aktenmaterials und vorheriger Untersuchung einzufordern.

Unter dem 26. März 1895 erstattete Kreisphysikus Dr. B. ein neues Gutachten.

Er beschreibt, nachdem er gleich mir den negativen Befund am übrigen Körper betout hat, den Zustand der unteren Gliedmassen wie folgt:

Zweites Gutachten.

Dieselben werden in Schleuderbewegung und unter Ausführung der unzuweckmässigsten Bewegungen vorgesetzt; es besteht eine Unsicherheit im Gange, so dass man fürchtet, Sch. könne beim Gehen hinfallen und man ihm ansieht, welche Mühe er hat, um sich fortzubewegen. Fordert man ihn auf, mit geschlossenen Augen zu gehen, so vermag er nicht einen Schritt zweckmässig zu setzen, es fuchteln die Beine hin und her, ein Bein setzt er über das andere, geräth in Schwanken und man muss ihm zuspringen, sonst fiele er der Länge nach hin. — Nachdem er sich entkleidet, sieht man sämtliche Muskeln beider Extremitäten, einschliesslich der Gesässmuskeln in fortwährenden fibrillären Zuckungen; das Kniephänomen ist an beiden Beinen sehr stark ausgeprägt und zwar rechts stärker als links, indem rechts der Unterschenkel hoch emporschnellt, links nur eine geringe Elevation desselben erfolgt, desgleichen ist der Fussklonus stark ausgeprägt und zwar ebenfalls rechts ein Wenig stärker als links, indem bei aktiver sowohl als passiver Beugung

der Füsse nach oben dieselben in lange Zeit — und rechts länger als links — anhaltendes Zucken gerathen.

Die Gefühlsempfindung an den Beinen scheint ein Wenig zwar gesteigert zu sein, aber jedenfalls unerheblich und nicht bis zur Schmerzempfindung gesteigert.

Der Gang ist der vorhin schon beschriebene, ataktische; wenn er sich bückt, die Beine also im Knie und in den Hüftgelenken beugt, so vermag er sich gar nicht oder nur mit grosser Mühe wieder aufzurichten; einen Stuhl vermag er auch nicht annähernd zu besteigen.

Die Wirbel sind auf Druck und selbst bei starkem Beklopfen unempfindlich, schmerzlos, auch die Lendenwirbel; nur bei sehr starkem Druck auf letztere meint er eine Schmerzempfindung zu haben, doch kann dieselbe auch in Folge des häufigen Befragens ihm suggerirt sein, dagegen giebt er von selbst an, dass er beim Dehnen, wenn er den Körper nach hinten und seitwärts zu bewegen versuche, Schmerz in der Lenden- bzw. Kreuzgegend empfinde, indess auch nicht bedeutend.

Dr. B. fährt fort:

3. Es kann also keinem Zweifel unterliegen, dass Sch. an einer vom Rückenmark ausgehenden und zwar lokalen, das Lendenmark betreffenden Affektion leidet. Eine tiefere Degeneration des Rückenmarks kann jedoch nach dem Symptomen-Komplexe keineswegs vorliegen, da das Leiden nur die Beine allein in Mitleidenschaft gezogen, alle übrigen Theile und Organe des Körpers absolut frei gelassen hat. Man wird vielmehr nicht fehlgehen, wenn man eine fieberlose Entzündung der weichen Rückenmarkshäute als die Ursache der Erkrankung annimmt, mit anderen Worten jene Erkrankung diagnostiziert, welche man in der Wissenschaft mit dem Namen „Leptomeningitis spinalis chronica“, chronische Entzündung der Rückenmarkshäute, belegt und als den örtlichen Sitz der Entzündung das Lendenmarks anspricht.

4. Sch ist in Folge seines Leidens zur Zeit fast völlig und mindestens 80 % der Ganzerwerbsfähigkeit erwerbsunfähig zu erachten, denn er ist des Gebrauchs seiner beiden Beine nicht mächtig, kann nur mühsam und schwankend gehen, nur unsicher stehen, sich nicht bücken etc. etc. Er kann mithin nur solche Arbeiten verrichten, welche sich im Sitzen vollbringen lassen und diese dürften wohl nicht höher als 20 % der Ganzerwerbsfähigkeit zu schätzen sein. Ob dieser Grad der Erwerbsminderung ein dauernder sein werde oder nicht, lässt sich zur Zeit noch nicht bestimmen; die Möglichkeit der Besserung solcher Leiden und damit Besserung der Erwerbsfähigkeit ist, wenn auch fraglich, so doch nicht ausgeschlossen; da, wie es scheint, in dem mediko-mechanischen Institut eine nicht unwesentliche Besserung eingetreten war, der allerdings nach Verlassen des Instituts eine ebenso erhebliche Verschlimmerung gefolgt ist, so wird zu erwägen sein, ob noch weitere Kuren in einer hierzu geeigneten Heilanstalt anzustellen wären, worauf des Näheren einzugehen ich jedoch hierorts unterlasse.

5. Wenn ich nunmehr an den letzten Theil meiner Aufgabe gehe, die Erörterung der Frage, ob ein ursächlicher Zusammenhang der Rückenmarks-Erkrankung des Sch. mit der durch den Unfall vom 11. April 1894 erlittenen Verletzung und eventuell welcher bestehe, so bemerke ich zunächst, dass man so leicht, wie das Gutachten vom 28. November 1894 Bl. 16/17 der Akten es thut, sich die Sache zu machen doch wohl nicht berechtigt ist. Dieses Gutachten imputirt dem Erkrankten eine Onanie, die doch wahrlich durch nichts erwiesen ist, gegenheils von Sch. direkt in Abrede gestellt wird, substituiert diese als Ursache der Erkrankung, die erlittene Verletzung als ein zufälliges Ereigniss, welches nebenbei eingetreten sei.

So liegt die Sache denn doch wohl nicht; vielmehr ist als erwiesen zu erachten, dass Sch. bis zu jenem Unfälle voll-

kommen gesund, arbeitsfähig gewesen ist und, ungeachtet der Schmerzen in Folge der Verletzung, noch einige Tage darüber hinaus gearbeitet hat, drei Wochen später, nach erfolgter Heilung der Verletzung, ungeachtet der Schwäche etc., die er damals in den Beinen verspürte, die Arbeit wieder, wie gewohnt, aufzunehmen versucht und mehrere Wochen hindurch thatsächlich noch leichte Arbeit verrichtet habe. Die Schwäche in den Beinen schloss sich also unmittelbar der Verletzung, die er erlitt, an, bzw. entstand während seines Kranklagers, war Anfangs geringer, so dass er eben noch leichte Arbeiten verrichten konnte und gewann allmählich an Intensität, bis er dann endlich gezwungen war, die Arbeit einzustellen und wiederum ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen; — da drängt sich doch wohl die Ueberzeugung auf, dass hier nicht ein zufälliges zeitliches Zusammentreffen zweier, von einander verschiedener Ereignisse stattgefunden, sondern ein ursächlicher Zusammenhang bestehe und diesen glaube ich in Folgendem finden zu sollen:

Professor Erb, wohl der berufenste Vertreter auf dem Gebiete der Nervenheilkunde, sagt in seiner Abhandlung über die in Rede stehende Krankheit in Ziemssen's Sammelwerk Band 11 Pag. 228, „dass dieselbe mit Vorliebe Personen kindlichen und jugendlichen Alters männlichen Geschlechts befallt, dass sie bei vorhandener Anlage zur Skrophulose und Tuberkulose öfter vorkomme, dass traumatische Einwirkungen eine unzweifelhafte und sehr ergiebige Quelle derselben bildeten; Pag. 251 a. a. O. auch nochmals, dass traumatische Einwirkungen mässigen Grades manchmal zur chronischen Meningitis führten.“

Wenden wir diese Auslassungen Erbs auf den vorliegenden Fall an, so haben wir ein jugendliches Individuum männlichen Geschlechts, haben ein mit erblicher Anlage zur Tuberkulose belastetes Individuum und endlich ein solches, welches eine Verletzung — Trauma — erlitten hat. War auch letzteres, das Trauma, nicht direkt oder in unmittelbarer Nähe des Rückenmarks bzw. auf die Wirbelknochen erfolgt, wie es Erb wohl im Sinne hat, wenn er von traumatischen Einwirkungen spricht, so ist es doch eine alte Erfahrung, dass derartige in der Anlage vorhandenen, wenn ich so sagen darf, schlummernden Leiden, insbesondere eine Anlage zur Tuberkulose, gerade durch solche Vorgänge, wie eine Verletzung, geweckt werden können und alsdann zum Ausbruch gelangen. Danach bin ich der Meinung und glaube nicht fehl zu gehen, wenn ich mich der Annahme zuwende, dass auch hier bei diesem in Folge seines Alters, seines Geschlechts, insbesondere aber in Folge seiner väterlicherseits ererbten Anlage zur Tuberkulose prädisponirten Individuum die Verletzung bzw. die Entzündung, welche an der verletzten Stelle des Knies entstand, den Anstoss zur Fortpflanzung dieser Entzündung auf den Lendentheil des Rückenmarks als die Ursprungsstelle der Nervenwurzelstämme der unteren Extremitäten gegeben habe und derart die gegenwärtige Erkrankung des Sch. entstanden ist.

Es unterliegt mir keinem Zweifel, dass die ganze Sachlage eben so und nicht anders aufzufassen ist, das Rückenmarksleiden, an welchem Sch. laborirt, auf tuberkulöser Grundlage beruht, und die in ihm schlummernde, bis dahin latent gewesene Disposition geweckt worden, entfacht worden ist durch jene, durch den Unfall herbeigeführte Knieverletzung oder, genauer gesagt, durch die Entzündung, welche in Folge der Verletzung am Knie entstand.

Ich beantworte hiernach die in geehrter Aufforderung vom 16. März 1895 No. S. G. 121 an mich gerichteten Fragen, wie folgt:

1. Der Formerlehrling Sch. leidet an chronischer Entzündung der Rückenmarkshäute; das Leiden beruht auf tuberkulöser

Grundlage, ist bisher ein örtliches geblieben und der Sitz desselben der Lendentheil des Rückenmarks.

2. Sch. ist in Folge dieses Leidens zur Zeit 80 Prozent erwerbsunfähig.

3. Ob diese Erwerbsunfähigkeit eine dauernde bleiben, oder in absehbarer Zeit, und in welcher, eine Besserung eintreten werde, lässt sich im Voraus nicht bestimmen. Die Möglichkeit einer Besserung ist, wenn auch fraglich, so doch nicht ausgeschlossen.

4. Die Krankheit, an welcher Sch. leidet und welche seine gegenwärtige Erwerbsunfähigkeit bedingt, ist zwar nicht lediglich eine Folge des in der Fabrik von B. erlittenen Unfalls, sie ist aber nicht ein absolut zufälliges Ereigniss, auch nicht durch Onanie entstanden, sondern steht mit der durch den Unfall bewirkten Verletzung bezw. der in Folge der Verletzung entstandenen Entzündung am Knie in ursächlichem Zusammenhang und zwar derart, dass letztere den Anstoss zu der Entstehung des Rückenmarksleidens bei dem vermöge seiner erbten tuberkulösen Anlage hierzu prädisponirten Menschen gegeben hat.

Auf Grund dieses Gutachtens gewann das Schiedsgericht am 26. April 1895 die Ueberzeugung, dass das gegenwärtige Rückenmarksleiden durch den Unfall veranlasst und die Berufsgenossenschaft verpflichtet ist, dem Verletzten eine Rente zu gewähren. Es bleibt hierbei unerheblich, ob Sch. eine tuberkulöse Anlage besitzt und daher zu Rückenmarksleiden mehr als andere Personen veranlagt ist. Den Umfang der Erwerbsunfähigkeit und demgemäss die Höhe der zu gewährenden Rente zu bestimmen, nahm das Schiedsgericht beim Mangel genügender Unterlagen Abstand.

Die Berufsgenossenschaft überwiess Sch. zur Begutachtung nach der Privatklinik von Dr. S. in Königsberg und legte Rekurs beim Reichsversicherungsamt ein.

Während des Aufenthalts in der Klinik des Dr. S. vom 18. Mai bis 29. Juli 1895 wurde Sch. auch von Dr. A., erstem Assistenzarzt an der medizinischen Klinik, Dr. K., Assistenzarzt an den Universitäts-Augenklinik und dem Geheimen Sanitätsrath Dr. C. beobachtet und begutachtet.

Drittes und viertes Gutachten.

Dr. A. führt in seinem Gutachten Folgendes aus:

Es bestehen vollkommen normale Verhältnisse seitens der inneren Organe. Der Urin enthält keine pathologischen Bestandtheile. Das psychische Verhalten des Patienten weist nichts Besonderes auf. Geruch intakt. Sehvermögen normal. Pupillenreaktion tritt auf Licht und Konvergenz prompt ein. Augenhintergrund nichts Besonderes; Gesichtsfeld konzentrisch deutlich eingeengt. Augenbewegungen nach allen Richtungen frei; kein Nystagmus; Gefühl im Gesicht, Funktion der Kau-muskulatur, Gaumensegelbewegung, Geschmack normal. Mimische Gesichtsmuskulatur funktionirt gut. Gehör, Sprache, Schluckakt, Zungenbewegungen intakt. Die oberen Extremitäten bieten nichts Besonderes.

