

# Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

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

Redaktion:

Dr. L. Becker Geh. Med.-Rath Berlin.	Dr. Florschütz Gotha.	Dr. Fürbringer Geh. Med.-Rath u. Prof. Berlin.	Dr. Haug Professor München.	Dr. Hoffa Geh. Med.-Rath u. Prof. Berlin.	Dr. Kionka Professor Jena.	Dr. Kirchner Geh. Ob.-Med.-R. u. Prof. Berlin.	Dr. A. Leppmann Med.-Rath. Berlin.	
Dr. von Liszt Geh. Just.-Rath u. Prof. Berlin.	Dr. Ostertag Professor Berlin.	Dr. Puppe Priv.-Doz. u. Gerichtsarzt Berlin.	Radtke Kaiserl. Reg.-Rath Berlin.	Dr. Roth Reg.-u. Geh. Med.-Rath Potsdam.	Dr. Schwechten Sanitätsrath Berlin.	Dr. Silex Professor Berlin.	Dr. Stolper Professor 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.

№ 22.

Ausgegeben am 15. November.

## Inhalt:

**Originalien:** Aust, Die kreisärztliche Kontrolle der Hebammen bei Kindbettfieber-Erkrankungen. S. 453.  
Lowinsky, Trophoneurotische Knochenatrophie als Ursache dauernder Erwerbsschädigung. S. 456.  
Placzek, Zur forensischen Beurtheilung frühzeitiger Onanie. S. 458.  
Blume, Die Forderungen der Eisenbahnhygiene in Bezug auf das Rettungswesen im Eisenbahnbetrieb. (Schluss). S. 459.  
**Referate:** Chirurgie. Stieda, Ueber die Verwendbarkeit der Sehnenreflexe in der Chirurgie. S. 463.  
Lessing, Ueber frühzeitige operative Behandlung unkomplizirter intra- und präartikulärer Frakturen. S. 464.  
Vulpus, Ein neuer Bewegungsapparat. S. 464.  
Richard, Funktionsherstellung durch Sehnenverpflanzung. S. 464.  
Lehmann, Ein Fall traumatischer Muskelerkrankung. S. 464.  
Schmidt, Ueber Riss des geraden Bauchmuskels und seinen Mechanismus. S. 464.  
Psychiatrie. Aschaffenburg, Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher. S. 465.  
Moll, Wann dürfen Homosexuelle heirathen? S. 465.  
Kaiser, Die Stellung der Hysterie zur Epilepsie. S. 465.  
Gynäkologie. Keferstein, Verurtheilung eines praktischen Arztes wegen fahrlässiger Körperverletzung in fünf Fällen. S. 466.  
Rommel, Spontane Ruptur der Scheide mit kolossalem Darmvorfall. S. 466.

Westphalen, Doppelte Ruptur der Nabelvene mit doppelter Hämatombildung bei spontaner Geburt. S. 466.  
Brennecke, Vogel, Ahlfeld, Ueber das Hebammenwesen. S. 466.  
Ahlfeld, Ergänzungsblatt 3 und 8 zum Preussischen Hebammen-Lehrbuch. S. 467.

**Aus Vereinen und Versammlungen.** Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsbad. (Abtheil. Gerichtliche Medizin.) (Fortsetzung.) — 27. Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege. (Fortsetzung.) — Psychiatrischer Verein zu Berlin. S. 467.

**Gerichtliche Entscheidungen.** Aus dem Reichsversicherungsamt: Neue Rechtsprüche des Reichs-Versicherungsamts. S. 470.

**Bücherbesprechungen:** Diehl, Zum Studium der Merkfähigkeit. — Scholz, Leitfaden für Irrenpfleger. — Witthauer, Leitfaden für Krankenpflege im Krankenhaus und in der Familie. — Rille, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. S. 471.

**Tagesgeschichte:** Die ärztlichen Sachverständigen und die Presse. — Ungenügende Inanspruchnahme einer Trinkerheilstätte. — Honorirung ärztlicher Bescheinigungen durch die Militärbehörden. — Aerztliche Behandlung im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes. — Rudolf Virchow. S. 471.

## Die kreisärztliche Kontrolle der Hebammen bei Kindbettfieber-Erkrankungen.

(§ 57 der Dienstanweisung für Kreisärzte).

Von

Kreisarzt Dr. Aust-Nauen.

Durch den § 57 der Dienstanweisung vom 23. März 1901 wird den Kreisärzten zur Pflicht gemacht, über jeden in der Praxis einer Hebamme vorkommenden Fall von Kindbettfieber und jeden Todesfall im Wochenbett an Ort und Stelle Ermittlungen nach der Richtung hin anzustellen, ob von der Hebamme alle zwecks Verhütung einer Weiterverbreitung des Kindbettfiebers erlassenen Vorschriften beachtet worden sind.

Die Anweisung ist seitens der Medizinalbeamten und, wie ich mich zu überzeugen Gelegenheit hatte, auch vieler praktizirender Aerzte mit Freuden begrüsst worden. Weniger erfreut ist allerdings die Mehrzahl der Hebammen über diese Erweiterung der kreisärztlichen Kontrolle ihrer Thätigkeit. Es mag nicht zu leugnen sein, dass sanitätspolizeiliche Ermittlungen des Kreisarztes in jedem Kindbettfieberfalle für die Hebammen im Allgemeinen etwas Bedrückendes, für die Mehr-

zahl derselben selbst etwas Beschämendes haben, da sie alle, die jüngeren aus dem Unterricht, die älteren aus den Hebammen-Vereinssitzungen, der Lektüre der Hebammenzeitung und des Kalenders, sowie schliesslich nicht zum Wenigsten aus den Nachprüfungen, wissen, dass die häufigste Ursache des Kindbettfiebers in einer unzureichenden Reinlichkeit der Hebamme, bezw. einer nicht gewissenhaften Befolgung der Desinfektionsvorschriften zu suchen ist. Aus dieser Erkenntniss heraus muss aber bei jeder mit hinreichendem Ehrgefühl ausgestatteten Hebamme das ernste Streben nach gewissenhafter Befolgung der Desinfektionsvorschriften immer mehr sich entwickeln und befestigen, und ein edler Wettstreit der Hebammen als mittelbare Folge der kreisärztlichen Ermittlungen kann dem Ansehen des Standes und den Wöchnerinnen nur zu Gute kommen.

Andererseits wird jeder Kreisarzt als verantwortlicher Aufsichtsbeamter der Hebammen es sich angelegen sein lassen, der irrigen Auffassung des Publikums, als handle es sich bei den Ermittlungen ausschliesslich um einen Schutz der Wöchnerinnen, entgegenzutreten und den gleichzeitigen Zweck des Schutzes der Hebammen gegen ungerechtfertigte Beschwerden und Anklagen seitens des Publikums zu betonen. Damit wird

allmählich auch den Kindbettfieberermittlungen das Odiöse genommen werden.

Er fragt sich nun, wie der Zweck dieser Ermittlungen, namentlich in den Landkreisen, am besten und ohne allzu erheblichen Aufwand an Kosten und Zeit für die ohnehin meist in sehr mässigen Verhältnissen lebenden Hebammen zu erreichen ist.

Die erste Hauptbedingung für eine frühzeitige Einleitung aller Schutzmassregeln ist, wie bei allen Infektionskrankheiten, die gewissenhafteste Ausübung der Anzeigepflicht. Dieselbe ist in allen Regierungsbezirken für Hebammen wie Aerzte obligatorisch, in den meisten sogar auch bezüglich der verdächtigen Erkrankungen. Während nun aber der Begriff des Krankheitsverdachtes von den praktischen Aerzten in Folge des Mangels einer einheitlichen Pathologie des Wochenbettfiebers erfahrungsgemäss als ein sehr dehnbarer behandelt wird, wiewohl doch im vorbeugenden, sanitätspolizeilichen Sinne jedes Fieber im Wochenbett auch ohne entzündliche Betheiligung der Genitalorgane, soweit nicht Anzeichen einer anderweitigen fieberhaften Erkrankung vorhanden sind, zu dem Sammelbegriff des Kindbettfiebers zu rechnen, mindestens aber als des Kindbettfiebers verdächtig zu erachten ist, so haben die Hebammen eine Norm für ihre Meldepflicht in der Ministerial-Verfügung vom 6. August 1883 und in den §§ 304 und 333 des Hebammenlehrbuchs. Wenn auch an keiner Stelle des letzteren die Verpflichtung der Hebamme zu täglichen Temperaturmessungen ausdrücklich ausgesprochen wird — m. E. ein Mangel, der mancher gewissenlosen Hebamme zur Entschuldigung ihrer verspäteten oder unterlassenen Meldung dient —, so geht doch die Voraussetzung des regelmässigen Thermometergebrauches aus dem Inhalt der genannten Paragraphen hervor, in denen es heisst (§ 304): „Geht dieselbe (d. h. die Körpertemperatur der Wöchnerin) um mehrere Zehntel über 38 Grad hinauf, so ist bereits das Fieber (d. h. das Wochenbettfieber) da“ und (§ 333): „War die Temperatur mehrere Zehntel über 38,5 gestiegen, so ist Fieber da und ein Arzt zu benachrichtigen“.

Sind demnach die Hebammen m. E. verpflichtet, die Temperatur ihrer Wöchnerinnen zu messen, so besteht für sie auch die Pflicht, jede Temperaturerhöhung über 38,5 als kindbettfieberverdächtige Erkrankung zu betrachten und sie unverzüglich zur Anzeige zu bringen, da sie ja nicht im Stande sind, das Fieber einer Kindbettinfektion von dem einer anderen Erkrankung zu unterscheiden. Die Meldepflicht der Hebammen von der Diagnose der behandelnden Aerzte abhängig zu machen, ist so lange unzweckmässig, als letztere nicht gesetzlich verpflichtet sind, jedes Fieber im Wochenbett, dessen ursächlicher Zusammenhang mit einer Infektion der Geburtswege nicht sicher ausgeschlossen werden kann, als verdächtig zu melden. Giebt es doch noch recht viele Aerzte, die eine fieberhafte Erkrankung im Wochenbett erst dann als Kindbettfieber ansprechen, wenn die Krankheitserscheinungen ganz schwere sind, d. h. die echten pyämisch-septischen Erkrankungen. Was dann für den Verdacht eines Kindbettfiebers von Symptomen eigentlich noch übrig bleibt, ist unerfindlich. Man erlebt in dieser Hinsicht bisweilen ganz unverständliche Differenzialdiagnosen. Puerperale Metritis und Parametritis werden dem Begriff des Kindbettfiebers gegenübergestellt und man hält so lange an der Diagnose fest, bis der Fall letal geendigt hat. Auch die durch die äusseren Verhältnisse und die Symptome kaum zu begründende Annahme eines Typhus, „Nervenfieber“ oder einer Influenza wird gegen die Diagnose Kindbettfiebers gelegentlich geltend gemacht. Eine genaue Fixirung des sanitätspolizeilichen Begriffes des Kindbettfiebers und Verdachtes desselben, d. h. der für die ärztliche Meldepflicht massgebenden Symptome

ist daher in dem zu erwartenden neuen Seuchengesetz dringend erforderlich. Bis zum Inkrafttreten eines solchen können es aber diejenigen Aerzte, die auf Grund der klinischen Erscheinungen oder durch bakteriologische Untersuchungen die Differenzialdiagnose zwischen mehr oder weniger übertragbarem, mehr oder weniger gefährlichem und demnach mehr oder weniger anzeigepflichtigem „Fieber im Wochenbett“ stellen zu können sich vermessen, den Medizinalbeamten nicht verdenken, wenn diese den ihnen unterstellten Hebammen einschärfen, dass für ihre Meldepflicht lediglich ihr Thermometer, unabhängig von der Ansicht des behandelnden Arztes, massgebend sein darf. Für den Medizinalbeamten, der vornehmlich den Schutz der gesunden Wöchnerinnen gegen Uebertragung des Kindbettfiebers im Auge haben soll, ist die klinische Trennung eines Intoxikations- von einem Infektionsfieber, einer gonorrhöischen von einer septischen Erkrankung im Wochenbett zur Feststellung des Grades der Uebertragbarkeit von geringem Werth, solange sie nicht von jedem Arzt gefordert werden kann. Wir wissen, dass trotz aller bakteriologischen Fortschritte eine sichere und schnelle Trennung der verschiedenen unter den Sammelbegriff des Kindbettfiebers zusammenzufassenden Erkrankungen, namentlich in den ersten, sanitätspolizeilich wichtigsten Krankheitstagen, in der Regel unmöglich ist, dass ferner eine Verwechslung mit andern mehr zufällig im Wochenbett auftretenden, in der ersten Zeit gleichfalls meist nicht diagnostizirbaren Infektionskrankheiten oft nicht vermieden werden kann und dass, wie bei der Sepsis, alle örtlichen Anzeichen einer Gebärmuttererkrankung fehlen können. Diese Erfahrungsthatfachen ermöglichen dem Medizinalbeamten nur den einen Standpunkt, dass es besser sei, lieber einmal bei einem weniger oder nicht infektiösen oder selbst falsch diagnostizirten Wochenbettfieber alle Schutzmassregeln zu treffen, als durch Unterlassung derselben in einem „leichten“ oder zweifelhaften Falle unter Umständen namenloses Elend über ganze Familien zu bringen.

Es wäre nun aber entschieden eine zu weitgehende Forderung, die Hebammen zur unverzüglichen Meldung jeder Temperatursteigerung über 38,5 zu verpflichten, da wir wissen, dass einmalige Temperatursteigerungen nicht selten aus anderen verhältnissmässig harmlosen Ursachen auftreten. Deshalb empfiehlt es sich m. E., die Hebammen dahin zu instruiren, dass sie jede an zwei aufeinanderfolgenden Tagen auftretende Temperatursteigerung über 38,5 als eine des Kindbettfiebers verdächtige Erkrankung unverzüglich zu melden haben. Ein weiteres Entgegenkommen wäre unangebracht, namentlich aber muss im Interesse der Wöchnerinnen der vielfach beliebten Annahme eines Milchfiebers energisch entgegengetreten werden. Einem längeren Zögern im Anmelden kann man dadurch wirksam vorbeugen, dass man in jedem Falle, der die Annahme einer zu späten Meldung rechtfertigt, von dem Recht der achttägigen Suspendirung Gebrauch macht. Die Hebammen müssen wissen, dass in der Regel nur denen von ihnen die Berufsthätigkeit auf die Dauer von acht Tagen untersagt wird, die im Anmelden säumig sind. Denn je länger und häufiger die Hebamme eine fieberkranke Wöchnerin besucht hat, desto grösser muss naturgemäss auch die Gefahr einer Weiterverbreitung der Krankheit durch ihre Berufsthätigkeit sein.

Ist die Anzeige einer Hebamme eingelaufen, so ist die Feststellung des Kreisarztes an Ort und Stelle in Rücksicht auf die Gefahr der Krankheitsverbreitung, sowie auf die möglichst kurze Unterbrechung der Berufsthätigkeit der Hebamme als eine eilige zu behandeln. Es empfiehlt sich, die Ermittlungen innerhalb 24 Stunden nach Eingang der Meldung auszuführen.

Die Feststellungen müssen sich erstrecken: 1. auf Untersuchung der Wöchnerin, 2. auf Besichtigung des Hebammen-Instrumentariums, ihrer Person und ihrer Kleidung, 3. auf Feststellung des Geburtsverlaufes sowohl seitens der Hebamme, wie seitens der Wöchnerin oder anderer bei der Entbindung gegenwärtig gewesener Personen, 4. auf die Kontrolle einer wirksamen Desinfektion.

Die Untersuchung der Wöchnerin ist nothwendig in allen Fällen, in denen eine ärztliche Meldung fehlt, um die Berechtigung des Krankheitsverdachtens und das Vorhandensein des Fiebers überhaupt festzustellen. Eine vorherige Benachrichtigung des behandelnden Arztes ist nach § 23 der Dienst-anweisung in allen denjenigen Fällen unerlässlich, über die eine ärztliche Meldung eingelaufen ist. Fehlt eine solche, wird dem Kreisarzt aber seitens der Hebamme der Name des behandelnden Arztes mitgetheilt, so ist derselbe, wenn auch nicht nach dem Wortlaut der Dienst-anweisung, so doch vom kollegialen Standpunkt verpflichtet, den Kollegen von den anzustellenden amtsärztlichen Ermittlungen in Kenntniss zu setzen. Meistens kommen diese Benachrichtigungen allerdings zu spät, als dass es ein beschäftigter Arzt stets ermöglichen könnte, an den Feststellungen theil zu nehmen, zumal diese nicht das Interesse bieten, wie die Ermittlungen über andere Infektionskrankheiten, beispielsweise den Typhus. Erfährt man den Namen des behandelnden Arztes erst an Ort und Stelle während der Ermittlungen, dann empfiehlt es sich, den behandelnden Arzt nachträglich von den stattgehabten Ermittlungen in Kenntniss zu setzen. Die ärztliche Nichtanmeldung wird der Medizinalbeamte, soweit er sich auf eine gewissenhafte Ausübung der Meldepflicht seitens der Hebammen verlassen darf, bei dem heutigen Stande der Rechtsprechung bezüglich der ärztlichen Anmeldepflicht aller nicht im Regulativ genannten Krankheiten, ruhig ignorieren können. Ich pflege in solchen Fällen mit der Mittheilung des erfolgten Besuches gewöhnlich einen Hinweis auf die bezügliche Polizei-Verfügung zu verbinden.

Liegt ein genauer ärztlicher Bericht vor, dann kann der Medizinalbeamte auf die Untersuchung der Wöchnerin verzichten. Eine mündliche Vernehmung derselben über den Geburtshergang, den Verlauf früherer Entbindungen und Wochenbetten, über etwaige voraufgegangene Unterleibserkrankungen, sowie über das Verhalten der Hebamme während der Entbindung ist indessen im Interesse der Feststellung eines etwaigen Verschuldens der letzteren m. E. in jedem Falle erforderlich.

Die Besichtigung des Instrumentariums ist schon deshalb durchaus nothwendig, weil aus dem mehr oder weniger reinlichen Zustande desselben ein Schluss auf die Zuverlässigkeit der Hebamme gezogen und eine vorübergehende Untersagung der Berufsthätigkeit begründet werden kann. Eine Hebamme z. B., deren Nabelschnurscheere, wie ich es erlebte, noch 48 Stunden nach Vollendung der letzten Entbindung mit eingetrocknetem Blute bedeckt ist, erweist sich hierdurch allein schon als unreinlich und unzuverlässig. Ihre Suspension ist daher sowohl im vorbeugenden, wie im strafenden resp. erzieherischen Sinne durchaus berechtigt.

Die Feststellung des Geburtsverlaufes ist deshalb geboten, weil sich hieraus nicht selten erst mit einiger Sicherheit ermitteln lässt, ob die Hebamme sich gegen diejenigen Paragraphen des Lehrbuches vergangen hat, die ihr die Heranziehung eines Arztes, die sorgfältige Desinfektion der Genitalien der Wöchnerin und der eigenen Hände, sowie die Anwendung des Thermometers zur Pflicht machen. Die Feststellungen müssen aber in allen Fällen neben den Angaben der Hebamme auch diejenigen der Wöchnerin oder anderer bei der Entbindung zugegen gewesener Personen enthalten.

In letzterer Hinsicht lassen sich durch geschickte Fragestellung die wichtigsten Punkte unschwer, unauffällig und ohne Gefährdung des Rufes der Hebamme aufklären.

Der weitaus wichtigste Theil der kreisärztlichen Ermittlungen ist die Feststellung, ob die Hebamme nach Konstatierung des Fiebers alle Desinfektionsvorschriften des § 13 der Min.-Verfügung vom 22. November 1888 befolgt hat.