Die unteren Extremitäten: Motorische Kraft nicht wesentlich herabgesetzt. Bei Ausführung der einzelnen Bewegungen in Rückenlage zeigt sich bei geschlossenen Augen deutliche Ataxie. Geringe Steifigkeit der Muskulatur; zeitweilig leichter Tremor der Beine. Beim Stehen Romberg'sches Phänomen deutlich ausgesprochen (Schwanken bei geschlossenen Augen). Der Gang spastisch-paretisch. Der Patient geht so, als ob die Füße am Boden kleben. Gleichzeitig zeigt sich während des Gehens sehr manifeste Ataxie; namentlich wenn Patient die Augen schliesst, schwankt er sehr stark und hat beständig die Neigung zu fallen.

Die Sensibilität ist am ganzen Körper, auch an den Beinen in allen Qualitäten vollkommen intakt, auch der Muskelsinn ganz normal. Der Fusssohlenreflex ist sehr stark; die übrigen Hautreflexe etwa der Norm entsprechend. Die Sehnenreflexe sind in ganz auffallender Weise stark. Eine leise Berührung mit der Fingerkuppe genügt, um dieselben sehr kräftig auszulösen. Der Dorsalklonus ist so erheblich, dass er bei Dorsalflexionen des Fusses minutenlang andauert. Blasen- und Mastdarmstörungen sind nicht vorhanden. Die bei dem Patienten konstatirten Störungen lassen meines Erachtens einen Zweifel an der Glaubwürdigkeit seiner Angaben ausschliessen. Eine Simulation scheint mir nicht vorzuliegen. Ich bin der Ansicht, dass es sich in diesem Falle um eine sogenannte „traumatische Neurose“ handelt, wofür neben den andern Symptomen vor Allem die festgestellte konzentrische Gesichtsfeldeinengung spricht. Allerdings wäre noch an die Möglichkeit zu denken, dass hier ein schweres chronisches Rückenmarksleiden vorliegt (eine „kombinierte Systemerkrankung“). Der Umstand jedoch, dass der Symptomenkomplex direkt nach dem Unfall aufgetreten ist, spricht gegen diese letztere Diagnose, und für die einer traumatischen Neurose. Zweierlei wäre vielleicht noch für die Differentialdiagnose zwischen diesen beiden Krankheiten zu versuchen:

1. eine längere energische Behandlung in einer Krankenanstalt (da die traumatische Neurose eventuell heilbar ist),
2. eine neue Untersuchung etwa nach Jahresfrist (ob der Zustand derselbe geblieben oder sich gebessert resp. verschlimmert hat).

Jedenfalls ist vorläufig die Erwerbsfähigkeit des Sch. um ca. 70 Prozent beeinträchtigt.

Dr. K. fand nur eine schwere Granulose der Augen, keine hysterischen Sehstörungen.

Fünftes Gutachten.

Das ohne Aktenkenntniss abgefasste Gutachten des Geh. Sanitätsrats Dr. C. enthält Auseinandersetzungen, die wir nicht unterlassen möchten, den Lesern wörtlich zur Kenntniss zu bringen.

Dieser Gutachter sagt nach Mittheilung der Vorgeschichte:

Es unterliegt ja keinem Zweifel, dass Sch. an einer Lähmungs-Neurose beider Beine leidet, wie sie bei einem Rückenmarksleiden vorkommt, das man vulgo Tabes nennt. (! Red.) Solch ein Gang, solche charakteristisch ataktischen Bewegungen kann nicht der geschickteste Simulant, geschweige denn ein geistig Geschwächter, wie Sch., nachmachen.

Die Abweichungen meiner Befunde von denen des Herrn A. bestehen in Folgendem:

Jener sagt: „Das physische Verhalten weist nichts Besonderes auf.“

Dagegen fand ich erheblich geschwächte Geisteskräfte: langsame Auffassung der an ihn gerichteten Fragen, langsames Antworten, Suchen nach den einfachsten sprachlichen Ausdrücken und Wendungen, um über einfache Begebenheiten und Gegenstände Auskunft zu geben. So liess ich mir die Vorgänge zur Zeit des Unfalles und was er dabei gethan, von ihm beschreiben, aber es war ein unsicheres Hin- und Her-taumeln des Denkvermögens, und es dauerte lange, bis ich durch wiederholte Zwischenfragen zu einem klaren Bilde gelangte. Dabei war auch die Artikulation der Sprache etwas unsicher: kurz, sowohl die Denkfähigkeit, wie auch die Sprachorgane verhielten sich ähnlich wie die untern Extremitäten. Die Gesichtszüge schlaff, verriethen verminderte Intelligenz. Der Blick scheu. Diese Befunde sind aber sehr wesentlich, wenn mau nach der Ursache des Rückenmark-

leidens forschet. Sie gehören zu jenem Bilde der Tabes, welches gar häufig bei Onanisten gefunden wird.

Nicht jeder Onanist wird Tabetiker; aber viele Onanisten werden es. Dazu kommt bei diesen allmählich Schwächung der Geisteskräfte, allmählich Blödsinn; vorher noch häufig Melancholie mit Selbstmordtrieb.

Sch. leugnet zwar auf das Entschiedenste, Masturbation getrieben zu haben. Allein nach den reichen Erfahrungen, die ich gemacht, gebe ich auf die heiligsten Schwüre der Onanisten gar nichts.

Herr Dr. A. neigt sich mehr zur Trauma-Neurose und zwar hauptsächlich deshalb, weil die Lähmung der Beine erst seit dem Unfälle herrühre. Aber wer sagt uns, dass die Innervation der Beine vor dem Unfälle normal gewesen sei? Nur Sch. Er hat die ersten Anfänge der Schwäche vielleicht selbst nicht beobachtet, obgleich diese schon seit Jahr und Tag in geringem Grade dagewesen sein mag. Dass nun aber plötzlich innerhalb 3 Wochen eine so bedeutende Verschlimmerung eingetreten ist, kann wohl daher rühren, dass er 3 Wochen zu Bett liegen musste, die Tagesübung also aufhörte. Ja, es ist sogar möglich, dass er seine Geschlechtsnerven während der 3 Wochen doppelt und dreifach so stark gereizt hat, als früher. Ehe er zu Bett gehen musste, hat sich das Abtreiben des Samens nur auf die Nachtzeit beschränkt, da er bei Tage arbeiten musste; nun konnte er auch bei Tage diesen Trieb fortwährend befriedigen.

Das wäre dann meine Erklärung für den scheinbaren Isochronismus des Unfalls mit den Symptomen der Tabes. Andererseits aber gebe ich zu bedenken, dass ein so schweres Rückenmarksleiden unmöglich die Folge einer so geringfügigen Quetschung sein kann, welche nur eine gehörig fleischige Partie des Oberschenkels und noch dazu in schräger Richtung traf. An dieser Stelle befinden sich nicht bedeutende Nerven, durch deren Quetschung ein krankmachender Einfluss auf das Rückenmark möglich gewesen wäre.

Nach meinen Anschauungen und Erwägungen handelt es sich hier also um eine chronische, sehr langsam schleichende, aber auch zu plötzlichen Verschlimmerungen geneigte Rückenmarkskrankheit, von Onanie, aber nicht von einem Trauma (äusserer Verletzung) herrührend.

Auch hat der Unfall als solcher nicht zur Verschlimmerung der vorhandenen Krankheit beigetragen.

Die Folgen des Unfalls (der Quetschung an der Vorderfläche des linken Oberschenkels) sind vollkommen beseitigt.

Mit grosser Zurückhaltung äussert sich der leitende Arzt der Klinik, in der Sch. beobachtet wurde, Dr. S. dahin, dass die Zeit der Beobachtung zu kurz sei, um die Frage: organisches oder funktionelles Nervenleiden? zu entscheiden. Jedenfalls stehe durch genaue Beobachtungen fest, dass eine absichtliche Täuschung durch den Kranken nie nachgewiesen werden konnte. Dr. S. verweist auf das Gutachten des Dr. A., dessen Inhalt mehrmaligen Untersuchungen durch den Direktor der Medizinischen Klinik, Professor L., und Dr. A. entspreche.

Das Reichs-Versicherungsamt hat in seiner Sitzung vom 8. Oktober 1895 nach mündlicher Verhandlung für Recht erkannt:

Der Rekurs gegen das Urtheil des Schiedsgerichts vom 26. April 1895 wird mit der Massgabe zurückgewiesen, dass unter Abänderung des genannten Schiedsgerichtsurtheils die Beklagte verurtheilt wird, dem Kläger vom 12. Juli 1894 ab eine Rente von 75 (fünfundsiebenzig) Prozent der Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit zu gewähren.

In der Urtheilsbegründung heisst es:

Das Rekursgericht hat zunächst auf Grund des Gutachtens des Kreisphysikus Dr. B., mit welchem insoweit die von der Beklagten in dieser Instanz überreichten Gutachten übereinstimmen, als erwiesen angesehen, dass der Kläger — sei es an Rückenmarksleiden, sei es an traumatischer Neurose — schwer krank und in seiner Erwerbsfähigkeit erheblich beeinträchtigt ist, und dass die von Dr. X. in D. nach der Behandlung in dem dortigen mediko-mechanischen Institut in dem Gutachten vom 28. November 1894 festgestellte Besserung, wenn sie überhaupt in dem von dem Sachverständigen angenommenen Masse vorhanden war, jedenfalls nur eine ganz vorübergehende gewesen sein kann. Der Kläger ist des Gebrauchs seiner Beine nicht mächtig, kann nur mühsam und schwankend gehen und nur unsicher stehen, sich nicht bücken und höchstens leichtere Arbeiten, die im Sitzen zu machen sind, verrichten. Aus dem Gutachten des Privatdozenten Dr. S. ist ferner hervorzuheben, dass sich bei der längeren Beobachtung in der Anstalt nichts hat feststellen lassen, was darauf hindeutete, dass der Gang des Klägers willkürlich zum Zwecke der Täuschung beeinflusst würde.

Was sodann die Ursache des Leidens anbetrifft, so hat das Rekursgericht der hier nicht näher auszuführenden Annahme des Dr. X. und des Geheimen Sanitätsraths Dr. C. nicht beipflichten können. Ein Beweis für die Richtigkeit der Annahme dieser Aerzte ist, wie bereits in dem Gutachten des Kreisphysikus Dr. B. betont wird, jedenfalls nicht geführt. Der Vormund des Klägers macht auch nicht ohne Grund geltend, dass bei den stattgefundenen längeren Beobachtungen in den Anstalten des Dr. X. und des Dr. S. irgend welche Spuren für die Berechtigung jener Annahme zum Vorschein gekommen sein müssten. In dieser Richtung sind aber keinerlei Feststellungen getroffen. Die Symptome, welche die genannten Sachverständigen für ihre Auffassung geltend machen, nämlich die schwere Auffassungsgabe des Klägers, seine ungelinkte Sprache und Aehnliches, sind nach der beigebrachten Bescheinigung bei dem Kläger bereits in dessen frühen Knabenjahren vorhanden gewesen. Lehnt man aber jene Annahme der genannten Sachverständigen ab, so wird die Schlussfolgerung unabweisbar, dass das zeitlich bald nach dem Unfall hervorgetretene Leiden auch ursächlich mit demselben in Zusammenhang zu bringen ist, sei es, dass — wie Kreisphysikus Dr. B. annimmt — die Unfallverletzung den Anstoss zu der Entstehung eines Rückenmarksleidens bei dem vermöge seiner ererbten tuberkulösen Anlage hierzu prädisponirten Kläger gegeben hat, sei es, dass — wie Dr. A. begutachtet — der Unfall eine traumatische Neurose im Gefolge gehabt hat.

Die dem Kläger zuzubilligende Entschädigung ist, da Kreisphysikus Dr. B. den Grad der Erwerbsunfähigkeit auf 80, Dr. A. den Grad der Erwerbsunfähigkeit auf 70 Prozent schätzt, auf das Mittel, d. s. 75 Prozent, bemessen und das Schiedsgerichtsurtheil, welches übrigens der für eine gerichtliche Entscheidung zu fordernden Bestimmtheit ermangelt, dementsprechend abgeändert. Als selbstverständlich ist noch zu bemerken, dass dem Kläger für die Zeit, in welcher er auf Kosten der Beklagten in Krankenanstalten untergebracht gewesen ist, ein Rentenanspruch nicht zusteht.

Die rechnungsmässige Feststellung der Rente musste der Beklagten überlassen bleiben.