Hier stösst die Thätigkeit der Medizinalbeamten oft auf Schwierigkeiten. Die Angaben einer Hebamme, sie habe alle Instrumente, Kleider, ihre Hände etc. desinfiziert, können unmöglich hinreichen, um den Kreisarzt von der thatsächlich vorschriftsmässigen und einwandfreien Ausführung der Desinfektionsmassnahmen zu überzeugen. Aus diesem Grunde hat z. B. die Königliche Regierung in Potsdam in einer Verfügung mit Recht verlangt, die Hebamme müsse sich dem Medizinalbeamten gegenüber darüber ausweisen, dass die Unschädlichmachung der Ansteckungsstoffe an ihrem Körper, ihrer Kleidung und ihren Geräthschaften in vorschriftsmässiger Weise erfolgt ist. Dieser Ausweis ist in allen mit Desinfektionsvorrichtungen versehenen Orten leicht in der Weise zu erbringen, dass eine schriftliche Bescheinigung der Desinfektionsanstalt über die Art der erfolgten Desinfektion dem Kreisarzt vorgelegt wird. In den vielen ländlichen Bezirken jedoch, in denen jene Vorrichtungen nur spärlich vorhanden und oft nur unter erheblichem Zeit- und Kostenaufwand zu erreichen sind, stösst die Forderung auf Schwierigkeiten. Als das einfachste und zweckmässigste Verfahren hat sich mir in solchen Fällen die sofortige Ausführung der Desinfektion in der Wohnung der Hebamme gelegentlich der amtsärztlichen Ermittlungen unter Aufsicht und nach Anweisung des Kreisarztes bewährt. Sie stösst nicht im Geringsten auf Schwierigkeiten, erfordert naturgemäss nur etwas mehr Zeitaufwand.

Die gesammte Thätigkeit des Kreisarztes bei einem Falle von Kindbettfieber gestaltet sich demnach am zweckmässigsten etwa folgendermassen: Sogleich nach Empfang der Erkrankungsanzeige theilt der Kreisarzt der betreffenden Hebamme die Zeit seines Eintreffens in ihrer Wohnung mit dem Ersuchen, kochendes Wasser in genügender Menge bereit zu halten, mit. Gleichzeitig setzt er den behandelnden Arzt von dem Zeitpunkt und Zweck des Besuches der Wöchnerin in Kenntniss. Die Ermittlungen beginnen bei der erkrankten Wöchnerin, deren Wohnort auf dem Lande häufig mit demjenigen der Hebamme nicht identisch ist. Darauf erfolgt die gleiche Feststellung durch Vernehmung der Hebamme in deren Wohnung, die Besichtigung der Geräthschaften und schliesslich die Desinfektion der Instrumente, der Tasche und der Kleidungsstücke. Instrumente aus Metall, Glas und Holz (Katheter, Scheere, Bürsten, Ansatzrohre und Spülkanne) werden sogleich nach Ankunft in siedendes Sodawasser gelegt und  $\frac{1}{2}$ —1 Stunde der Siedhitze ausgesetzt. Während dieser Zeit erfolgt die Reinigung der Tasche, indem die Hebamme mittelst eines mit 2proz. Lysollösung getränkten Lappens die Aussen- und Innenfläche gründlich abreibt, während die gegen siedendes Wasser empfindlichen Gegenstände, wie Schläuche, Gummikatheter, Thermometer gründlich mit Seifenwasser gebürstet, abgespült und dann in einen mit 2proz. Lysollösung halbgefüllten Eimer gelegt werden, woselbst sie 12 Stunden belassen werden sollen. Bei der Entbindung benutzte Schürzen, waschbare Kleider werden in einen zweiten, mit 2proz. Lysollösung oder mit Seifenlösung gefüllten Eimer gelegt, so dass sie von der Flüssigkeit vollständig bedeckt werden. Nach Abwischen des Schuhwerks mit Lysolwasser werden die während der Entbindung etwa (vorschriftswidrig) getragenen, nicht waschbaren Kleider in einen Sack verpackt, um dem nächsten Desinfektor übersandt zu werden, der sie nach stattgehabter

und dem Kreisarzt schriftlich zu bescheinigender Dampfdesinfektion zurücksendet. Am Schluss erfolgt die vorschriftsmässige Desinfektion der Hände und Arme der Hebamme.

Ueber die gesammte Feststellung wird eine Verhandlung für die kreisärztlichen Akten aufgenommen und vom Kreisarzt und der Hebamme unterschriftlich vollzogen mit der ausdrücklichen Verpflichtung der Letzteren, die in Lysollösung gelegten Instrumente nicht vor Ablauf von 12 Stunden aus der Lösung zu entfernen, ihren Körper durch Baden oder Abwaschen zu reinigen und erst nach erfolgter körperlicher Reinigung die Leitung neuer Entbindungen zu übernehmen.

Die Aufnahme einer Verhandlung erscheint mir deshalb wichtig, weil nur dadurch eine Fixirung aller wichtigen Einzelheiten nicht nur im Interesse der Statistik, sondern vor Allem auch im Interesse der oft lange Zeit nach der Entbindung seitens des Publikums einer Fahrlässigkeit angeschuldigten Hebamme ermöglicht wird.

Die Aufnahme der Verhandlung bedeutet durchaus keine Vermehrung des Schreibwerks, da der Kreisarzt über die wichtigsten Punkte jeder Kindbettfieber-Ermittlung m. E. ohnehin Notizen für seine Akten machen muss und geschieht am zweckmässigsten nach vorgedruckten Formularen, wie solche in einzelnen Bezirken den Kreisärzten zur Benutzung vorgeschrieben sind. Als Beispiel möge folgendes Formular dienen:

Verhandelt . . . .

Verhandlung betreffend Feststellung der Vorgänge bei Kindbettfieber (§ 57 der Dienstanweisung für die Kreisärzte vom 13. März 1901).

I. Name, Alter, Stand und Wohnort

1. der erkrankten Wöchnerin.

Häusliche Verhältnisse derselben.

2. Anzahl und Verlauf der vorausgegangenen Entbindungen (Fehl- und Frühgeburten) und Wochenbetten; Angaben über frühere Unterleibserkrankungen. (Aussagen der Wöchnerin.)

II. Bericht über den Geburtsverlauf etc.:

1. Beginn der Wehen.

2. Haben bereits vor Eintritt der Wehen innerliche Untersuchungen stattgefunden?

Von wem? Wann?

3. Zeitpunkt der Bestellung und des Eintreffens der Hebamme.

4. Hat die Hebamme ihr Instrumentarium, sowie Karbolsäure oder Lysol bei sich geführt?

5. Hat sie ihre Hände und Arme mit Seife und Bürste und darauf mit Karbol- oder Lysolwasser gereinigt und während der Entbindung eine reine weisse Schürze getragen?

6. Hat sie vor der Untersuchung für reine Leib- und Bettwäsche gesorgt?

7. Hat sie eine Reinigung der äusseren Geschlechtstheile vor der Untersuchung vorgenommen?

Womit?

8. Hat sie die Gebärende verlassen?

Wie lange?

Aus welchem Grunde?

9. Verlauf der Entbindung, Tag und Stunde der Geburt des Kindes und des Mutterkuchens.

10. Wie oft hat die Hebamme innerlich untersucht?

11. Hat sie stets vor der inneren Untersuchung ihre Hände gereinigt und desinfiziert?

12. Hat sie während der Entbindung Scheidenausspülungen vorgenommen? Womit? Aus welchem Grunde?

13. Hat die Hebamme während der Entbindung Instrumente benutzt? Hat sie dieselben vor dem Gebrauch gereinigt? Auf welche Art?

14. Hat die Hebamme den Mutterkuchen selbst entfernt? Auf welche Weise?

15. War der Mutterkuchen vollständig und unversehrt?

16. Haben vor, während oder nach dem Erscheinen des Mutter-

kuchens stärkere Blutungen stattgefunden? Was wurde dagegen gethan?

17. Hat die Gebärende ärztliche Hilfe verlangt? Hat die Hebamme solche empfohlen?

18. Tag und Stunde des Eintreffens des Arztes, Art der Hilfeleistung.

19. Tag und Stunde, zu welcher die Hebamme die Wöchnerin verliess?

20. Hat sie nach Vollendung der Geburt eine Reinigung der Wöchnerin vorgenommen und dieselbe mit einem reinen Wochenlager versehen? Was hat sie als Vorlage benutzt?

21. Hat die Hebamme täglich Wochenbesuche abgestattet und die Körperwärme gemessen?

22. Wann traten zuerst Fiebererscheinungen (Hitze, Frost, Kopfschmerzen, Durst, Unterleibsschmerzen) auf? Von wem wurden dieselben zuerst festgestellt? Wie war der Wochenfluss?

23. Was geschah bisher gegen das Fieber?

III. Gegenwärtiger Zustand der Wöchnerin.

IV. Hat die Hebamme seit der Entbindung der erkrankten Frau noch andere Frauen entbunden oder gepflegt? welche? Sind dieselben gesund?

V. Sind innerhalb der letzten 4 Wochen Erkrankungen an Scharlach, Diphtherie, Rose, Blutvergiftung vorgekommen:

a) in der Umgebung der Hebamme?

b) in der Umgebung der Wöchnerin?

Hat eine Desinfektion stattgefunden?

VI. Beschaffenheit

a) der Hände

b) der Kleidung

c) des Tagebuchs

d) des Instrumentariums

der Hebamme.

VII. Als Schutzmassregeln sind angeordnet ausser Fernhaltung der Hebamme von der erkrankten Wöchnerin:

a) Desinfektion durch siedendes Sodawasser

ausgeführt durch . . . . .  
kontrollirt durch . . . . .

b) Desinfektion durch desintfizierende Flüssigkeiten

ausgeführt durch . . . . .  
kontrollirt durch . . . . .

c) Desinfektion durch strömenden Wasserdampf

ausgeführt durch . . . . .  
kontrollirt durch . . . . .

VIII. Untersagung der Berufsthätigkeit auf die Dauer von . . . . . Tagen (bis einschliesslich zum . . . . .) erscheint . . . . . nothwendig, weil . . . . .

IX. Die unterzeichnete Hebamme verpflichtet sich, . . . . . , ihren Körper zu reinigen und erst nach erfolgter Reinigung neue Entbindungen zu übernehmen.

Kreisarzt

Hebamme.

Aus der Poliklinik für Nervenkrankheiten von  
Dr. A. Neisser-Berlin.

**Trophoneurotische Knochenatrophie als Ursache dauernder Erwerbsschädigung.**

Von

Dr. J. Lowinsky.

Das nachfolgende Gutachten verdient vielleicht einiges Interesse, da es die hohe Bedeutung der Röntgenuntersuchung für die Beurtheilung von Unfallfolgen erweist, auch wenn es sich nicht um grobe Knochenverletzungen, Fremdkörper und dergl. handelt, sondern um feinere pathologische Strukturveränderungen, die überhaupt nur radiographisch zu erkennen sind. Genaueres über die in Rede stehende Krankheit, die trophoneurotische Knochenatrophie, die anscheinend noch sehr wenig bekannt ist und zu deren Kenntniss der

nachstehende Fall wenigstens in ätiologischer Beziehung Einiges beitragen kann, findet man in den im Gutachten erwähnten Originalartikeln.

#### Gutachten:

Nach Aufforderung der Fleischerei-Berufsgenossenschaft gebe ich bezüglich des Fleischergesellen Sch. mein Gutachten dahin ab, dass derselbe in Folge eines Unfalls von 12. Juni d. Js. — Risswunde am kleinen Finger der linken Hand — eine Einbusse an seiner Erwerbsfähigkeit erlitten hat, die zur Zeit auf etwa 40 % zu bemessen ist und möglicher Weise dauernd sein wird.

#### Motivirung:

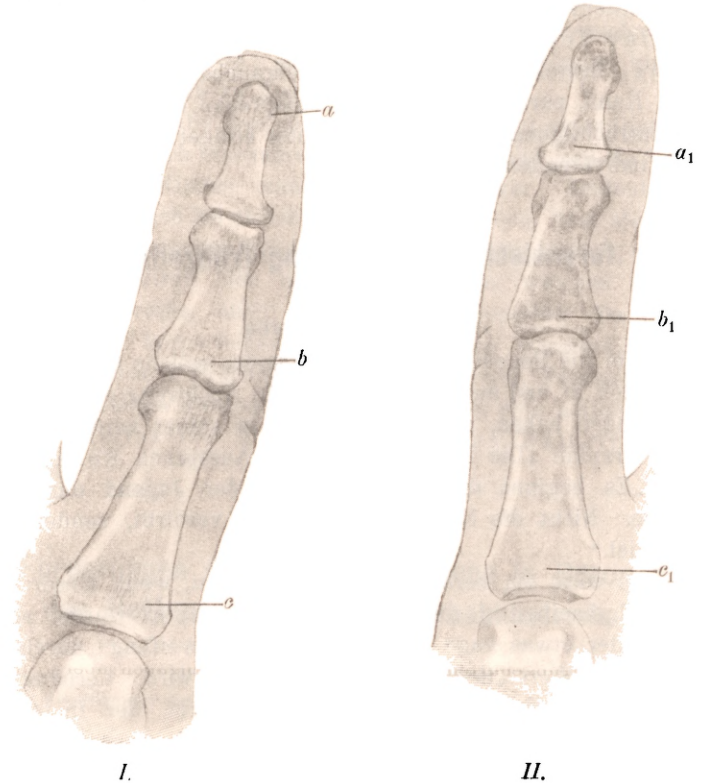
Der Fleischergeselle Sch., welcher zur Zeit an den Folgen eines am 12. Juni d. Js. stattgehabten Unfalls in meiner Behandlung steht, giebt an, früher stets gesund gewesen zu sein bis auf einige vor ca. 6 Jahren erlittene Schnittverletzungen am Daumen der linken Hand, welche kleine Narben und eine Verdickung des ganzen Daumens hinterlassen haben. Am 12. Juni d. Js. habe er wiederum bei seiner Beschäftigung eine Verletzung der linken Hand erlitten, indem er sich beim Ausschachten von Rindvieh an einem spitzen Knochensplitter gerissen und sich eine kleine Risswunde an der Innenfläche des linken kleinen Fingers zugezogen habe. Ohne diese Verletzung weiter zu beachten, habe er noch zwei Tage weiter gearbeitet, dann aber sei plötzlich die ganze linke Hand angeschwollen, auch seien Schmerzen im Vorderarm und Oberarm hinzugekommen, die namentlich des Nachts auftraten. Er habe daher ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen müssen, sei mit Umschlägen, später mit Massage behandelt worden. Ein fixirender Verband sei nicht angelegt worden, auch sei es nirgends zur Eiterung gekommen. — Da die Entzündungserscheinungen zurückgingen, ein operativer Eingriff nicht erforderlich war, dagegen die Hand hochgradig lahm und kraftlos blieb, so wurde Sch. vom Chirurgen zur nervenärztlichen Behandlung überwiesen.

Bei der Aufnahme am 23. Juli d. Js. zeigte sich zunächst, — abgesehen von einer kleinen, reizlosen Narbe an der bezeichneten Stelle —, eine über die ganze linke Hand ausgebreitete, leichte Schwellung der Haut; die einzelnen Fingerschienen gleichförmig verdickt, wenn auch nicht in messbarem Grade. Sämtliche Finger standen ein Wenig nach innen gebeugt, die aktive und passive Beweglichkeit in den kleinen Fingergelenken und im Handgelenk war eingeschränkt oder nur unter Schmerzen möglich. Die Kraft der linken Hand beim Händedruck und am Dynamometer war völlig auf Null reduziert. Die Muskulatur der Hand zeigte mit Ausnahme eines leichten Eingesenkenseins des ersten Zwischenknochenraums keine Veränderungen, auch nicht im elektrischen Verhalten. Sensibilitätsstörungen waren nicht deutlich nachweisbar. Die Nervenstämme am Vorder- und Oberarm waren druckempfindlich, die Muskulatur am Vorderarm, speziell im Flexorengebiet, war deutlich atrophisch (Umfang 28 : 26½ cm), auch fanden sich hier zeitweise fibrilläre Zuckungen.

Es konnte nach alledem nicht zweifelhaft sein, dass von der kleinen Risswunde am Finger ausgehend ein entzündlicher, infektiöser Prozess die ganze Hand ergriffen hatte, der anfänglich einer Phlegmone ähnlich schien, aber nicht zur Eiterung geführt hatte. Quellen für eine derartige Infektion waren in der ursprünglichen Verletzung und durch die weitere Beschäftigung des Patienten genügend vorhanden. Andererseits sprach aber die ausserordentlich starke Beeinträchtigung der Funktion, die Druckschmerzhaftigkeit der Nervenstämme, die Muskelatrophie u. A. für ein Ergriffensein tieferer Theile.

Zur Gewissheit erhoben wurde diese Annahme durch den nur

auf radiographischem Wege geführten Nachweis, dass auch die Knochen, speziell die kleinen Fingerknochen, pathologische Veränderungen aufzuweisen hatten, die im wesentlichen als Knochenatrophieen aufzufassen sind. Das Vorkommen derartiger Veränderungen im Anschluss an kleine Verletzungen der Extremitäten, an Entzündungsprozesse der Weichtheile, Phlegmonen u. dergl. ist erst vor kurzem in einer Arbeit von Sudeck (Deutsche med. Wochenschrift No. 19, 8. Mai 1902) ausführlich besprochen worden. Dass diese Prozesse auf dem Umwege über die Nerven sich ausdehnen, also trophoneurotischer Natur sind, ist von Kienböck (Wiener med. Wochenschrift 1901, No. 28 etc.) erwiesen und von Sudeck bestätigt worden.



Die Vermuthung, dass es sich auch in unserm Falle um diese „trophoneurotische Knochenatrophie“ handelte, ist durch die im Original beigefügte, wohlgelungene Röntgenaufnahme vollauf bestätigt worden. Herr Dr. Levy-Dorn, der die Röntgen-Photographie angefertigt hat, fügt derselben folgende Erläuterung hinzu:

„Bei dem Sch. findet sich an sämtlichen Phalangen der linken Hand eine ausgeprägte Knochenatrophie. Am meisten ist das distale Glied des Daumens, dann die beiden distalen Glieder der übrigen Phalangen betroffen. Die Atrophie wird nicht allein dadurch erkannt, dass die Knochen der befallenen Seite [Fig. II  $a_1$ ,  $b_1$ ,  $c_1$ ] durchsichtiger sind als auf der gesunden [Fig. I  $a$ ,  $b$ ,  $c$ ], sondern an der Verschwommenheit der Struktur und an dem Auftreten kleiner, heller Fleckchen innerhalb der Knochen.“

Es ist durch diesen Befund eine ausreichende Erklärung für den ganzen Krankheitsprozess, besonders für die ausserordentliche Funktionsstörung gegeben. Der trophoneurotische Vorgang an Haut, Muskeln und Knochen ist offenbar durch Uebergreifen der Infektion auf die Nervenstämme hervorgerufen. Der Grund für diese Propagation liegt nun in diesem speziellen Falle meiner Ansicht nach nicht in der Natur des infektiösen Prozesses selbst, sondern die Nervenentzündung (Neuritis) ist mitbegründet in der zweifellos vorhandenen Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit der Nerven, die

ihrerseits wieder durch chronischen Alkoholismus bedingt ist. Der Patient hat nicht bestritten, alkoholische Getränke im Uebermasse genossen zu haben, so dass sein Leiden als toxisch-infektiöse Neuritis zu betrachten ist, allerdings in erster Instanz hervorgerufen durch eine kleine äussere Verletzung.

Zur Zeit ist nun der Krankheitsprozess noch nicht als abgeschlossen anzusehen, das Urtheil über die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit in Folge des Unfalles kann also noch kein endgiltiges sein. Sollte eine wesentliche Besserung nicht mehr erreicht werden können, was bei der langen Dauer des Prozesses, dem geringen Nutzen der bisherigen Behandlung und nach Analogie ähnlicher Fälle zu befürchten ist, so würde der Patient im unmittelbaren Anschluss an eine ganz geringfügige Verletzung eine dauernde, erhebliche Schädigung, bestehend in gänzlicher Gebrauchsunfähigkeit der linken Hand, zurückbehalten. Es entspräche das einer Erwerbsbeeinträchtigung um 40 Prozent unter billiger Berücksichtigung der individuellen Verhältnisse.

### Zur forensischen Beurtheilung frühzeitiger Onanie.

Von

Dr. Placzek-Berlin.