Am 2. Mai 1901 erhielt ich von der Berufsgenossenschaft nachstehenden Auftrag:

Wir ersuchen ergebenst, den früheren Formerlehrling C. Sch. dortselbst, welcher zur Zeit eine Rente von 75 Pro-

zent erhält, auf seine jetzige Erwerbsfähigkeit gefl. zu untersuchen und uns ein Gutachten über den Befund auszustellen.

Sch. verunglückte am 11. April 1894 in dem Betriebe der Firma C. B. in Insterburg dadurch, dass er sich bei einer Arbeit eine Knieverletzung zuzog, wodurch sich später im Anschlusse hieran ein Rückenmarksleiden entwickelt haben soll.

Da wir nun vor kurzer Zeit Gelegenheit hatten, den Patienten an Ort und Stelle in Augenschein zu nehmen, so sind wir doch zu der Ueberzeugung gelangt, dass derselbe zu keiner Arbeit fähig erscheint und demnach für vollständig erwerbsunfähig anzusehen ist.

Wir bitten, den Genannten in seiner Häuslichkeit aufzusuchen und Ihr werthes Gutachten über denselben uns recht bald einzureichen, damit demselben die Rente eventuell erhöht werden kann.

Sch. ist nach unserm Dafürhalten nicht im Stande, sich auf der Strasse aus eigener Kraft fortzubewegen.

Mein Bericht lautet:

Sch. sass bei meiner Ankunft auf einem Stuhl, doch war er ausser Stande, sich ohne Unterstützung vom Stuhle zu erheben. Er kann sich auch von der Stelle fortbewegen, wenn er grössere Gegenstände für die Arme zur Stütze zu beiden Seiten hat, wie z. B. Stühle und andere Möbelstücke des Zimmers.

Die frühere lähmungsartige Schwäche der Beine ist nunmehr bis zur vollständigen Lähmung fortgeschritten, sodass Sch. die Beine im Liegen auch nicht im Geringsten von der Unterlage aufheben oder beugen kann. Die vorhin geschilderte Fortbewegung im Zimmer wird allein durch die Zuhilfenahme der nicht gelähmten Beckenmuskulatur ermöglicht, während die gänzlich gelähmten Beine völlig haltlos umherschlottern.*)

Sch. befindet sich somit in einem völlig hilflosen Zustande: er kann ohne kräftige Hilfe weder das Bett verlassen, noch sich ankleiden; wenn er mit fremder Hilfe auf einen Stuhl gesetzt ist, kann er sich auch von dort nicht forthelfen, er kann lediglich, sich an den Möbeln haltend, mehr sich ziehend als gehend, ein paar Schritte machen. Das Zimmer zu verlassen, resp. auf der Strasse zu gehen, ist völlig unmöglich, da er sich mit Krücken oder Stöcken durchaus nicht im Gleichgewicht halten könnte. Dass ein Mensch in einem derart hilflosen Zustande noch körperliche Arbeit leisten soll, ist vollständig ausgeschlossen. Sch. ist nicht nur gänzlich arbeitsunfähig, sondern beeinträchtigt auch noch die Erwerbsfähigkeit seiner mittellosen Angehörigen, welche ihm in seinem hilflosen Zustande fortwährend Handreichungen machen müssen.

Auf Grund meines Gutachtens bewilligte die Berufsgenossenschaft dem Kranken nicht nur Vollrente, sondern erhöhte diese auch gemäss § 9, Abs. 2 G. U. V. G. wegen Hilflosigkeit bis zur ganzen Höhe des früheren Jahresarbeitsverdienstes.

Einige nachträgliche Bemerkungen zu dem Aufsatz: Ein in der Geschichte kaum dagewesener Fall von Strychninvergiftung und Tod nämlich eines katho- lischen Geistlichen am Altare.

Von
Dr. Litterski,
Medizinal-Rath.

Zu der Fragebeantwortung: Giftmord am Altar: Sachverständigen-Zeitung No. 14, S. 304, worin gesagt wird, dass

*) Befund am 9. Juli 1902: Aktive und passive Bewegungen in den Gelenken der Beine in Folge von bretthartem Muskelspasmus ganz unmöglich; sehr gesteigerte Patellarreflexe; Fussklonus. Die oberen Extremitäten völlig normal; Psyche intakt.

mit der Möglichkeit zu rechnen sei, dass der Propst W., um den Qualen innerer krankhafter Unruhe etc. zu entgehen, sich das Gift selbst in den Wein gemischt habe etc., gestatte ich mir Folgendes zu erinnern:

Möglich ist in der Welt Alles! Absolut Unmögliches giebt es hier nicht! Absolut sicher ist nur der Tod! Es fragt sich nur, ob im konkreten Falle, wie auch sonst in anderen und ähnlichen Fällen, irgend welche wesentlichen Anhaltspunkte für etwaige Möglichkeit vorhanden waren oder nicht.

Wenn im konkreten Falle aus dem Umstande allein auf eine Geistesstörung zu schliessen versucht wird, dass W. mit verschiedenen Personen seiner Umgebung nicht auf friedlichem Fuss gelebt, Prozesse geführt, auch in der letzten Zeit sehr vorsichtig bei dem Genuße von Speisen und Trank gewesen sei, weil er befürchtete, vergiftet zu werden, so erscheint mir diese Annahme doch etwas gewagt zu sein.

Wenn Jemand sich bewusst ist, Feinde zu haben, wenn Jemand glaubt, deshalb mal angegriffen, misshandelt, getödtet zu werden, und deshalb Vorsichtsmassregeln trifft; späte Abendstunden des Ausgehens meidet, mit Revolver etc. sich bewaffnet, um eventuellen Angriff pariren zu können; wenn mächtige Potentaten vorher alle Speisen von anderen Personen der nächsten Umgebung kosten lassen, bevor sie selbst geniessen, um nicht vergiftet zu werden etc.; wenn man daraus allein schon auf eine Geistesstörung der betreffenden Personen schliessen wollte, so dürfte dies doch wohl nach meiner Ansicht zu weit gehen und berechtigtes Kopfschütteln verursachen.

Dasselbe trifft bei W. zu. Derselbe hat erwiesener Massen Prozesse geführt mit seinem Pächter, hat nicht nur eingebildete, sondern wirkliche Feinde gehabt und ist deshalb vorsichtig gewesen. Aus dieser Vorsicht allein will der Einsender auf eine Geistesstörung schliessen. Auf diese Weise könnte man behaupten, dass jede besondere Vorsicht der Ausfluss einer Geistesstörung sei. Allerdings kann eine besondere und absonderliche Vorsicht unter gewissen Umständen als der Ausfluss einer Geistesstörung angesehen werden, aber braucht es noch nicht unbedingt zu sein. Es kommt immer auf den Spezialfall an. Wir haben in unserem Gutachten alle aktenmässig festgestellten Thatsachen gewürdigt und auseinandergesetzt, dass in dem mitgebrachten Weine und Wasser Strychnin nicht nachgewiesen, dass in den Kelch und die Messkännchen der Geistliche das Gift während der Messe nicht hineinbringen konnte, ohne bemerkt zu werden etc. Wir haben gesagt: auf Grund dieser Thatsachen und Erwägungen ist wohl Selbstvergiftung mit Bestimmtheit auszuschliessen (gleichgiltig, ob in normalem oder krankhaftem Zustande, denn für die strafrechtlichen Folgen ist es vollständig gleichgiltig gewesen; es fragte sich nur, ob eigene oder fremde Schuld?).

Allerdings einen Umstand haben wir nicht hervorgehoben, nämlich den, dass der Geistliche Tags zuvor oder vor der Messe in Abwesenheit des Küsters, der Messknaben in die Kirche gegangen sein konnte und dort das Gift in das Messkännchen gethan (denn nach Lage der untersuchten Objekte und Befunde konnte und musste es sich ursprünglich allein in dem Kännchen befunden haben), dann aber nach Hause gegangen und trotz dessen giftfreien Wein und Wasser zu der Handlung mitgebracht habe.

Dies wäre dann wirklich eine reiche Phantasie eines Geistesgestörten! Aber zugegeben: der Einsender hat Recht!

Dann könnte es sich nach meiner Ansicht höchstens um eine Paranoia handeln mit einer einseitigen fixen Wahnidee (Verfolgungs-Wahn), wobei sonst die übrigen Verstandeskräfte noch normal gewesen, denn der Geistliche hat pflicht-

getreu bis zum Todestage seine Amtspflichten erfüllt, ist auch sonst Niemandem aufgefallen, in seinen Reden, Handlungen, was wohl doch geschehen müsste und wäre, wenn er thatsächlich paranoisch geistesgestört gewesen wäre.

Es wären dann auch gewiss vor Gericht bei den vielfachen Zeugenvernehmungen, Andeutungen, Ausdrücke gefallen, die darauf hingedeutet hätten. Aber nichts von dem ist in den Akten erwähnt. Nichts davon ist auch unter den Einwohnern des Städtchens, welche gemischter Konfession sind, laut geworden etc. Nun weiter, wie liessen sich die aktenmässig festgestellten Thatsachen logisch und psychologisch erklären, nämlich die, dass W., als er vergiftet erkrankte, ausgerufen hat: ich bin vergiftet, bringt mir die Kännchen her, und als er die Krystalle sah, die er als gebildeter Mann nach dem Geschmack und Aussehen wohl als Strychnin beurtheilen konnte, erklärte: das ist starkes Gift, haltet die Kännchen fest etc. (damit wohl sagen wollend, dass hier das Gericht untersuche etc.)

Soll dies etwa auch als eine phantastische Gedankenverknüpfung eines Geisteskranken bezeichnet werden?

Wenn wir (die beiden Obduzenten) daher unter Berücksichtigung aller der angeführten Thatsachen und näheren Umstände des Falles erklärt haben, dass kein Selbstmord, Selbstvergiftung, sondern fremde Schuld vorgelegen, so können wir wohl ruhig das Urtheil der Aertzwelt abwarten, ob wir recht gehandelt haben oder nicht. Gerade als gerichtlicher Sachverständiger muss man meines Erachtens stets in erster Linie mit den gegebenen bekannten Thatsachen rechnen, danach urtheilen und daraus die Schlussfolgerungen ziehen und darf sich nicht auf eine einzige Erscheinung, auf blossе Annahmen einlassen. Mit Hypothesen und blossen Theorien macht man gerade vor Gericht meist Fiasko.

Grottkau, den 2. August 1902.

Referate.

Allgemeines.

Die zivilrechtliche Haftpflicht der Sachverständigen.

Von Hans Schreieckert.

(Juristische Wochenschrift XXX, No. 41, 42.)

In Frankreich ist vor Kurzem ein bekannter Graphologe wegen „grober Nachlässigkeit in der Ausübung seiner Sachverständigenthätigkeit“ zu einem Schadensersatz von 800 Frs. und Tragung der Verhandlungskosten verurtheilt worden. Der Sachverständige hatte mit „voller Ueberzeugung“ die Identität aller ihm in einer Angelegenheit vorgelegten Vergleichungsschriftstücke behauptet, während eine Schriftprobe von einer dritten Hand herrührte. Näheres ist über den interessanten Fall leider nicht bekannt.

Im Anschluss daran erörtert V. die interessante Frage der Haftpflicht der Sachverständigen.

Ladet die Partei den Sachverständigen, so sind für die zivilrechtlichen Beziehungen zwischen ihnen die gesetzlichen Vorschriften über den Dienstvertrag (B. G. B. § 611 ff.) massgebend; auf den Erfolg der Dienstleistung kommt es hierbei nicht an. Der Sachverständige hat die Dienste mit der vollen, im Verkehr erforderlichen Sorgfalt zu leisten. Der Grund der Haftung liegt in der schuldhaften Verletzung der Vertragspflicht. An eine vorsätzliche Verletzung der Pflicht wird man weniger denken als an eine fahrlässige. Nicht der Irrthum, sondern nur die thatsächliche Unkenntniss von solchen Thatsachen, die dem Schuldner auch bei angemessener Vorsicht und Sorgfalt verborgen bleiben könnten, schliesst die Fahr-

lässigkeit aus. Natürlich muss die Partei bei der Auswahl der Sachverständigen vorsichtig vorgehen. Die Art und Grösse des Schadens richtet sich nach der jeweils vorliegenden Ursache und Wirkung der Schädigung und beurtheilt sich nach den Grundsätzen des B. G. B. über den Schadensersatz.

Ertheilt der Sachverständige einen blossen Rath, ohne dass ein Vertragsverhältniss vorliegt, und geht die Partei dann selbständig vor, dann kann der Sachverständige wegen der schädigenden Wirkung der Rathsertheilung nicht zur Verantwortung gezogen werden (cf. § 676, St. G. B.).

Der öffentlich bestellte Sachverständige haftet für unrichtige d. h. fahrlässig ertheilte Gutachten allein: eine Erweiterung der Haftpflicht auf den Staat giebt es nicht.

Ernst Schultze.

Das Zeugnisverweigerungsrecht weiblicher Aerzte in Strafsachen.