Um die Bedeutung zu kennzeichnen, welche Gelegenheitsursachen in und ausser der Schule für Auslösung onanistischer Neigungen haben, zitiert Rohleder<sup>1)</sup> in seiner verdienstvollen Monographie „Die Masturbation“ den Ausspruch Rousseaus:

„Es beginnt die Ausschweifung der Jugend durch die Lehre. Nicht die Natur ist es, welche verdirbt, sondern das Beispiel.“

Es wäre ein verhängnissvoller Irrthum, wenn dieser Satz als allgemeingiltig und ausnahmslos acceptirt würde, selbst wenn der etwas vage Begriff der „Ausschweifung“ durch das richtigere Wort „Selbstbefleckung“ ersetzt wird. Verhängnissvoll wäre es besonders für den Gerichtsarzt, der in foro zu einem allzu bestimmten Urtheile verleitet werden könnte. Gesetzt den Fall, Eltern entdeckten bei ihrem jugendlichen Kinde, welches dauernd in Gesellschaft und unter Obhut der Erzieherin lebt, onanistische Neigungen, so liegt die Beschuldigung sehr nahe, dass die Erzieherin als agent provocateur gewirkt und das geschlechtliche Empfinden vorzeitig geweckt habe. Da ein solcher Verdacht auch durch gerichtlich-medizinische Erfahrungen vielfach gestützt wurde, so könnte der oben zitierte Satz von der Ausnahmslosigkeit des verderbenden Beispiels auch leicht zum Leitmotiv für das Urtheil der ärztlichen Sachverständigen werden. Es muss deshalb erwünscht sein, wenn der im Einzelfalle mögliche, allein verderbende Einfluss der „Natur“ oder, anders ausgedrückt, der individuellen Anlage durch die praktische Erfahrung bewiesen wird. Leider begegnet eine dahin zielende Beweisführung ausserordentlichen Schwierigkeiten, da es bei älteren Kindern fast unmöglich ist, alle in Frage kommenden Gelegenheitsursachen so auszuschliessen, dass das Triebleben des Individuums allein als causa movens angeschuldigt werden könnte. Hier können nur Beobachtungen an ganz jungen Kindern beweiskräftig sein, ja, — man kann sagen —, um so beweiskräftiger sein, je jünger das Individuum ist, je weniger also das Moment der Nachahmung oder Verführung vorhanden sein und wirksam werden konnte.

So wohlbekannt nun auch Aerzten und Laien die Onanie und ihre ungeheure Verbreitung bei beiden Geschlechtern ist, die Thatsache, dass sie schon in den ersten Lebensjahren

<sup>1)</sup> Die Masturbation. Berlin, Fischer's med. Buchhandlung 1899.

vorkommt, schon in einer Lebensperiode, wo die anscheinend erforderlichen Vorbedingungen einer ausreichenden körperlichen und geistigen Entwicklung noch fehlen oder rudimentär erfüllt sind, ist wenig bekannt, auch in der Aerztwelt, und daher entsprechend wenig gewürdigt. Mag auch bei der Diagnostik des Leidens in so frühen Lebensjahren manch Irrthum mituntergelaufen sein und noch mitunterlaufen, mag auch manch harmlose Bewegung eines Kindes, welche die Betätigung allgemeinen Wohlbehagens ausdrückt, irrtümlich als onanistische Manipulation gedeutet worden sein, das tatsächliche Vorkommen so frühzeitiger Onanie ist unbestreitbar.

Die Art der Ausführung besteht, wie Rohleder angiebt, in wetzenden Bewegungen der Oberschenkel bei Ueberkreuzung an einander, oder an der Brust, an dem Arm „der Wärterin“, ja, selbst reibende Bewegungen mit den Händchen an den Genitalien kommen vor.

Die Kasuistik der Onanie in den ersten Lebensjahren ist verhältnissmässig spärlich und betrifft vornehmlich Mädchen, da sie bei diesen häufiger vorkommt, als bei Knaben.<sup>1)</sup> Der jüngste Knabe, den Hirschsprung beobachtete, war 16 Monate alt und soll schon Erektionen gezeigt haben. Der Knabe war klein, mager, mit etwas Wasserkopf und wohl in Folge dessen noch offener Fontanelle behaftet. Er wurde tagtäglich und in letzter Zeit mehrere Male täglich von Anfällen betroffen, die anderthalb Stunden dauerten und in heftigen, den Gesamtkörper nach vorn und hinten ruckenden Bewegungen bei eregirtem Penis sich äusserten. Der Knabe war durch diese Anfälle wie in Schweiss gebadet, wurde danach sehr matt und schlief ein.

Rohleder sagt von diesem Falle<sup>2)</sup>: „Es ist wohl der einzige, meines Wissens publizierte Fall von Erektionen in einem derartig frühen Kinderalter“, erwähnt aber gleich darauf eine Mittheilung Vogels,<sup>3)</sup> der bei einem einjährigen Knaben Erektionen des Penis sah. Die Art der Onanie bestand in Reibungen der Oberschenkel an einander. Hierbei wurde das Gesicht heiss, roth, die Augen leuchteten, die Respiration wurde beschleunigt, unregelmässig.

Eine ähnliche Beobachtung machte Rohleder an einem  $1\frac{1}{4}$ jährigen Knaben in der Leipziger Universitäts-Kinderpoliklinik. Hier blickten die Augen starr, das Gesicht wurde glühend, es trat Beklommenheit ein, bis auf der Höhe nach zirka 10 Minuten ein lautes Schluchzen den Anfall beendigte, und Schlaf eintrat.

Die Fälle frühzeitiger Onanie bei Mädchen, wie sie Marc,<sup>4)</sup> Lombroso,<sup>5)</sup> Zambaco,<sup>6)</sup> Louyer-Villermay,<sup>7)</sup> Moreau,<sup>8)</sup> Maudsley,<sup>9)</sup> Magnan,<sup>10)</sup> René Blache<sup>11)</sup> mittheilen, lasse ich ausser Betracht, ebenso das Lutschen (Wonnesaugen, suctus voluptabilis), welches nach Steiner,<sup>12)</sup>

<sup>1)</sup> Hirschsprung: Erfahrungen über Onanie bei kleinen Kindern. Berl. klin. Wochenschr. 1886. S. 628 u. ff.

<sup>2)</sup> l. c. S. 46.

<sup>3)</sup> Unterricht für Eltern und Kinder-Aufseher, wie das unglaublich gemeine Laster der zerstörenden Selbstbefleckung am sichersten zu verhüten und zu heilen. Kap. I, p. 8.

<sup>4)</sup> Die Geisteskrankheiten etc. von Ideler I. p. 66.

<sup>5)</sup> Archiv. di Psichiatria IV, p. 22.

<sup>6)</sup> L'Encéphale 1882. Nr. 1, 2.

<sup>7)</sup> v. Krafft-Ebing, Psychopathia sexualis. XI. Aufl., S. 40.

<sup>8)</sup> Aberrations du sens génétique. 2. édit. p. 209.

<sup>9)</sup> Physiologie und Pathologie der Seele, übers. v. Böhm, p. 218.

<sup>10)</sup> Psychiatrische Vorlesungen, übers. v. Möbius. 2, 3. Heft. p. 27.

<sup>11)</sup> Tribune méd. 1876. 6/II.

<sup>12)</sup> Compendium der Kinderkrankheiten 1872. Kap. Onanie.

Lindner<sup>1)</sup> eine Form der Onanie ist, nach Rohleder nur einen günstigen Boden für sie schafft.

Der spärlichen Kasuistik frühzeitiger Onanie bei Knaben kann ich einen Fall anreihen, welcher von den Eltern und dem Hausarzt lange Zeit beobachtet wurde und dadurch besonders bemerkenswerth ist, dass das Leiden schon mit sieben Monaten begann, und unzweifelhafte Erektionen auf manuellem Wege hervorgerufen wurden. Ich hatte Gelegenheit, das Kind bei einer Konsultation mit Herrn Kollegen Dr. Emil Behrend zu einer Zeit zu sehen, wo das Leiden schon geraume Zeit, trotz intensivsten Züchtigungen des Kindes, andauerte. Die Schilderung des einzelnen onanistischen Aktes gebe ich wortgetreu nach der Mittheilung des Vaters des Knaben.

„Das Kind war von den ersten Lebensmonaten an selbige, lernte schon mit  $\frac{3}{4}$  Jahren sprechen. Als das Kind ungefähr sieben Monate alt war, begann es, in auffallender Weise an seinem Geschlechtstheile zu spielen, dass es ganz schattig um seine Augen aussah. Es keuchte dabei, dass man es im Nebenzimmer hören konnte und hatte oft unmittelbar darauf Kopffliegen (eine Art horizontalen Kopfschüttelns.) Sein Geschlechtstheil trat ganz heraus, wie beim erwachsenen Menschen, suchte hin und her, machte auch stossende Bewegungen. Das Kind tippte auch mit dem Finger darauf.

Als es sprechen gelernt hatte, sagte es oft zur Mutter: „Sieh mal meine Mimi.“ (Den Ausdruck dürfte er wohl von den Dienstmädchen aufgeschnappt haben, die ja den Vorfall oft genug mitansahen.) Das Onaniren hörte auf, als der Knabe geschlossene Höschen bekam, ein neues Dienstmädchen scharf auf ihn aufpasste und ihn, sobald sie ihn ertappte, gehörig züchtigte. Seit zwei Jahren thut er es nicht mehr. Er ist jetzt mit drei Jahren ein kluger Junge, der sehr gefühlvoll und anhänglich ist.“

Dieser Schilderung des Vaters möchte ich nur hinzufügen, dass das Kind körperlich und geistig gesund war und blieb und hereditär nicht belastet ist.

Wichtig erscheint mir zunächst, dass von all den unheilvollen Folgen, wie sie die Onanie bedingen, und ganz besonders die in den ersten Lebensjahren geübte Onanie nach sich ziehen soll, nichts eingetreten ist, obwohl jetzt zwei Jahre seit der onanistischen Periode verstrichen sind. Das spurlose Verschwinden des Lasters in diesem Falle muss auffallen, denn schon die einfache Ueberlegung musste eine dauernde Schädigung erwarten lassen. Wenn in einer Zeit, wo das kindliche Nervensystem noch in voller Entwicklung begriffen ist, anatomisch noch unfertig ist, das Centrum genito-spinale vielleicht eben gebildet ist, derartig gehäufte, starke Reize einwirken, hätte man eine nachhaltige lokale und allgemeine Erschöpfung erwarten sollen. Eine derartige Nachwirkung ist ja in anderen Fällen eingetreten. Hier ist das Kind seit dem Aufhören der Onanie geistig und körperlich vortrefflich gediehen.

Forensisch wichtig ist, dass in diesem Falle die Schuld eines Dritten mit einer an Gewissheit grenzenden Wahrscheinlichkeit auszuschliessen ist. An ein solches Verschulden hier und in ähnlichen Fällen zu denken, ist dringend geboten, schon durch die literarischen Mittheilungen über Unzucht mit Kindern. Man braucht nur sich der Mittheilung Tardieus erinnern, laut deren Dienstmägde im Verein mit ihren Liebhabern ihnen anvertraute Kinder masturbirten, Cunnilingus mit einem 7jährigen Mädchen trieben, ihm Rüben und Kartoffeln in vaginam einführten und einem 2jährigen Knaben in anum. Tarnowsky<sup>2)</sup> erzählt von einem 26jährigen Manne, der mit einem

2jährigen Knaben Päderastie trieb, Anjel<sup>3)</sup>, Magnan<sup>4)</sup> berichten von Frauen, die sich mit unreifen Knaben sexuell ergötzten, im letzteren Falle sogar mit einem 2jährigen Neffen. v. Krafft-Ebing<sup>5)</sup> spricht von einer grossen Zahl von Fällen, in denen lascive Dienstmädchen, Bonnen, selbst weibliche Verwandte ihnen anvertraute Knaben zur Kohabitation brauchten, erwähnt Unzuchtdelikte von Wüstlingen an Kindern, bei denen „wollüstige Betastung, Flagellation, aktive Manustupration, Benützung der Kinderhand zur Onanirung“, und andere Verfahren mehr zur Anwendung kamen. Er erwähnt die grosse Klasse psychopathologischer Fälle, in deren Mehrzahl wohl erworbene Geistesschwäche vorliegt, er fasst eine andere Klasse psychopathologischer Fälle sogar unter der Sonderbezeichnung „Paedophilia erotica“ zusammen, deren Mitglieder unter beiden Geschlechtern zu finden sind.

In unserem Falle war das Kind in der Obhut eines Dienstmädchens. Möglich erscheint es daher, dass von ihm an den Genitalien des Kindes manipulirt worden war. Undenkbar bliebe es aber, auch bei dieser Annahme, heut noch, dass hieraus bei einem siebenmonatlichen Kinde ein zielbewusstes, fort-dauerndes Onaniren sich entwickeln könnte, welches lange Zeit jeder Therapie, auch der strengsten, spottet. Da auch alle sonstigen körperlichen Reizmöglichkeiten auszuschliessen waren, wie Eczem, Pruritus, Intertrigo, Phimose, Parasiten, ist mir die Annahme wahrscheinlicher, dass hier eine selten frühzeitige, instinktive Bethätigung eines Naturtriebes vorliegt.

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

Von

Dr. Blume-Philippsburg, Baden.

1. Vorsitzender des Vereins Badischer Bahn- und Bahnkassenärzte.

(Schluss.)

Die Verbandtaschen<sup>6)</sup> der Königl. Bayr. Staatseisenbahnverwaltungen sind sehr zweckmässig und geeignet für vor-kommende geringere Verletzungen namentlich des Zugpersonals während der Fahrt; über die Anwendung der in den Taschen enthaltenen Verbandmaterialien müssen die Zugführer und die als solche dienstleistenden Kondukteure von den Bahnärzten gehörig unterwiesen werden. Diese Verbandtaschen eignen sich besonders zur Mitnahme in Güterzügen mit geringem Personal, wogegen in allen zur Personenbeförderung bestimmten Zügen, sowie in denjenigen Güterzügen, welche mit Personenwagen ausgerüstet sind, die sog. kleinen Rettungskasten mit Blutstillungs- und Wiederbelebungsmit-teln und den allernothwendigsten Verbandmitteln zur Beseitigung allernächster Lebensgefahr und zu Nothverbänden, hauptsächlich zur Hilfeleistung auf der Strecke mitzuführen sind. Die Nothwendigkeit der kleinen Kasten ist vielfach bestritten worden, da der Inhalt allerdings sehr oft unbrauchbar wird; unter der strengen Vorschrift einer vierteljährlichen Revision und ferner, dass sie in trockenen Räumen aufbewahrt und gut verschlossen bleiben, müssen wir die allgemeine Einführung auch der kleinen Rettungskasten für nützlich erachten. Zum Gebrauch auf den Stationen müssen aber Rettungskasten vorhanden sein, die Alles enthalten, was der Arzt nöthig hat, um einen Verletzten

<sup>3)</sup> Archiv für Psychiatrie. 15. Bd. 1884, S. 596 und Moll konträre Sexualempfindungen.

<sup>4)</sup> Psychiatr. Vorlesungen. Heft II, III, p. 41.

<sup>5)</sup> Psychopathia sexualis. II. Aufl. S. 374.

<sup>6)</sup> „Vorschriften über das Rettungswesen bei Unfällen auf den Kgl. Bayr. Staatseisenbahnen.“ München 1897.

<sup>1)</sup> Jahrbuch f. Kinderheilkunde. B. 14.

<sup>2)</sup> Die krankhaften Erscheinungen am Geschlechtssinne. Berlin 1886, S. 46.

zu verbinden und transportfähig zu machen, und um plötzlich Erkrankten die erste Hilfe zu gewähren. Diese sog. grossen Rettungskasten haben meistens zwei räumlich getrennte Abtheilungen: die erste Abtheilung ist zum gemeinschaftlichen Gebrauch für den Arzt, Beamten und jeden Nichtarzt, der Samariterdienste zu leisten im Stande ist, bestimmt; die zweite Abtheilung ist nur zur ausschliesslichen Benutzung des Arztes vorgesehen, der mit den Hilfsmitteln eines solchen Kastens wohl im Stande ist, sofort jede dringende Lebensgefahr — soweit dies überhaupt möglich — zu beseitigen, die dazu nöthigen Operationen nach antiseptischen Kautelen geordnet ausführen und Verletzte für den ersten Transport sachgemäss lagern zu können. Die Rettungskasten sind im Grossen und Ganzen ihrem Zwecke wohl entsprechend eingerichtet und erfüllen eventuell auch vollkommen ihren Zweck. Ganz unwesentlich erscheint mir dabei die Frage, ob zu viel Desinfektionsmittel im Kasten vorhanden sind, da sie ja nur einen verhältnissmässig kleinen Raum im Kasten beanspruchen, hingegen scheint mir die richtige Auswahl der Desinfizientien sehr wichtig zu sein, die möglichst in Pulver- oder Pastillenform am besten gewählt werden sollten. Schon wegen der leichten Zerbrechlichkeit grösserer Gläser sollten alle Lösungen möglichst vermieden werden, und z. B. statt der höchst unzweckmässigen Sublimatlösung (20 : 1) 120,0, wie sie in den badischen Kästen vorrätig ist,<sup>6)</sup> die bequemen Angerer'schen Sublimatpastillen à 1,0 in der zweckmässigen Verpackung von Röhren à 20 Stück dafür vorhanden sein. Das in manchen Kästen vorhandene Jodoform empfiehlt sich auf frische Wunden auch nicht, und würde zweckmässiger durch Airol als Streupulver ersetzt; ebenso würde eine im Kasten vorhandene Airolpasta, die mit den Fingern auf die genähte Wunde gestrichen wird, eine tadellose prima intentio sichern und dann manchen späteren Verband ersparen.

Auffallend ist es, dass in allen Rettungskästen der absolute Alkohol zum Desinfizieren der Hände und der Instrumente des Arztes, wie der Haut des Verletzten fehlt; ich halte es nicht für nöthig, einen Kochapparat zum Sterilisieren der Instrumente, wie Dr. Baruch-Paderborn anlässlich seiner bei der Altenbeker Eisenbahnkatastrophe gemachten Beobachtungen wünschte, dem Inhalte des grossen Rettungskastens hinzuzufügen, da ja heisses Wasser, selbst Dampf aus der Lokomotive stets zur Verfügung steht, und der absolute Alkohol nicht nur als gutes Desinfizienzgenügend wirkt, sondern auch noch als Reizmittel für die Schwerverletzten (mit Zuckerwasser vermischt) jedenfalls seinen Platz im Kasten berechtigter einnehmen würde, als der Blechkasten mit den für den Gebrauch oft zweifelhaften Gipsbinden und Gipspulver, der nur eine unnütze Belastung des Kastens bedeutet, und dessen Raum besser durch obiges durchaus notwendige Mittel ausgenutzt werden könnte. Entgegen der Ansicht des Dr. Baruch, der die nicht auskochbaren Pravazschen Spritzen für veraltet erklärt, halte ich eine Pravaz'sche Spritze in Hartgummigarnitur für ganz zweckmässig, sofern Alkohol zum Desinfizieren da ist; es müssten aber unbedingt zur Schmerzstillung auch noch 10 Stück Morphiumpastillen im Kasten sein, in einer Blechbüchse mit deutlicher Aufschrift, und als starkes Reizmittel Aether pur., aber in zugeschmolzenen Glasröhren in der Form eines Taschenfutterales, wie solches im Medizinischen Waarenhaus Berlin N. 24 in mustergiltiger Weise jetzt geliefert wird; der Aether verflüchtigt sich in diesem Röhrchen nicht, die zum Gebrauch an der eingeritzten Stelle mit der Hand leicht abzubrechen sind. In Bezug auf das

<sup>6)</sup> In der mir später zugekommenen neuen Anweisung über die Rettungskästen vom Oktober 1899 befindet sich jetzt Sublimatpapier, 10 Blatt mit je 1,0 Sublimat auf 1 Liter Wasser im Kasten.