Von Ernst Auerbach.

(Juristische Wochenschrift XXXI, Nr. 48-51.)

Vor Kurzem hat die Strafkammer des Frankfurter Landgerichts den im Ausland approbirten Aerzten und Aerztinnen das auf Grund des § 52 St. P. O. den „Aerzten“ zustehende Zeugnisverweigerungsrecht abgesprochen.

Verfasser setzt auseinander, dass diese Auffassung unrichtig ist. Er betont, dass sich in den Vorarbeiten zur St. P. O. nirgendwo eine Definition des Begriffs „Arzt“ findet. Der Sprachgebrauch entscheidet mithin, also wird der Hauptwerth gelegt auf die wissenschaftliche Durchbildung und den ertheilten wissenschaftlichen Befähigungsnachweis. Man mache aber keinen Unterschied zwischen in- und ausländischen Aerzten, zwischen Männern und Frauen. Eine solche Auffassung decke sich auch mit dem Geiste und der Tendenz der St. P. O., die mit dieser Bestimmung das zwischen Arzt und seiner Klientel bestehende Vertrauensverhältniss mit Absicht zu zerstören vermeidet. Der Kurpfuscher brauche deshalb durchaus noch nicht unter den § 52 zu fallen, da er ohne ärztliche Vorprüfung, ohne staatliche Approbation Menschen zu heilen, d. h. in das ärztliche Gewerbe hineinzupfuschen suche. Das Zeugnisverweigerungsrecht steht auch dem Studenten der Medizin zu, der einen approbirten Arzt vertritt (was nicht zulässig ist), ebenso wie dem Referendar, der an Stelle des Anwalts handelt.

Ernst Schultze.

Chirurgie.

Ueber einen Fall von Luxatio centralis capitis femoris mit Darmruptur.

Von Dr. Katz.

(Aus der chir. Univ.-Klinik zu Freiburg; Dir. Hofrath Professor Dr. Kraske.)

(Bruns Beiträge zur klin. Chirurgie, 33. Band, Heft 2.)

Einem Zimmermann, welcher mit dem Abladen von Baumstämmen von einem Rollwagen beschäftigt war, fiel ein schwerer Stamm gegen die linke Hüfte und rollte über den zu Boden Geworfenen hinweg. Der Verletzte wurde bewusstlos in die Klinik gebracht. Hier fand sich das linke, nach aussen rotirte und extendirte Bein stark verkürzt und aktiv nicht beweglich. Bei starkem Zug glich sich die Verkürzung aus, beim Nachlassen stellte sich die frühere Lage wieder her. Die linke Beckenhälfte zeigte abnorme Beweglichkeit. Das Abdomen war aufgetrieben und gespannt, seine Berührung schmerzhaft, der Klopfeschall tympanitisch, in der Regio iliaca, besonders links, gedämpft.

Der Verletzte starb 1 Stunde nach Einlieferung in die Klinik. Die Sektion ergab: mehrfache Sprungbildung des

Beckens, Perforation der Pfanne, Abreissung des Colon descendens von der Flexura sigmoidea. Kothaustritt in die Bauchhöhle.

Verf. berichtet im Anschluss an diesen Fall über weitere in der Literatur niedergelegte 10 ähnliche Beobachtungen und bespricht eingehend Aetiologie, Diagnose und Komplikationen der Verletzung.
Niehues-Berlin.

Ueber die traumatischen Luxationen des Fusses im Talokruralgelenk mit Anschluss eines einschlägigen Falles eigener Beobachtung.

Von Stabsarzt Dr. Coloman Gömöry-Brünn.
(Wiener med. Wochenschr. 1902, No. 17-20.)

Verf. bringt auf Grund der vorhandenen Literatur den jetzigen Stand unserer Kenntnisse über die Verrenkungen des Fusses im Talokruralgelenk zur Darstellung und berichtet über eine eigene Beobachtung, eine Luxation nach hinten, welche mit einem Bruch der Fibula verbunden war. Die hauptsächlichsten Symptome bestanden in: Plantarflexion des Fusses Verkürzung des Fussrückens, Verlängerung der Ferse, Vorspringen der Gelenkfläche der Tibia und der Strecksehnen auf dem Fussrücken und der Achillessehne an der Ferse, sowie Krepitation über dem äusseren Knöchel.

Der Reposition, welche durch leichten Zug ohne alle Schwierigkeit gelang, folgte die übliche Behandlung mit Gipsverband, Massage u. s. w. Es steht völlige Wiederherstellung bevor.
Niehues-Berlin.

Fussgeschwulst, Knochenbruch und Knochenhautentzündung.

Von Stabsarzt Dr. Blecher-Brandenburg.
(Deutsche militärärztliche Zeitschrift, 31. Jahrg., Heft 6.)

Bl. untersuchte 78 Soldaten, die an Fussgeschwulst (Oedem) erkrankt waren, mittelst Röntgenstrahlen und fand bei 30 einen Bruch eines Mittelfussknochens, eine Zahl, welche im Vergleich zu anderen Autoren ganz ausserordentlich klein ist. Bl. diagnostiziert allerdings nie eine Fraktur, ohne dass er den Bruchspalt auf dem Bilde sieht, selbst dann nicht, wenn sich nach einiger Zeit auf dem Röntgenbilde ein zu beiden Seiten der Diaphyse gelegener spindelförmiger Schatten zeigt. Er deutet diesen nicht als Kallus, sondern als periostitische Auflagerung. Hiernach folgert Verfasser:

1. Bei jeder Fussgeschwulst handelt es sich um eine Theiligung eines Mittelfussknochens.

2. In einer Anzahl (nach unserer Zusammenstellung etwa $\frac{1}{3}$) der Fälle liegt ein Bruch oder eine Infraktion vor mit oder ohne deutlich nachweisbarer Bruchlinie oder Bruchspalt, mit später deutlich umschriebenen Kallus. (Bei der Berechnung sind aber nur Fälle mit sichtbarem Bruchspalt als Frakturen angesehen worden. Ref.)

3. In den übrigen Fällen ($\frac{2}{3}$) handelt es sich um eine Knochenhautentzündung; dieselbe giebt Anfangs keinen oder doch nur sehr geringen Befund (schmalen Schattenstreifen am Knochenrande), später (etwa von 6 Wochen ab) eine gleichmässige oder spindelförmige ein- oder doppelseitige Verbreiterung des Knochenschattens ohne Unterbrechung der Kortikalis und Markhöhle.
Niehues-Berlin.

Trauma und Plattfuss.

(Aus der orthopäd. Klinik des Dr. med. Schanz in Dresden.)

Von Dr. M. Karch-Aachen.
(Monatsschrift für Unfallheilkunde IX. Jahr., No. 4.)

Zu den schwierigsten Aufgaben des begutachtenden Arztes gehört die Beurtheilung derjenigen Beschwerden, welche sich

bei Arbeitern im Anschluss an eine Verstauchung, eine Quetschung oder einen Bruch des Fusses einstellen und meist auf einen sich entwickelnden Plattfuss zurückzuführen sind. Da anatomische Grundlagen fehlen, so ist der Arzt auf die Angaben und Klagen des Verletzten angewiesen, doch lässt sich auch aus ihnen, aus richtig gestellten Kontrollfragen und auf Grund peinlichst genauer Untersuchung ein richtiges Urtheil gewinnen.

Allgemein bekannt sind die Klagen über Schmerzen, welche sich nach längerem Gehen besonders auf schlecht gepflasterten Wegen einstellen und von den Kranken in alle Theile des Fusses verlegt werden. Auf weichem nachgiebigen Boden gestaltet sich dagegen das Gehen viel ausdauernder und beschwerdefreier. Wird dieses von dem Verletzten gezeugnet, so macht er sich der Simulation verdächtig.

Die Kranken vermögen zuweilen frisch und aufrechten Ganges zum Arbeitsplatz zu kommen und verlassen ihn hinkend. Dieser Umstand, welcher ihnen oft den Vorwurf der Simulation einträgt, ist im Gegentheil eine Bestätigung der Richtigkeit ihrer Klagen, da die Schmerzen mit Benutzung des Fusses zunehmen.

Untersuchen wir den kranken Fuss, so fällt uns zunächst nichts auf. Eine Messung der Waden ergiebt jedoch eine Differenz zu Ungunsten der verletzten Seite. Die Muskeln sind durch den immobilisirenden Verband und später durch freiwillige Schonung atrophisch geworden. Die Muskulatur fühlt sich schlaff an, das Fussgewölbe ist mitunter, nicht stets, etwas eingesunken und flacht sich bei stärkerer Belastung noch mehr ab. Die Zehen sind zuweilen weniger geschmeidig als die des gesunden Fusses, einzelne stehen in leichter Krallenstellung.

Sehr schön lassen sich diese Thatsachen auf Fussabdrücken, die nur auf berusstem Papier gemacht werden sollten, demonstrieren. Schon bei normaler Belastung finden wir einen, wenn auch minimalen Unterschied in den Abdrücken beider Füße. Die Abdrücke der Zehen des erkrankten Fusses sind kleiner, da diese in Folge der geringen Krallenstellung steiler aufgesetzt werden. Dies tritt besonders schön an der grossen Zehe zu Tage, wo sich zwischen Zehen- und Fussballen der Abdruck eines Hautwulstes findet, welcher durch die stärkere Krümmung der Zehe hervorgerufen wird. Der Unterschied in den Fussabdrücken beider Füße wird noch deutlicher bei stärkerer Belastung des Körpers. (Am zweckmässigsten setzt sich ein Mann auf die Schultern des Kranken.) Der Abdruck des gesunden Fusses bleibt fast unverändert; nur eine leichte Verbreiterung in der Gegend des Mittelfusses tritt auf, ein Zeichen, dass das Fussgewölbe etwas nachgegeben hat. Bei dem kranken Fuss berührt mehr oder weniger die ganze Sohle den Fussboden und lässt einen Abdruck auf dem Papier zurück, welcher gegenüber dem ersten sehr verbreitet erscheint. Freilich wird der typische Abdruck eines Plattfusses nie erreicht.

Während wir bei ausgebildetem Plattfuss stets die Innenseite des Absatzes schiefgetreten finden, vermissen wir dieses Zeichen bei beginnendem Plattfuss oft, können vielmehr das Gegentheil, ein Ablaufen an der Aussenseite des Absatzes, konstatieren. Dies ist eine Folge des unbewussten Dranges, den Fuss in leichte Supinationsstellung zu bringen, da er so die wenigsten Beschwerden verursacht. Bekanntlich ruft passive starke Supination, einen anhaltenden, stechenden Schmerz hervor, ein Zeichen, das bei der Beurtheilung gleichfalls verwerthet werden kann.

Schliesslich kann die Diagnose eines beginnenden Plattfusses noch ex juvantibus unterstützt werden. Eine gut

passende nach dem Fuss gearbeitete Plattfusseinlage in den Stiefel pflegt alle Beschwerden mit einem Schlage zu heben.

Verf. schliesst seine lehrreiche Arbeit mit dem nicht oft genug zu wiederholendem Rath, nach Abschluss der Behandlung jedes Unterschenkelbruches, jeder schweren Distorsion und Kontusion des Fussgelenks den Verletzten für längere Zeit eine Plattfusseinlage tragen zu lassen. So kann die Frequenz des traumatischen Plattfusses erheblich vermindert werden.

Niehues-Berlin.

Traumatische Tarsusverschiebungen.

Aus der Züricher chir. Klinik; Dir. Prof. Dr. Krönlein.

Von Dr. H. Zuppinger.

(Bruns Beiträge zur klin. Chirurgie, 33. Bd., Heft 3.)

Verf. fand auf Grund von zahlreichen Röntgen-Aufnahmen, dass die Funktionsstörungen, welche sich oft an Fussdistorsionen, Knöchelbrüche oder geheilte Unterschenkelfrakturen anschliessen, häufig auf eine Verschiebung des Tarsus zurückzuführen sind. Auf dem Röntgenbilde überragt das sonst in gleicher Ebene liegende Caput tali das Navikulare bis zu 1 cm; an diese fast konstante Verschiebung können sich Lageveränderungen weiterer Knochen anschliessen.

Verf. fand diese Tarsusverschiebungen bei allen Brüchen des äusseren Knöchels, bei isolirtem Bruch des Proc. posterior tali, bei Unterschenkelbrüchen, welche mit Rekurvation ausgeheilten u. s. w.

Es besteht meist allgemeiner Schmerz im Tarsus, der sich bei Belastung und Dorsalflexion erheblich steigert und sich häufig zwischen den Knöcheln lokalisiert. Der Kranke geht auf der Fussspitze und belastet den verletzten Fuss möglichst wenig.

Es ist auffallend, dass sich die Verschiebung, selbst bei stärkster Verschiebung, nicht durchfühlen lässt.

In den meisten Fällen erfolgt eine Rückbildung der Verschiebung in wenigen Monaten.

Niehues-Berlin.

Die typischen Rissfrakturen des Fersenbeins.