Schienenmaterial sind Dr. Baruchs Vorschlag gemäss Holz-papierschienen, Schienen aus Papiermaché oder Aluminium, denen einige Volkmann'sche Schienen für die unteren Extremitäten mit umklappbaren Fussheil, für die obere Extremität rechtwinklig oder stumpfwinklig gebogenen Schienen sicherlich sehr zweckdienlich, aber nicht durchaus notwendig; das in den Kästen verschiedenartig vorhandene Material erfüllt aber auch seinen Zweck, und kann ruhig aufgebraucht werden. — In Bezug auf die äussere Form dieser grossen Rettungskästen muss dem grossen Eisenbahnmodell-Rettungsschrank, konstruirt von unserm unvergesslichen ersten Vorsitzenden des Ausschusses deutscher Bahnärzte, dem leider für die Eisenbahnhygiene so früh verstorbenen Geh. San.-Rath Dr. Brähler (Modell M. W. Medizinisches Waarenhaus Berlin\*) unbedingt der Vorzug gegeben werden. Der Schrank ermöglicht durch das zweitheilige Oeffnen der Thüren, deren Innenseite in praktischer Weise durch Fächer ausgenutzt ist, die geordnete Aufnahme des gesamten Inhalts und bietet hierdurch die schnellste Uebersicht. Durch Einzelentnahme von Verbandzeug u. s. w. bleibt der übrige Inhalt vollständig geordnet. Der Schrank ist aus gutem, trockenem Holz sorgfältig hergestellt, die Fugen desselben sind gegen Eindringen von Staub und Schmutz mit eisernen Schienen bedeckt. Der Schrank selbst auf starken eisernen Rollen ist leicht transportabel und mit gutem Lackanstrich versehen, die für den Schrank nöthigen Schlüssel hängen an gewundenen Lederschnüren in Karabinerhaken an den Seiten des Kastens und brauchen nicht erst mit Bindfaden, Plombe und Plombirzange am Handgriff befestigt zu werden, wie bei unseren Badischen Kästen; die Schlüssel gehen auch nicht so leicht verloren, da man sie während des Gebrauches des Kastens wieder an den Seiten aufhängt. Selbstverständlich ist für den Gebrauch, dass dieselben einer regelmässigen Kontrolle durch den Bahnarzt unterworfen, und dass sie in einem trockenen Raume an einem genau dem gesamten Stationspersonal bekannten Platz aufbewahrt bleiben müssen und nicht unmittelbar auf den Fussboden gestellt werden dürfen, die Preussischen Schränke sind auch in dieser Beziehung sehr zweckmässig und ungemein leicht beweglich und zu handhaben.

Wo sich grosse Rettungskästen befinden, müssen auch Tragbahnen bereit stehen, die auch zusammenlegbar sein können, wodurch sie nur einen geringen Raum einnehmen; sie können auch mit verstellbarer Kopferhöhung versehen sein; die von Braehmer konstruirten zusammenlegbaren Tragbahnen besitzen eine hohe Tragfähigkeit bei dem geringen Gesamtgewicht von nur 12 Kilo. Es sei hier noch auf die geschweiften, zusammenklappbaren Tragbahnen (sog. Schiffmodell) aufmerksam gemacht, die bei engen Raumverhältnissen z. B. in Coupéthüren sehr praktisch sind; die geschweiften Tragbahnen (sog. Bergwerksmodell) nach Prof. Dr. Löbker sind aus eisernem Patentrohr konstruirt, und dient als Lagerungsfläche eine doppelte Spiralfeder-Matratze. Ferner erwähnen wir noch den Tragsitz aus starkem braunen Segeltuch mit polirten Tragestangen, weiter mit verstellbaren Schultergurten, und dann in reicherer Ausstattung mit starkem Segeltuchbezug und mit Rückenlehne, Sicherheitsquerstangen und losen, stellbaren Schultergurten. Sämmtliche Tragbahnen sind im Medizinischen Waarenhaus Berlin N. 24 zu haben, und standen gleich den grossen und kleinen Rettungskästen der Eingangs genannten Eisenbahnverwaltungen den Herren Theilnehmern des Bahnärztetages im Sitzungssaale des Zentralbahnhofes zu München zur Ansicht und zum Vergleich ausgestellt.

\*) Spezial-Preisliste über Sanitätsartikel für Rettungsgesellschaften, Unfallstationen u. s. w. Berlin N. 24., Friedrichstrasse 108 I.



Ich möchte noch auf die neueste verstell- und zusammenlegbare Tragbahre „Ideal“ aufmerksam machen, welche in der Fabrik von Kühne, Sievers u. Neumann in Köln-Nippes gemacht wird; dieselbe ermöglicht es, den Verletzten in jedem Gebäude zu transportieren, ohne genöthigt zu sein, seine Lage auch nur im Geringsten verändern zu müssen. Die Bahre ist aus Band- und Winkleisen konstruirt, hat verstellbare Rücken- und Fusslehne und verstellbare Tragstangen, wodurch erreicht wird, der Tragbahre jede beliebige Stellung zu geben; sie wird vermittels zweier Tragriemen wie ein Tornister auf dem Rücken getragen. Man kann auch dieselbe als Verbandstisch und zum Stuhl einrichten; in letzterer Stellung sehr geeignet für den Transport aus und in Eisenbahncoupés.

Auf einzelnen grösseren Stationen müssten auch Räderbahnen zum Transport von Kranken und Verletzten hinterstellt werden, die aus einem Fahrgestell bestehen, auf das die Tragbahre gesetzt und durch einen einfachen Verschluss befestigt werden kann; es sollte mindestens eine Tragbahre auf jeder Eisenbahnstation hinterstellt sein, deren Aufbewahrungsort ebenfalls dem gesammten Stationspersonal bekannt sein muss.

In Bezug auf sämmtliche Tragbahnen wäre es ungemein zweckmässig, wenn für dieselben ein Einheitsmodell geschaffen werden würde. In Bayern sind bereits die Tragbahnen nach jenen der freiwilligen Sanitätskolonnen deshalb angefertigt, weil letztere stets bereit sind, mit ihren Rettungsrequisiten Hilfe zu leisten und es bei dem Vorhandensein gleichmässig gebauter Tragbahnen ermöglicht ist, auch die auf Tragbahnen der Eisenbahnverwaltung gelagerten Verletzten in die Transportwagen der freiwilligen Sanitätskolonnen ohne Umbettung aufzunehmen.

Behufs Einführung derartiger einheitlicher Rettungsrequisiten, zu denen die Tragbahnen, Räderbahnen, die Transportwagen mit Pferden und die Rettungswagen auf den Eisenbahnen gerechnet werden, sollten die deutschen Eisenbahnverwaltungen vielleicht unter Vermittelung des Reichseisenbahnamtes mit den vom Rothen Kreuz errichteten Männerhilfs- und Samaritervereinen und Sanitätskolonnen gemeinsam das Rettungswerk organisiren, wie es bereits in Frankfurt a. M. geschehen ist, worauf wir weiter unten noch näher eingehen werden.

Zu erwähnen sind ferner noch Krankentransportstühle wie sie bereits seit Jahren bei der Badischen Verwaltung auf 10 Stationen vorhanden sind, die auch bei Eisenbahnunfällen zweckmässig verwendet werden könnten; der Tragstuhl nach Geh. Rat Prof. Czerny aus naturlackirtem Hartholz, mit Rohrgeflecht, Rückenlehne und Fussbrett verstellbar, verstellbare Segeltuchverlängerung als Beinlager ist sehr praktisch.

Dr. Baruch-Paderborn berichtet über die Altenbekener Eisenbahnkatastrophe, dass die Verletzten auf der nackten, schmutzigen und blutgetränkten Erde mit einer spärlichen Schicht Heu bedeckt lagen, es waren 6<sup>0</sup> Kälte; in einer der Unglücksstelle gerade gegenüber befindlichen, nicht mehr bewohnten Wärterbude, in der mehrere Schwerverwundete untergebracht waren, herrschte eine erstarrende Temperatur. „Soweit sie nicht ohnmächtig waren, klagten sie weniger über ihre Verletzungen, als über die entsetzliche Kälte und baten um Schutz; fast alle Verletzten klagten lediglich über die Kälte“.

Auf Grund dieser Erfahrungen muss auf den Stationen eine grössere Anzahl von Decken bereit gehalten werden; es wird noch bemerkt, dass Eisenbahnverletzte auch ohne Blutungen, unter dem Eindruck des Nerven-Shok stehend, in Folge der meist hierdurch bedingten schlechten Herzthätigkeit

frieren. Bei vorhandenem Mangel an Tragbahnen ersetzen die wollenen Decken auch dieselben; Verletzte mit schweren Knochenbrüchen werden erfahrungsgemäss auf Decken ganz ausserordentlich gut und schonend transportirt. Die Decken, am zweckmässigsten noch mit drei festen Henkeln an jeder Seite versehen, müssten in der Anzahl von mindestens zwei Dutzend auf allen denjenigen Stationen vorhanden sein, wo die Hilfszüge resp. Geräthschafts- und Krankentransportwagen bereitstehen. Auf denjenigen Stationen, wo keine Tragbahre vorhanden, müssten mindestens zwei Decken vorrätzig sein, eine zum Transportieren und eine zur Einhüllung des Verletzten, beide aber zum Transport mit Henkelösen versehen.

Auf denjenigen Stationen, wo sogenannte Rettungszimmer vorhanden sind, könnten die Rettungskasten, Tragbahnen, Decken u. s. w. dort untergebracht sein. Meines Wissens hat bis jetzt nur die bayerische Eisenbahnverwaltung diese sehr nachahmenswerthe Einrichtung. Des grossen Interesses wegen, welches wir Bahnärzte an dieser gemeinnützigen Einrichtung nehmen, sei es mir gestattet, den § 18 der Vorschriften über das Rettungswesen bei Unfällen auf den k. b. Staatseisenbahnen vom Jahre 1897, welcher das Rettungszimmer behandelt, hier wörtlich anzuführen:

§ 18. 1. Auf Stationen, in welchen mehrere Bahnlinien zusammenlaufen, oder ein umfangreiches Rangirgeschäft sich abwickelt, sind eigene Zimmer bereitzuhalten, in welchen erkrankten oder verletzten Reisenden oder Bediensteten vor der Ueberführung in ihre Wohnung oder in ein Spital Unterkunft gewährt und nöthigen Falls die erste Hilfe geleistet werden kann. Wenn geeignete Zimmer nicht vorhanden sind, ist bei Neu- und Umbauten oder in sonstiger Weise auf die Beschaffung von solchen Bedacht zu nehmen, provisorisch für Beschaffung von Wellblechbuden Sorge zu tragen.

2. Die Zimmer sollen thunlichst in der Nähe der Bahnsteige gelegen sein, nicht unter 25 Quadratmeter Bodenfläche haben, hell, luftig, heizbar, sowie leicht zugänglich und mit der deutlichen Bezeichnung: „Rettungszimmer“ versehen sein.