Von Dr. Ernst Fuchsig, Assistenten der Abtheilung.

Aus der chirurgischen Abtheilung des k. k. Kaiser Franz-Josef-Spitals in Wien. (Vorstand: Primarius-Dozent Dr. Jul. Schnitzler).

(Wiener medizinische Presse, 1902, Nr. 24/25.)

Im Jahre 1883 stellte Maydl den Satz auf, dass bei Rissbrüchen des Fersenbeins 2 Kräfte wirksam seien, nämlich „eine gewollte oder reflektorische Muskelaktion, überwunden durch eine im Körpergewicht liegende Kraft.“ Sie greifen an dem langen, durch den Vordertheil des Fusses gebildeten Hebelarm und an dem kurzen, durch den Fersentheil des Calcaneus gebildeten, an; der Hebelunterstützungspunkt liegt im Sprunggelenk. Diese Ansicht wird durch die vom Verfasser zusammengestellten eigenen und fremden Fälle, welche durch Radiogramme kontrollirt sind, gerechtfertigt.

Bei den typischen Rissbrüchen verläuft die Bruchlinie, beginnend zwischen den Ansätzen der Plantarfascie und der Achillessehne in leicht nach oben konvexem Bogen nach vorn gegen die Gelenkfläche hin, ohne diese jedoch zu erreichen; ihre Richtung folgt im Allgemeinen derjenigen der Knochenbälkchen.

Das Auseinanderweichen der Bruchstücke richtet sich direkt nach der Grösse der Gewalt der einwirkenden Kräfte und ist umgekehrt proportional der Knochenfestigkeit; Verbreiterung der Ferse in Folge Blutaustritts, eine mehr oder weniger deutliche und entsprechend durch Betastung nachweisbare Grube an der Rückseite der Ferse hängen von ihm ab und sind beim niedrigsten Grad des Auseinanderweichens,

der Fissur, unmerklich; Schmerzen beim Auftreten und Druckempfindlichkeit sind dann die einzigen Symptome; die bei Calcaneusbrüchen womöglich stets anzuwendende Kontrolle der Diagnose durch Radiographie wäre bei den Fissuren am nothwendigsten. Als einzig rationelle Therapie bei irgendwie erheblicherer, die Prognose der Gebrauchsfähigkeit trübender Dislokation lässt Verfasser die Knochennaht gelten, bei geringerer, Ruhigstellung des Fusses für 14 Tage, darauf Bewegungen und Massage.

Seelhorst.

Neurologie und Psychiatrie.

Ein Beitrag zur Lehre von der periodischen Manie.

Von Erwin Strausky.

(Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. 1902. Juni.)

Die Anfälle der auf eine cerebrale Herdläsion zurückzuführenden periodischen Manie können auch von körperlichen Störungen (Facialisparese, Zungentremor, Lidspaltendifferenz, Pupillendifferenz, Pupillenstörungen, Steigerung oder Fehlen der Sehnenreflexe, Sprachstörungen, klonische Zuckungen) begleitet sein; da dabei noch Grössenideen auftreten können, so liegt die Gefahr einer Verwechslung mit progressiver Paralyse sehr nahe, wie das eine ausführlich mitgetheilte Krankengeschichte darthut.

Die richtige Diagnose ermögliche eine Analyse der Sprachstörung, die entsprechend dem manischen Gesamtbild in einem Uebermass von kortikaler Innervation besteht, also kein Silbenstolpern, Verstellungen, Verschleifungen aufweise; es fehlt auch die charakteristische Schreibstörung der Paralytiker. Ferner sind zu verwerthen das stetige Schwanken im Verhalten der Pupillenweite und der Reflexe, der Mangel der Gedächtnisstörungen, der Charakter der Grössenideen, die nicht über den Bereich des Möglichen hinausgehen, das Fehlen negativer Störungen und vor Allem die Vorgeschichte.

Ernst Schultze.

Die Systematik der Intoxikationspsychosen.

Von Paul Heiberg.

(Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. 1902. April.)

Verf. schlägt als eine feste Grundlage für eine vorläufige Systematik der Intoxikationspsychosen vor eine Gruppierung der Krankheiten nach der chemischen Verwandtschaft der wirksamen Stoffe. Es lassen sich drei Gruppen unterscheiden, je nachdem ob das Gift der Reihe der Fettkörper (Chloroform, Jodoform, Alkohol, Aether, Paraldehyd, Chloral, Sulfonal), der aromatischen Körper (Salicylsäure) oder der Alkaloide (Atropin, Cocaïn, Morphin, Nicotin, Chinin etc.) zugehört. Des Genaueren führt er aus, dass die durch Fettkörper bedingten Psychosen auch nach der klinischen Seite hin einander ähneln; er vermuthet, dass die Wirkung der Körper dieser Gruppe besonders auf ihre Fähigkeit, fettähnliche Stoffe aufzulösen, zurückzuführen ist.

Ernst Schultze.

Beiträge zur Kenntniss des Delirium tremens der Morphinisten.

Von Karl Abraham.

(Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. 1902. Juni.)

Verf. giebt die genaue Schilderung eines selbst beobachteten Falles von Morphinumdelirium. Die psychischen Erscheinungen weichen in seinem Falle trotz mannigfacher Analogien wesentlich von denjenigen des Alkoholdeliriums ab. Der Patient vom Verf. zeigte eine keineswegs ängstliche, vielmehr gehobene Stimmung, eine weniger intensive Trübung des Bewusstseins, geringe Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit, Fehlen der Ablenkbarkeit, einen geordneten Ablauf der Vorstellung, Erhaltensein der Orientirung, eine gewisse Veränderung

des Ichbewusstseins, intakte Merkfähigkeit, eine gewisse Krankheitseinsicht und schliesslich ein Ueberwiegen der Halluzinationen unter den Sinnestäuschungen. Ernst Schultze.

Zur Kenntniss der Starkstromverletzungen.

Aus dem Vereinshospital in Hamburg.

Von Dr. J. Jessen, Oberarzt der inneren Abtheilung.
(Münch. med. Woch. 1902, No. 5.)

Durch einen mehrere Minuten lang den Körper eines 46j. Mannes durchströmenden 500 Volt-Gleichstrom wurde nach einem kurzen Stadium der Benommenheit ein Zustand herbeigeführt, welcher sich in Kopfweg, Schwindel, Muskelzuckungen und Kriebelgefühlen, sowie Unsicherheit beim Gehen, Neigung, nach der Seite rüberzufallen, Abweichen der Zunge, Facialisparese, gesteigerten Reflexen, Pupillenungleichheit, zeitweise mit Zähneknirschen, Aufschreien und Niederfallen, stets ohne Bewusstseinsverlust äusserte. Gesichtsfeldeinschränkung, Erhöhung des Plantar- und Patellarreflexes, sowie Störungen der Sensibilität, bestehend in Hyperästhesien und Hypästhesien, stark ausgesprochenes Rombergsches Phänomen Tremor, Fehlen von Ataxie, sowie nachweisbaren Hirn- oder Organstörungen, Besserung durch suggestive Massnahmen machten die Diagnose traumatische Hysterie immer wahrscheinlicher. Dieselbe bestätigte sich durch Verschwinden der Beschwerden nach Vollaufnahme der Arbeit. Seelhorst.

Ohrenheilkunde.

Ueber Erkrankungen des inneren Ohres nach internem Gebrauch von Salicylpräparaten.

(Aus dem Ambulatorium für Ohrenkranke des Dozenten Dr. Ferdinand Alt in K. K. Krankenhause Rudolfstiftung in Wien.)

Von Dr. Max Scheyer.
(Wiener Med. Presse. 1902, No. 22.)

Verfasser beobachtete bei einer Patientin, deren Organe ausser einer gelenkrheumatischen Affektion ganz normal waren, nach sechstägigem Gebrauch von 2,5 Natrium salicylicum pro Tag ausser Kopfweg und Schwindel auch Schwerhörigkeit und Gleichgewichtsstörungen, welche über einen Monat andauerten. Seelhorst.

Spastische Mydriasis durch Fremdkörper im Ohr.

Aus der Lungenheilstätte Kottbus.

Von Dr. Bandelier, dirigirender Arzt.
(Münch. med. Woch. 1902, No. 21.)

Bei der Untersuchung des rechten Ohres einer Patientin, bei welcher eine Erweiterung der rechten Pupille bei erhaltener, wenn auch weniger ausgiebiger Reaktion derselben, bestand, wurde mit einem grossen Ceruminalpfropf eine Glassperle aus dem Gehörgang entfernt. Nach Beseitigung des Fremdkörpers verschwand die Pupillenungleichheit völlig.

Reizung der vasomotorischen Sympathicusäste des äusseren Ohres und der Paukenhöhle durch den Fremdkörper dürfte die Ursache des beobachteten Symptoms gewesen sein. Seelhorst.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

(Deutsche med. Wochenschr.)

Sitzung am 16. März 1902.

Herr Berger: Indirekte Folgen glatt geheilter Schussverletzungen.

Der für den Gerichts- und Unfallgutachter sehr bemerkenswerthe Vortrag enthält die Beschreibung von vier Fällen, deren jeder in seiner Art bedeutsam ist.

Ein 1870/71 durch den rechten Vorderarm Geschossener zeigte erst 20 Jahre später durch nachträgliche Narbenzerrung die ersten Anzeichen einer Lähmung des Nervus ulnaris und cutaneus brachii externus. — Ein Gewehrschuss durch den Unterarm heilte scheinbar glatt, nach fünf Wochen begann sich eine Lähmung des nicht unmittelbar betroffenen Nervus ulnaris auszubilden. — Ein Contourschuss vorn an der Brust, der beim Sternoklavikulargelenk eindrang, an der Achselfalte austrat, ohne das Schultergelenk zu berühren, und primär heilte, zog nach drei Wochen eine Schultergelenkentzündung nach sich, die chronisch wurde. Ausserdem entstand am fünften Tage eine Brustfellentzündung links hinten unten, die gleichfalls chronisch blieb; angeregt war sie jedenfalls durch den Gegenstoss.

Herr Martens: Zur Kasuistik der Schussverletzungen des Magens.

Bei einem Mädchen, das sich eine Stunde zuvor einen Revolverschuss in den Bauch beigebracht hatte, trat bald nach der Einlieferung starkes Erbrechen reinen Blutes ein. Nach Eröffnung der Bauchhöhle erschienen die Eingeweide — in Folge einer in der Kindheit durchgemachten Bauchfellentzündung — fest verklebt. Nach dem Verlauf des Schusskanals musste die Wunde am Magenmunde sitzen, aber es war kein Herabziehen oder Freilegen möglich. Nach Schluss der Bauchwunde dauerte das Blutbrechen nur noch kurze Zeit, die Verletzte starb unter Erscheinungen eines Ergusses in die linke Rippenfellhöhle, der sich bei der Sektion als Blutung erwies.

Herr Wiemuth: Drei schwere, geheilte Schädelverletzungen.

Ein riesige Zertrümmerung des Stirnbeins und der Gehirnmasse darunter durch Pferdehufschlag heilte mit vollständiger Knochendeckung so restlos, dass der Verletzte wieder wie früher als Schreiber arbeiten kann und keine Beschwerden hat. Die zertrümmerten Knochenstücke, die zur Deckung verwandt wurden, stiessen sich anfangs aus, dann wurden sie ausgekocht, wieder eingesetzt und heilten nun an.

Aehnlich war die zweite Verletzung, nach der anfangs lange Zeit Bewusstlosigkeit mit klonischen Krämpfen, nachher längere Zeit motorische Aphasie bestand, und die jetzt bis auf geringe Kopfschmerzen folgenlos geheilt ist.

Im dritten Falle handelt es sich um einen Lanzenstich, der über dem linken Mundwinkel eindrang, unterhalb des Auges austrat und dann wieder in das obere Lid eindrang. Es bildete sich ein Abscess im Stirnhirn, der durch Operation geheilt wurde. Kopfschmerz und Schwindel besteht zuweilen noch.

Herr Wiemuth: Pulsirender Exophthalmus links in Folge Schussverletzung.

1895 Selbstmordversuch, Schuss in die rechte Schläfe. Seiner Zeit musste wegen Hornhautentzündung durch Lähmung des oberen Trigeminausastes das rechte Auge entfernt werden. Ein halbes Jahr nach der Verletzung begann sich links die pulsirende Vortreibung des linken Auges zu entwickeln. Zweimal ist die grosse Halsschlagader rechts mit nur vorübergehendem Erfolge unterbunden worden. Bei Druck auf das wieder pulsirende Gefäss verschwindet ein den Augapfel umgebender Venenkranz. Druck auf die linke Halsschlagader ist nutzlos, hat sogar deutlich üble Folgen für das Sehvermögen.

Herr Schäfer: Ueber Milzstichwunden und ihre transdiaphragmatische Behandlung.

Die Milzstichwunden durchbohren stets Brust- und Bauchhöhle. Ihre Behandlung erfolgt am zweckmässigsten von der Brusthöhle aus durch das Zwerchfell.

In der Diskussion berichtet Herr König über einen Fall

von Milzverletzung durch Fall auf eine Stahlkante. Die Verletzte hatte erbrochen; sie hatte einen überall gleich weichen Bauch. Starke Flüssigkeitsansammlung war darin nachweisbar. Die Milz war in grosser Ausdehnung eingerissen und wurde kurzer Hand entfernt. Es trat Heilung ein.

Herr **Hildebrandt**: Schädelgeschüsse (Mittheilungen aus Transvaal).

a) Tiefer Streifschuss, durch ein Mantelgeschoss aus 100 Meter Entfernung. Im Seitenwandbein und Stirnbein findet sich ein 6 cm langer Spalt, in der Mitte bis zu 2 cm breit, nach den Enden sich rasch verschmälernd. Hier ist der Knochen (äussere und innere Tafel) weggerissen. Von beiden Enden gehen Sprünge in derselben Richtung, ein dritter Sprung von der breitesten Stelle abwärts.

b) Aufschläger-Streifschuss: Wiederum ein Spalt, der in der Mitte am breitesten ist, die Sprünge bilden, von der Mitte an gerechnet, ein Kreuz. Trotz ungemein ausgedehnter Hirn-Abscessbildung lebte der Verletzte noch 12 Tage.

c) Tangentialschuss: Ovale Ein- und Ausschussöffnung, nicht weit von einander, durch einen Knochensprung verbunden.

d) Aufschläger-Volltreffer. Wie die meisten derartigen Schüsse unmittelbar tödtlich geendet.

Die Prognose der Schädelgeschüsse hängt von der Entfernung und der Schussrichtung ab. Je näher das Geschoss am Schädelgrunde verläuft, desto ungünstiger. Alle unmittelbaren Verletzungen der mittleren und hinteren Schädelgrube sind tödtlich, die der vorderen nicht ausnahmslos. Querschüsse sind günstiger als Längsschüsse, unter ersteren die durch das vordere Drittel des Schädels am günstigsten. Senkrechte Schädelgeschüsse heilen nur im vorderen Abschnitt bisweilen. Die grösste mittelbare Gefahr, die noch nach Monaten droht, ist der Gehirnabscess. Was aus den Geheilten wird, ist noch nicht zu ermessen. H. hat unter ihnen keinen geistig ganz Normalen gesehen, weiss aber durch Dritte, dass Einige zur Truppe zurückkehren konnten. Diese mussten jedoch zum Theil wegen heftiger Kopfschmerzen in der Hitze wieder weggeschickt werden. Auch Epilepsie wurde beobachtet.

Trepanation räth Vortr. bei den im Felde herrschenden Verhältnissen nur bei ungestillter Blutung im Schädelinnern oder bei festgestelltem Hirnabscess unbedingt an.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Möbius, Ueber den Kopfschmerz. Halle a. S. Verlag von Carl Marhold 1902. 46 Seiten.

Der Verfasser wünscht in der vorliegenden Schrift eine medizinische Plauderei für Laien zu geben, aber auch dem Arzte dabei anregend zu sein. Die Art und Weise, wie er seiner Aufgabe gerecht wird, ist originell, wie Alles was M. schreibt, fordert aber doch an verschiedenen Punkten zum Widerspruch heraus. Als ein besonderer Vorzug muss hervorgehoben werden, dass M. gegen den kritiklosen Gebrauch des Wortes „Kopfschmerz“ zu Felde zieht. Er erblickt als die Ursache desselben die „Kopfschmerzenveränderung“. Wie er diesen Zustand definirt und aus ihm den Begriff des Kopfschmerzes ableitet, das möge man im Original nachlesen. Ob damit viel erreicht wird, steht dahin, immerhin ist der Versuch, Besserung zu schaffen, nur mit Freuden zu begrüssen.

Im zweiten Theile wird die Behandlung besprochen. Da M. auf dem Standpunkte steht, dass die meisten Kopfschmerzen durch chemische Vergiftungen entstehen, ist er ein grosser Freund der medikamentösen Behandlung, des „Gegengiftes“. Hier geht er entschieden zu weit. Abgesehen davon, dass doch auch noch andere Ursachen der Kopfschmerzen vorhan-

den sind als nur chemische, ist die einseitige Betonung der medikamentösen Therapie gefährlich wegen ihrer Konsequenzen. Die anderen Heilmethoden, speziell die physikalischen, kommen schlecht weg. Sehr schön ist, was M. über die Schwierigkeiten sagt, die der Behandlung von Kopfschmerzen in unserem ganzen Kulturleben, unseren sozialen Verhältnissen entgegentreten, wenn er auch vielleicht die Farben etwas zu schwarz aufträgt.

Das Schriftchen sollte von Jedem gelesen werden, der an einer streng logischen Denk- und Schreibweise Freude hat. Es ist sehr eigenthümlich. Der Arzt wird für die Praxis nicht viel finden, aber es regt zum Nachdenken an und das ist nicht das geringste Lob, das man einem Werke nachsagen darf!

Windscheid-Leipzig.

Matthes, V. M. Spätblutungen ins Hirn nach Kopfverletzungen, ihre Diagnose und gerichtsarztliche Beurtheilung. (Sammlung klinischer Vorträge, begründet von Richard von Volkmann, neue Folge, herausgegeben von E. v. Bergmann, Friedrich Müller und F. v. Winckel. No. 322. 22. Heft der 11. Serie. Ausgegeben Dezember 1901.)

Verfasser bespricht zunächst die Art und Weise, wie ein Trauma am Gehirn und seinen Häuten wirken kann und stellt dann den Begriff der eigentlichen traumatischen Spätapoplexie fest: Art der Kopfverletzung, Länge der Zeit zwischen ihr und der Apoplexie sind die beiden Dinge, auf welche die Diagnose zu achten hat. Einige charakteristische Fälle aus der Literatur werden mitgetheilt. Das Trauma an und für sich kann ganz geringfügig sein, selbstredend auch schwerer Natur, auf seine Intensität kommt es nicht weiter an. Der Weg, auf dem dann die Apoplexie eintritt, ist der der Gefässveränderung, es muss der Nachweis des traumatischen Ursprungs der Gefässdegeneration geführt oder die Verschlimmerung eines schon vor dem Unfall vorhanden gewesenen Gefässleidens nachgewiesen werden. Diese Dinge werden näher besprochen und schliesslich die Bedeutung der traumatischen Spätapoplexie für forensische Fälle hervorgehoben, wobei M. sehr zur Vorsicht in Bezug auf Zusammenhang mahnt.

Windscheid-Leipzig.

Gebührenwesen.

Zur Liquidation in Entmündigungssachen.

Zu dem in voriger Nummer erschienenen Artikel des Dr. Schultze-Andernach zur Liquidation in Entmündigungssachen erlaube ich mir einen kleinen Beitrag zu liefern, aus dem hervorgeht, dass nicht nur die Zahl der gemachten Vorbesuche beanstandet werden kann, sondern auch die Vornahme nur eines einzigen Vorbesuchs.

Ich hatte am 14. März d. J. von dem Amtsgericht V. eine Ladung erhalten, wonach ich als Sachverständiger in einem Entmündigungstermin vernommen werden sollte; alle näheren Angaben über den Zustand des zu Entmündigenden fehlten. Nach der Bestimmung des Runderlasses vom 28. April 1877, dass die Sachverständigen sich von dem Gemüthzustande der fraglichen Personen vor dem Vernehmungstermine durch Besuche des zu Entmündigenden u. s. w. die erforderliche Kenntniss zu verschaffen haben, machte ich am 14. einen Vorbesuch, die Auszahlung der hierfür geforderten Gebühren wurde mir aber trotz mehrfacher Gegenvorstellungen verweigert. Als Grund hierfür wurde von dem Amtsgericht angegeben, dass nur die Vernehmung des S. unter Zuziehung eines Sachverständigen gem. § 654 Z. Pr. O. angeordnet worden sei, das Gericht habe bei der Einfachheit der Sachlage beabsichtigter Weise von Anordnung eines Vorbesuches Abstand genommen

und würde, wenn nöthig, die Vornahme eines Vorbesuches veranlasst haben; wenn der Sachverständige einen solchen für nöthig erachtet hätte, so würde eine Anfrage bei Gericht Klarheit geschafft haben.

Die hieraufhin von mir bei der Zivilkammer des Landgerichts S. eingelegte Beschwerde wurde für begründet erachtet; der Beschluss lautet folgendermassen:

Aus der Ladung am 13. März 1902 ergibt sich in keiner Weise, dass der Geladene nur zur Vernehmung des Entmündigten gemäss § 654 Z. Pr. O. als Sachverständiger zugezogen werden sollte, vielmehr besagt der Wortlaut der Ladung, dass der Beschwerdeführer zum Sachverständigen ernannt sei und zu seiner Vernehmung auf Anordnung des Amtsgerichts V. zu dem eben angegebenen Termine geladen werde.

Aus dem Worte „Vernehmung“ musste der Geladene entnehmen, dass er im Termine ein Gutachten erstatten solle. Da der Sachverständige, wie er angiebt, ohne jegliche Kenntniss der Sachlage war, die zwischen Ladung und Termin liegende Frist auch so kurz bemessen war, dass er befürchten konnte, durch einen weiteren mit Rückfragen an das Amtsgericht nothwendig verbundenen Zeitverlust der Sache zu schaden, so muss seine Entschliessung, sich die für sein Gutachten nothwendigen Grundlagen durch einen Vorbesuch bei dem Anton S. zu verschaffen, als durchaus im Interesse der Sache liegend angesehen werden. Sein Verfahren entspricht auch der für ihn bestehenden Instruktion, Runderlass des Ministers der Medizinalangelegenheiten vom 28 April 1887. Wollte das Amtsgericht einen Vorbesuch vermeiden, so hätte es klarer in der Ladung zum Ausdruck bringen müssen, zu welchem Zwecke die Vorladung erfolgte und ev. dass ein Vorbesuch nicht erforderlich sei.

Hiernach erscheint die Beschwerde begründet. Dem Sachverständigen waren daher für den nach Lage der Sache erforderlichen Vorbesuch Tagegelder und Diäten festzusetzen.“

Med. Rath Dr. Schubert,
Kreisarzt in Saarbrücken.

Tagesgeschichte.

Massnahmen zur Bekämpfung der Tuberkulose.

Ein bemerkenswerther Erlass, betreffend Massnahmen zur Bekämpfung der Tuberkulose ist unter dem 14. Juli d. J. in Oesterreich von dem Ministerium des Innern nach den Anträgen des obersten Sanitätsraths ergangen.

Einleitend betont der Erlass, dass er bei der Durchführung der Massnahmen auf die bereitwillige verständnisvolle Mitwirkung der verschiedenen Behörden, Verwaltungen, Korporationen u. s. w., vor Allem aber auch auf die eifrige Unterstützung aller die Praxis ausübenden Aerzte angewiesen ist. Nach einer kurzen Darstellung der verschiedenen Verbreitungswege der Tuberkulose wendet sich der Erlass zu den Massnahmen der Verhütung, die als obligatorische und empfehlenswerthe unterschieden werden. Der die obligatorischen Massnahmen betreffende Theil des Erlasses hat folgenden Wortlaut:

Obligatorische Massnahmen.

a) Allgemeiner Art.

Bei jeder Erkrankung an Tuberkulose ist es Pflicht der Pfleger des Kranken und dieses selbst, den infektiösen Hustenauswurf und etwaige andere tuberkulöse Ausscheidungen (Geschwürsekret) zuverlässig unschädlich zu machen und hierdurch die Weiterverbreitung der Tuberkelkeime hintanzuhalten.

Zu diesem Zwecke sind nachstehende Verhaltensmassregeln unbedingt zu beobachten:

Sobald ein Erkrankungsfall beim behandelnden Arzte den Verdacht auf Tuberkulose erweckt, ist die mikroskopisch-bakteriologische Untersuchung der diagnostisch wichtigen Exkrete thunlichst bald zu veranlassen.

Ist die Tuberkulose konstatirt, so ist nach Thunlichkeit Sorge zu tragen, dass dem Kranken — unbeschadet der humansten Pflege — ein abgesonderter Schlafraum, jedenfalls aber ein eigenes Lager, eigene Bett- und Leibwäsche, eigene Kleidung, eigene Wasch- und Speiserequisiten beige stellt werden.

Das Sputum des Kranken darf fortan in und ausser dem Hause, worauf der Arzt mit dem ganzen Nachdrucke seiner Autorität zu dringen hat, nur in hierzu bereitzuhaltende Aufnahmebehälter (Spucknapfe, -Schalen, -Fläschchen u. dergl.) — unter Vermeidung des Ausspuckens auf den Boden oder in das zur Reinigung der Nase bestimmte Taschentuch — beseitigt werden.

Beim Husten hat sich der Kranke nach Weisung des Arztes geeigneter, vor den Mund zu nehmender Schutzvorlagen zu bedienen, um das Versprühen des Sputums zu vermeiden.

Diese und alle mit tuberkulösen Infektionsstoffen verunreinigten Gebrauchsgegenstände sind, insofern sie nicht, wie z. B. Verbandstoffe, wegen Werthlosigkeit sofort verbrannt werden können, bei Vermeidung jeder Manipulation, durch welche — wie beim gewaltsamen Entfalten geballter Schnupftücher — eingetrocknete Verunreinigungen verstäuben könnten, durch Auskochen, eventuell Desinfektion im Wasserdampfe oder mit chemischen Desinfektionsmitteln für den weiteren Gebrauch unschädlich zu machen.

Das Auskehren der Räume, in denen sich ein Tuberkelkranker befindet, hat stets auf feuchte Weise zu geschehen.

Das Entstauben von Staubtüchern durch Fenster oder andere Oeffnungen auf die Strasse ist allgemein polizeilich zu verbieten; die Entstäubung soll womöglich in einen zweckmässigen Kehrichtbehälter stattfinden, und der Kehricht verbrannt werden.

Die Leib- und Bettwäsche der Tuberkulösen ist mittelst Auskochens in Lauge oder Sodalösung oder Einlagerung in kalte zehnfach verdünnte Kresolseifenlösung durch 24 Stunden vor dem Waschprozesse zu desinfizieren.

Im Falle des Abganges eines tuberkulösen Kranken aus seiner Wohnung in Spitalspflege, beziehungsweise überhaupt beim Wechsel der Unterkunft, desgleichen im Falle seines Ablebens sind alle von ihm bisher benützten Gebrauchsgegenstände vor neuerlicher Verwendung durch Andere einer verlässlichen Reinigung und Lüftung an der Sonne, beziehungsweise nach ärztlicher Anordnung der Desinfektion zu unterziehen, und ist die von ihm verlassene Wohnung vor neuerlicher Benützung an Wänden und Fussboden gründlich zu reinigen und nach ärztlicher Anordnung gleichfalls zu desinfizieren.

Zur Pflege der Tuberkulösen sollen nur solche Personen verwendet werden, welche weder an Tuberkulose leiden, noch hierzu in evidenter Weise disponirt sind.

Das Pflegepersonal, beziehungsweise die Angehörigen des tuberkulösen Kranken sind vom behandelnden Arzte mit genauen Weisungen zu versehen, wie sie den Kranken in sanitätsgemässer Weise zu pflegen und sich selbst vor Ansteckung zu schützen haben. Insbesondere ist ihnen aufzu-

tragen, dass sie sich, gleich wie die Aerzte, nach einer etwaigen Verunreinigung der Hände oder anderer blosser Körperteile oder der Bekleidung durch tuberkulöse Ausscheidungen mit einer geeigneten Desinfektionsflüssigkeit reinigen, während der Hustenanfälle der Patienten nicht überflüssiger Weise den Körper in den Bereich der versprühten Schleimbläschen bringen oder sich vor deren Einathmung durch Bedecken von Mund und Nase schützen und sich der grössten persönlichen Reinlichkeit befleissigen.

Um bei der Bekämpfung der Tuberkulose wirkliche Erfolge zu erzielen, ist es nothwendig, dass alle beteiligten Personen, Kranke und Gesunde, in strengster Selbstdisziplin die Anordnungen des Arztes befolgen, beziehungsweise deren Befolgung selbst überwachen. Es ist nothwendig, dass Jedermann die Ueberzeugung erlange, dass ein auf den Boden entleertes Sputum eines Tuberkulösen eine Gefahr für ihn selbst enthalte, und dass er demgemäss ein Interesse und eventuell die Pflicht habe, Derartiges hintanzuhalten. Jedermann muss aber auch darauf achten, dass er nicht selbst Anderen ein schlechtes Beispiel gebe, und sich daher des Spuckens auf den Boden enthalten. Andererseits muss der Tuberkulöse erinnert werden, dass er vermeiden müsse, durch sorgloses Ausspucken eine Gefahr für die Anderen zu sein und er wird es vermeiden, sobald man ihn aufmerksam gemacht haben wird, dass die ersten Opfer seiner Unachtsamkeit die Mitglieder seiner Familie und die Personen seiner unmittelbaren Umgebung sein könnten.

Da es evident ist, dass die verbreitete Gewohnheit des Ausspuckens auf den Boden eine ebenso widerwärtige, als wegen der grossen Zahl der in der Gesellschaft lebenden Tuberkulösen, gefährliche Unsitte ist, muss derselben unablässig mit allen Mitteln entgegengewirkt werden.

Das Ausspucken auf den Boden wirkt minder schädlich auf offenen Strassen und Plätzen, weil die Tuberkelbazillen unter dem Einflusse des Sonnenlichtes und der Austrocknung im Freien bald abgetödtet werden. Um so verderblicher ist dessen Nachwirkung in geschlossenen, von Menschen zum Aufenthalt genommenen oder stark frequentirten Räumen.

Es ist daher dringend nothwendig, diese üble Gewohnheit im Wege der Volkserziehung sowohl durch Geltendmachung des Einflusses aller Gesitteten im öffentlichen Gesellschaftsleben als durch Volksbelehrung und insbesondere durch Unterweisung der Jugend in allen Lehr- und Erziehungsanstalten, sowie durch Anhaltung derselben zur Vermeidung der bezeichneten Unsitte allgemein abzustellen.

Dort, wo den staatlichen oder autonomen Behörden, öffentlichen Körperschaften und Unternehmungen eine unmittelbare Einwirkung auf die Bevölkerung zukommt, wird die Hintanhaltung des bezeichneten Uufuges durch direkte, unbedingte Verbote des Ausspuckens zu erreichen sein. Solche Verbote werden insbesondere bezüglich der öffentlichen Versammlungsorte wie z. B. Kirchen, Theater, Museen, Gasthäuser, Tanz- und Vergnügungsorte etc., dann bezüglich der einer Aufsicht oder Einflussnahme der erwähnten Behörden und Körperschaften unterstehenden Anstalten und Unternehmungen, wie z. B. Kanzleien, Schulen, Turnsäle, Spielplätze, Spitäler, Sanatorien, Irren-, Siechen-, Waisen-, Armenhäuser, Krippen, Kinderasyle und dergleichen, dann bezüglich der gewerblichen Betriebsanlagen, insbesondere der Fabriksäle, ferner in Kasernen, Nachtquartieren, Verpflegungsstationen, Gefangenhäuser und Detentionsanstalten und dergleichen, endlich bezüglich der öffentlichen Transportmittel für den Personenverkehr und der dazu gehörigen Betriebsräume, wie z. B. der Wartehallen auf Eisenbahnstationen,

der Personenwagen in Eisenbahnzügen, der Passagierräume auf Dampfschiffen, bezüglich der elektrischen und Pferdebahnen, Postwagen, Omnibusse, Miethwagen u. s. w. zu erlassen sein und ihre Strafsanktion in der kaiserlichen Verordnung vom 20. April 1854, R. G. Bl. Nr. 96, der Verordnung vom 30. September 1857, R. G. Bl. Nr. 198, der Gemeindeordnung, der Gewerbeordnung, der Eisenbahnbetriebsordnung, der Strafgerichtsinstruktion u. s. w. oder anderen besonderen Ordnungsvorschriften finden können.

Zugleich wird jedoch dafür vorgesorgt werden müssen, dass unter Beobachtung der gebotenen Anstandsrücksichten besondere für die Aufnahme des Sputums bestimmte und geeignete Gefässe — zur Hälfte mit feuchtem Desinfektionsmateriale oder Desinfektionsflüssigkeit gefüllt und am zweckmässigsten in einer Höhe von 0,9 Metern angebracht und mit einer entsprechenden Aufschrift versehen — zur Benützung des Publikums dieser Ubikationen bereit gehalten werden.

Selbstverständlich muss zuverlässig vorgesorgt werden, dass der Inhalt dieser Gefässe regelmässig nach Desinfektion in unschädlicher Weise beseitigt, eventuell nach Vermengung mit Torfnull oder Sägespänen verbrannt, und dass die Gefässe selbst durch Auskochung oder mittelst Karbolwassers (3%iger wässriger Lösung) oder des Lysitolwassers oder Lysolwassers (2%iger Lösung) gereinigt werden.

Wo immer der behandelnde Arzt bezüglich der Durchführung unumgänglich nothwendiger Massnahmen zur Hintanhaltung der Verbreitung der Tuberkulose auf unbehebbar Hindernisse stösst, ist er verpflichtet, die Mitwirkung der lokalen, eventuell staatlichen Sanitätsbehörde anzurufen.

Insbesondere ist er jedoch verpflichtet, die Anzeige des Bestandes der Tuberkulose in einem Haushalte oder einer Wohngemeinschaft zu machen:

- a) im Falle des Ablebens eines tuberkulösen Kranken.
- b) beim Wechsel der Wohnung oder Unterkunft des Tuberkulösen.

Zur Ablebensanzeige ist auch der Todtenbeschauer verpflichtet.

Die Anzeigepflicht der Aerzte über das Auftreten der Tuberkulose unter besonderen Verhältnissen wird im speziellen Theile festgesetzt.

b) Spezieller Art.

Diese allgemeinen Grundsätze, deren Geltendmachung **allen Aerzten bei Ausübung ihrer privaten Praxis** zur besonderen Pflicht zu machen ist, werden unter besonderen Verhältnissen eine Spezialisierung und Präzisierung erfahren müssen. Dies ist insbesondere der Fall hinsichtlich der Heil- und Pflegeanstalten jeder Art, seien es nun öffentliche oder private.

1. In Heilanstalten.

In Kranken-, Irren-, Gebärd-, Findel- und Armenanstalten, Siechenhäusern u. dgl., wo Pflegebedürftige in grösserer Anzahl gemeinsam untergebracht sind, wird der gesonderten Pflege der Tuberkelkranken in licht- und luftreichen, besonders rein zu haltenden, staubfrei zu reinigenden Räumen, der sorgfältigen Schulung des für solche Kranke bestellten Wartepersonales, der Desinfektion aller infizirten Gebrauchsgegenstände und der Unschädlichmachung der tuberkulösen Exkrete die peinlichste Aufmerksamkeit zu widmen, und werden alle Kranken und Pfleglinge zur hygienischen Selbstdisziplin, namentlich in Bezug auf unschädliche Beseitigung des Auswurfs in die ausreichend beizustellenden Spuckgefässe zu erziehen sein.

Es ist darauf zu halten, dass alle zur Hintanhaltung der Verbreitung der Tuberkulose dienlichen Massnahmen in allen Kranken- und Pflegeanstalten in musterhafter Weise zur Geltung gelangen, so dass die Kranken in denselben mit den betreffenden Verhaltensmassregeln vollständig vertraut werden, und die Spitalskrankenpflege der Tuberkulösen zum Vorbilde der rationellen Privatkrankenpflege dienen könne.

2. In Kurorten und Sommerfrischen.

Desgleichen werden diese allgemeinen Vorschriften in Ansehung der **Kurorte und Sommerfrischen** als Sammelstätten von Heilungs- und Erholungsbedürftigen eine besondere Verschärfung und Ausgestaltung erfahren müssen, namentlich bezüglich solcher Orte, welche von Tuberkulösen zur Wiedererlangung oder Besserung ihrer Gesundheit aufgesucht werden.

Insbesondere ist unbedingt nothwendig, dass mit der Kurordnung oder in eigens zu verlautbarenden Kundmachungen alle jene sanitären Verhaltensmassregeln angeordnet werden, nach welchen sich sowohl die Kranken selbst, als ihre Begleitung, als auch ihre Wohnungsgeber und Wirthe zum Zwecke der Vermeidung von Infektionsübertragungen zu benehmen haben. Die Kurverwaltungen und Kurgemeinden haben alle jene sanitären Vorkehrungen zu treffen, welche zur Beaufsichtigung und Instandhaltung der Unterkünfte tuberkulöser Kurgäste und zur exakten Handhabung des Desinfektionsdienstes erforderlich sind.

In Kurorten, in welchen rohe Milch oder Milchprodukte als Kurmittel verwendet werden, ist durch die zuständige politische Behörde eine strenge Ueberwachung sowohl dieser Genussmittel selbst, als auch der Stätten ihrer Provenienz zu veranlassen, damit die Verwendung tuberkulöser Thiere von der Milchgewinnung sicher ausgeschlossen werde.

3. In Wohngemeinschaften aller Art.

Auch in **Wohngemeinschaften und Pflegeanstalten jeder anderen Art**, in welchen eine grössere Anzahl von Personen im gemeinsamen Haushalte lebt, wie in Versorgungsanstalten, Asylen, Herbergen, Arbeits-, Korrektions- und Gefangenhäusern etc., insbesondere aber in Instituten und Konvikten für jüngere Personen, dann in geistlichen und weltlichen Gemeinschaften u. dgl., wird eine sorgfältige Anpassung und Ausgestaltung der obigen allgemeinen Vorschriften Platz zu greifen haben.

Insbesondere dürfen zur Pflege der Kinder in Krippen und Kinderbewahranstalten niemals tuberkulöse oder der Tuberkulose auch nur verdächtige Personen zugelassen werden.

Dem Auftreten der Tuberkulose in derlei Gemeinschaften wird von dem mit der Besorgung des ärztlichen Dienstes betrauten Arzte die grösste Aufmerksamkeit zuzuwenden sein, und ist derselbe verpflichtet, im Falle der Konstatierung eines derartigen Erkrankungsfalles dem Anstaltsvorstande sofort die Anzeige zu erstatten und die Mittel darzulegen, welche geeignet sind, die Heilung des Kranken zu ermöglichen und jede Gefahr der Verbreitung der Tuberkulose abzuwehren. Der Aufsicht führenden Behörde ist über derartige Massnahmen die Anzeige zu erstatten.

Als empfehlenswerthe Massnahmen werden insbesondere Belehrungen der Bevölkerung, populäre Vorträge und Aufsätze, Aufsuchen von Heilanstalten für Tuberkulöse, Vorsicht im Verkehr mit Tuberkulösen, vorbeugende Massnahmen in den Fabrik- und Gewerbebetrieben sowie die sorgfältigste Beobachtung der

Massnahmen der allgemeinen und persönlichen Hygiene aufgeführt.

Ein zweiter Abschnitt bezieht sich auf die Heilung der Tuberkulösen und betont vor Allem die Nothwendigkeit der Unterbringung Tuberkulöser in geeigneten Heilstätten oder Tuberkulösen-Asylen und die Bereitstellung dieser Anstalten seitens der Gemeinden, Industrieunternehmungen und Krankenversicherungsanstalten.

Zum Schluss wird den in Frage kommenden Behörden und Körperschaften die sorgfältigste Nachachtung des Erlasses zur besonderen Pflicht gemacht.

Der Erlass bedeutet einen ersten Schritt auf dem Wege der Bekämpfung der Tuberkulose wie wir ihn in Preussen noch immer vermissen, nachdem Amerika, Norwegen und von deutschen Ländern Baden, Sachsen, Sachsen-Meiningen, sowie einzelne Bezirke und Städte vorangegangen. Insbesondere ist es die Anzeigepflicht, die im Falle des Ablebens eines tuberkulösen Kranken wie beim Wechsel der Wohnung oder Unterkunft der Tuberkulösen den Aerzten vorgeschrieben ist, die Behandlung des Auswurfs und die Desinfektion der Wohnungen Tuberkulöser, die als Erfolg versprechende Massnahmen besonders erwähnenswerth sind, und von deren sachgemässer Durchführung das Ziel einer fortschreitenden Tilgung der Seuche abhängen wird.

E. R.

Das Süsstoffgesetz.

Am 1. April 1903 tritt das Süsstoffgesetz vom 7. Juli 1902 in Kraft, durch welches die Herstellung, Einführung und Feilhaltung aller auf künstlichem Wege gewonnenen Stoffe, die als Süsstoffe dienen können und eine höhere Süsstkraft als raffinirter Rohr- oder Rübenzucker, aber nicht entsprechenden Nährwerth besitzen, an bestimmte Bedingungen gebunden wird.

Die Erlaubniss zur Herstellung oder Einführung der Süsstoffe wird nur bestimmten Personen ertheilt, deren Geschäftsbetrieb amtlich überwacht wird, unter Vorschreibung bestimmter Höchstpreise.

Von der Fabrik bezw. vom Importgeschäft direkt darf der Süsstoff nur abgegeben werden: 1. zu wissenschaftlichen Zwecken, 2. an Gewerbetreibende zur Herstellung von Waaren, die aus bestimmten Gründen keinen Zucker enthalten dürfen, 3. an Kranken-, Kuranstalten u. dgl., 4. an Wirthe solcher Wirthschaften in Kurorten, deren Besuchern ärztlich der Genuss von Zucker untersagt ist, 5. an Apotheker.

Die Apotheker dürfen Süsstoff an das Publikum nur unter bestimmten vom Bundesrath zu erlassenden Bestimmungen abgeben.

74. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsbad.

21.—27. September 1902.

Soweit die Tagesordnung bisher festgestellt ist, werden folgende Vorträge für den Aerztlichen Sachverständigen besonders wichtig sein.

Adler-Prag: Zur Diagnose des Typhus abdominalis.

Paul am Ende-Dresden: Das Schulbrausebad und seine Wirkungen.

Goldmann-Brennberg: Die Anchylostomiasis.
v. Jaksch-Prag: Ueber die im Manganbetriebe vorkommenden nervösen Störungen.

Ponfick-Breslau: Pylethrombose und Trauma.

14. Abtheilg.
(Innere Medizin u. s. w.)

Borchard-Posen: Seltenerer Folgezustände nach schweren Schädelverletzungen.	16. Abtheilg. (Chirurgie).
Frhr. v. Lesser-Leipzig: Luxation des os lunatum carpi.	
Schloffer-Prag: Ueber embolische Verschleppung von Projektilen.	
Stolper-Breslau: Ueber Beckenbrüche.	
Vulpus-Heidelberg: Sehnenüberpflanzung und Arthrodese.	18. Abtheilg. (Kinderheilkunde).
Ganghofner-Prag und Richter-Wien: Plötzliche Todesfälle im Kindesalter.	
Löwenthal-Braunschweig: Die objektiven Symptome der Neurasthenie.	19. Abtheilg. (Neurologie und Psychiatrie).
Zaufal-Prag: Ueber Entstehungs- und Heilungsvorgänge bei traumatischen Rupturen.	21 b. Abtheil. (Ohren und Nasenkrankheiten).
Dittrich-Prag: Ueber Verletzungen und Tod durch Ueberfahrenwerden vom forensischen Standpunkte.	25. Abtheilg. (Gerichtl. Medizin).
Ipsen-Innsbruck: Pankreasblutung in ihrer Beziehung zum Tode Neugeborener.	
Kratter-Graz: Ueber den Werth der biologischen Reaktion zur Unterscheidung von Menschen- und Thierblut.	
Liniger-Bonn: Bauchbrüche und Unfall.	
Richter-Wien: Neuere Methoden des forensischen Blutnachweises.	
Schäffer-Bingen a. Rh.: Zur Pathologie der posttraumatischen Rückenmarkserkrankungen.	26. Abtheilg. (Hygiene u. Bakteriologie).
Langer-Prag: Uebertragung pathogener Bakterien durch niedere Thiere, bedingt durch deren Entwicklungsgeschichte.	
Schrank-Wien: Schaffung eines internationalen Gesetzes gegen die Ausbreitung der venereischen Krankheiten.	
Spaet-Bamberg: Lebensgefährdung in der Stadt und auf dem Lande.	
Wey-Berlin: Fortschritte der Strassenhygiene.	

Neue Ministerialerlasse.

Erlass vom 14. Juli 1902 betr. den Vermerk der Gewichtsmengen der verordneten Bestandtheile der Arznei auf der Signatur.

In Ergänzung des § 31 der Neuen Apothekenbetriebsordnung wird hervorgehoben, dass auf der Signatur auch die Gewichtsmengen der Arzneibestandtheile anzugeben sind.

— vom 28. Juni 1902 betr. Bekämpfung der Kurpfuscherei.

Der Medizinalminister ordnet an, dass für jeden Regierungsbezirk Polizeiverordnungen nachstehenden Inhalts erlassen werden sollen. 1. Personen, welche, ohne approbirt zu sein, die Heilkunde gewerbmässig ausüben wollen, haben dies vor Beginn des Gewerbebetriebes demjenigen Kreisärzte, in dessen Amtsbezirk der Ort der Niederlassung liegt, unter Angabe ihrer Wohnung zu melden und gleichzeitig demselben die erforderlichen Notizen über ihre Personalverhältnisse anzugeben. Personen, welche bereits zur Zeit die Heilkunde ausüben, haben die vorbezeichnete Meldung und Angabe binnen 14 Tagen nach dem Inkrafttreten dieser Polizeiverordnung zu bewirken. 2. Die in No. 1 bezeichneten Personen haben dem zuständigen Kreisärzte auch einen Wohnungswechsel innerhalb 14 Tagen nach dem Eintritt desselben, sowie die Aufgabe der Ausübung der Heilkunde und den Wegzug aus dem Bezirke zu melden. 3. Öffentliche

Anzeigen von nicht approbirten Personen, welche die Heilkunde gewerbmässig ausüben, sind verboten, sofern sie über Vorbildung, Befähigung oder Erfolge dieser Personen zu täuschen geeignet sind oder prahlerische Versprechungen enthalten. 4. Die öffentliche Ankündigung von Gegenständen, Vorrichtungen, Methoden oder Mitteln, welche zur Verhütung, Linderung oder Heilung von Menschen- oder Thierkrankheiten bestimmt sind, ist verboten, wenn a) den Gegenständen, Vorrichtungen, Methoden oder Mitteln besondere, über ihren wahren Werth hinausgehende Wirkungen beigelegt werden oder das Publikum durch die Art ihrer Anpreisung irreführt oder belästigt wird, oder wenn b) die Gegenstände, Vorrichtungen, Methoden oder Mittel ihrer Beschaffenheit nach geeignet sind, Gesundheitsbeschädigungen hervorzurufen. 5. Zuwiderhandlungen gegen die vorstehenden Vorschriften werden, soweit in den bestehenden Gesetzen nicht eine höhere Strafe vorgesehen ist, mit Geldstrafe bis zu 60 Mark oder mit entsprechender Haft bestraft.

— vom 5. Juli 1902 betr. die Bedingungen für die Zulassung zur zahnärztlichen Prüfung.

Das Zeugniß der Reife für die Prima einer Oberrealschule genügt nicht für die Zulassung zur zahnärztlichen Prüfung.

— vom 25. Juni 1902 betr. Kontrolle der Seeschiffe aus asiatischen Häfen wegen Cholerafahr.

Bekanntmachung vom 22. Juli 1902 betr. wechselseitige Benachrichtigung der Militär- und Polizeibehörden über das Auftreten übertragbarer Krankheiten.

Die Polizeibehörden sind verpflichtet, den Militärbehörden mitzuteilen: jeden Fall von Aussatz, Unterleibstypus (auch verdächtige Fälle), Genickstarre, Rückfallfieber; jeden ersten Fall von Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest, Pocken sowie jeden ersten auf diese Krankheiten verdächtigen Fall; jedes gehäufte Auftreten von Ruhr, Diphtherie, Scharlach und Körnerkrankheit. Die gleiche Mittheilungsverpflichtung besteht für die Militärbehörden gegenüber den Polizeibehörden.

Erlass vom 11. Juli 1902 betr. die Verhältnisse des Pflegepersonals in den Krankenanstalten.

Auf Grund der vielfachen Klagen in der Presse und im Parlament über die Verhältnisse der genannten Personen hat der Minister Erhebungen angestellt, die allerdings zum Theil Unrichtigkeit, zum Theil Uebertreibung der geführten Beschwerden ergeben haben. Immerhin erachtet er es als nothwendig, den Regierungspräsidenten besondere Aufmerksamkeit hinsichtlich etwa vorhandener Missstände in der Befähigung und Ausbildung, der dienstlichen Anstrengung, der Fortbildung, Besoldung, Verpflegung, Alters- und Invaliditätsversorgung der Pfleger und Pflegerinnen zur Pflicht zu machen. Auf Mängel der bezeichneten Art sollen besonders auch die Kreisärzte bei ihren Revisionen achten. Falls die Mängel auf ungenügendem Einfluss des ärztlichen Elements in der Krankenhausverwaltung zurückzuführen sind, sollen die Regierungspräsidenten auf Stärkung dieses Einflusses hinwirken.

Erlass vom 28. Juni 1902, betr. Berichterstattung über die Privat-Kranken- und Entbindungsanstalten.

Der Runderlass vom 2. März 1900 wird in Erinnerung gebracht mit der Massgabe, dass dem zum 1. Januar 1903 fälligen Bericht eine Zusammenstellung sämtlicher Heilanstalten, einschliesslich der Lungenheilstätten, Sanatorien, Unfallstationen, Rettungswachen, Lichtheilanstalten u. s. w. beizufügen ist.

Bekanntmachung vom 18. Juni 1902 betr. Aenderungen der Eisenbahnverkehrsordnung.

Neue Bestimmungen über die Beförderung von Leichen.

— vom 24. Juni 1902 betr. Verwendung jugendlicher Arbeiter in Hechelräumen u. dergl.

— vom 10. Juli 1902 betr. das Gesetz über die Schlachtvieh- und Fleischschau vom 3. Juni 1900.

Ergänzende Bestimmungen über die der amtlichen Untersuchung unterliegenden Thierarten, über die bei der Einfuhr frischen Fleisches zu beobachtenden Massregeln u. s. w.