3. An den Fenstern sind doppelte Vorhänge, und zwar solche, welche genügend Licht durchlassen, und solche, welche das Zimmer dunkel machen, anzubringen. Letzteres ist täglich zu lüften, mit frischem Wasser zu versehen, nach Bedarf zu reinigen und während der kalten Jahreszeit zu erwärmen.

4. Das Rettungszimmer darf von den Bahn- und Kassenärzten als Ordinationszimmer für das Bahnpersonal benützt werden.

§ 19 bringt eine ausführliche Beschreibung der Ausstattung.

Als leitende Grundsätze für diese Rettungszimmer, die nach meiner Ansicht am besten als eine besondere Abtheilung zwischen den Warteräumen in der Nähe der Restaurationen eingebaut sein müssen, muss gelten, dass sie zum Unterbringen von plötzlich Erkrankten und Verletzten zu dienen, und als Einrichtung Alles zu enthalten haben, was zur Lagerung von mindestens zwei Erkrankten oder Verletzten nöthig ist; ausserdem müssen die nöthigen Arznei- und Verbandmittel zur Blutstillung und Wiederbelebung in stets frischer Beschaffenheit vorrätzig sein; der Gebrauch der Rettungskasten würde durch die Rettungszimmer am besten gewährleistet. Solche Zimmer sollen es auch dem Arzte ermöglichen, dem Kranken vor der Abreise oder nach der Ankunft alle jene Dienstleistungen angedeihen zu lassen, welche die Anwesenheit von Zuschauern ausschliessen; sie sollen auch die mit der Bahn zu transportirenden Geisteskranken den neugierigen Blicken eines gaffenden Publikums entziehen. Die ständige Anwesenheit eines wachhabenden Arztes, wie von einzelnen Seiten vorgeschlagen, halten wir nicht für gerechtfertigt, ge-

radezu unnöthig; höchstens bei Massentransporten und zur Zeit von Epidemien, besonders auf grossen Grenz-Durchgangsstationen, z. B. bei Cholera-Gefahr müsste vorübergehend ein permanenter ärztlicher Dienst eingerichtet werden; doch könnte man hierüber im Zweifel sein, ob dies nicht eigentlich Sache des betreffenden Staates sei.

Auf die Hilfs- oder Geräthschaftswagen brauchen wir hier nicht näher einzugehen, da dieselben aus betriebstechnischen Gründen zur baldmöglichsten Freimachung des gesperrten Gleises vorhanden sein müssen und thatsächlich auch bei allen deutschen Eisenbahnverwaltungen auf den Stationen mit Eisenbahnwerkstätten da sind, wo die nöthigen Lokomotiven und Mannschaften zur Verfügung stehen.

Für den Transport der Verletzten dürften die bei der Armee fertig zusammengestellten Lazarethzüge die muster-giltigsten sein, zu denen 30 Krankenwagen mit je 10 Lagerstätten, ausserdem 11 anderen Zwecken dienende Wagen (Arzt-, Küchen-, Verwaltungs-, Apotheken- und Vorrathswagen) gehören. Den Eisenbahnverwaltungen stehen aber derartige Züge nicht zur Verfügung, sie begnügen sich mit sogenannten Rettungswagen, den als ersten v. Czatory in Budapest 1881<sup>6)</sup> konstruirte; dieselben sind bei den ungarischen Staats-eisenbahnen seit jener Zeit eingeführt. Die österreichische Regierung hat dann später ebenfalls solche Kranken und Transportwagen angeschafft. In Deutschland ist Bayern mit der Einstellung von Rettungswagen vorgegangen, und sind 10 vollständig ausgerüstete Wagen auf den Zentralsitzen der früheren Oberbahnämter zur Unterbringung und Beförderung von Verwundeten bei Eisenbahnunfällen hinterstellt; dieselben sind nach dem Durchgangssystem gebaut und mit Ofenheizung, Gasbeleuchtungseinrichtung, Eiskasten und Abort versehen; da die Wagen Lenkachsen haben, können sie auch auf Lokalbahnen übergehen. In Preussen und den anderen Bundesstaaten fehlten bis jetzt eigene Krankenwagen; bei Unglücksfällen wurden Personenwagen 4. Klasse und Güterwagen mit bereit gehaltener, zweckentsprechender Einrichtung versehen. Bei uns in Baden sind 10 Stationen mit Linxweiler'schen Apparaten<sup>7)</sup> zur Ausrüstung von Güterwagen zum Krankentransport versehen. Derartig eingerichtete Wagen eignen sich wohl hierzu, besonders bei Massentransporten und haben sich im Kriege 1870/71 im Ganzen bewährt. Für die Friedenszeit aber, namentlich für den Transport Schwerkranker halten wir bereitstehende Krankenwagen für dringend erwünscht, und hat nun auch Preussen, besonders auf Grund der bei der Altenbekener Katastrophe gemachten Erfahrungen sich der bayerischen Einrichtung angeschlossen und ist im Begriff, ebenfalls sogenannte Arztwagen anzuschaffen. Auf 77 Stationen des gesammten preussisch-hessischen Staatsbahnbereiches sollen künftig Hilfszüge, bestehend aus einem Geräthschafts- und einem Arztwagen dauernd aufgestellt und lediglich zur Verwendung bei Eisenbahnunfällen zu jederzeitiger Benutzung bereit gehalten werden. Bei der Auswahl der Stationen ist davon ausgegangen, dass auf ihnen eine Betriebswerkstätte und unter Dampf befindliche Reservelokomotiven sich befinden, sowie dass die erforderlichen Rettungsmannschaften und Aerzte in genügender Zahl vorhanden sind. Auf dem Zentralbahnhof zu München war ein Hilfszug (ohne Geräthschaftswagen) zusammengestellt, der aus einem bayerischen, einem neuen preussischen Arztwagen und zwei Güterwagen zusammengesetzt waren, von denen der eine mit dem Linxweiler-

schen Apparat und der andere mit der Port'schen Improvisation durch die Münchener Sanitätskolonne eingerichtet waren. Dieser Hilfszug wurde von den Mitgliedern des 5. deutschen Bahnärztetages, die sich in der über Erwarten grossen Anzahl von 707 Kollegen aus allen Gauen Deutschlands eingefunden hatten, in sehr eingehender Weise besichtigt. Allgemein wurde die praktische Ausrüstung beider Arztwagen anerkannt, und erregte die einfache, aber solide Ausrüstung des neuen preussischen Arztwagens allgemeines Interesse; schwer konnte man in dem schmucken, durch seine Einrichtung geradezu anheimelnden Wagen einen alten Personenwagen 4. Klasse vermuthen, der mit 3700 Mk. Kosten in diesen auch weitgehenden Anforderungen entsprechenden Rettungswagen umgewandelt ist. Die Referenten für Bayern, Hofrath Dr. Beetz in München, und für Preussen, San.-Rath Dr. Schwechten in Berlin haben ja eine genaue Beschreibung der betr. Wagen gegeben, unterstützt durch Zeichnungen derselben, die ein jeder Interessent sich von den betr. Eisenbahnverwaltungen leicht verschaffen kann. Der preuss. Arztwagen hat sich die mit den anderen Rettungswagen gemachten Erfahrungen zu Nutzen gemacht, und hat auch abgesehen von einigen leicht abzuändernden Ausstellungen die ungetheilte Anerkennung der sachverständigen Besucher gefunden. Wenn die beiden grössten Bundesstaaten Deutschlands diese Einrichtungen nun bereits haben, kann es nur noch eine Frage der Zeit sein, dass die anderen Staaten ihnen bald nachfolgen werden. Baden ist freilich wegen der langgestreckten geographischen Lage des Landes schlechter daran, als der besser arrondirte Nachbarstaat Württemberg; ein gegenseitiges Abkommen würde die Anschaffungen dieser Wagen sicherlich erleichtern; hierbei kommt man unwillkürlich zu der Frage: Darf der bayrische Rettungswagen in Würzburg z. B. über die weissblauen Grenzpfähle auf der badischen Strecke nach Lauda nicht herüber?

Bei allen Eisenbahnunfällen ist ein guter Meldedienst eine unbedingte Nothwendigkeit; ich verweise auf die in dieser Beziehung vorgeschriebenen Bestimmungen der preussischen ministeriellen Verordnung vom 28. Februar d. J., die so erschöpfend und praktisch sind, dass denselben nichts mehr hinzuzufügen ist. Telegraph, Telephon und Veloziped müssen in wechselseitige Thätigkeit miteinander gebracht werden, um die ein für allemal für den Rettungsdienst bestimmten Beamten, Aerzte und Arbeiter in möglichst schnellster Zeit zusammen zu bekommen. Weiterhin will die preussische Verordnung noch besondere Bestimmungen ergehen lassen wegen weiterer Ausbildung der Fernsprechverbindungen, der Block- und Bahnwärter und Blockwärterhäuser mit der nächstgelegenen Station, sowie wegen Anstellung von Versuchen mit Fernsprechverbindungen, die von der Unfallstelle herzustellen sind.

Ueber die Nothwendigkeit von ausgebildeten Hilfsmannschaften können wir schneller hinweggehen, da ja bei denjenigen Verwaltungen, wo der bahnärztliche Dienst organisirt ist, die Fahrbeamten und das Stationspersonal in der ersten Hilfeleistung jährlich in einer Anzahl von Unterrichtsstunden und wiederholt unterwiesen werden; es muss den Leuten, denen sämmtlich zweckmässiger Weise auch eine kleine Anleitung in die Hände gegeben werden sollte, immer von Neuem der höchste Grundsatz bei der ersten Hilfeleistung eingepägt werden: „Nur nicht schaden“.

Die praktischen Uebungen der Einrichtung von Güterwagen mit den Linxweilerschen oder ähnlichen Apparaten müssen viel häufiger gemacht werden, die preussische Verordnung schreibt daher höchst zweckmässig vor, dass mindestens zweimal im Jahre, darunter einmal zur Nachtzeit eine un-

<sup>6)</sup> „Le Transport des Malades et des Blessés dans les Waggons“ par Dr. Louis de Czatory. Budapest. 1894.

<sup>7)</sup> „Transport Kranker und Verwundeter auf Eisenbahnen“. Einrichtung von Hilfs-Lazarethzügen. System: J. Linxweiler, München.

vermuthete Alarmirung der sämmtlichen hierzu berufenen Beamten, Aerzte und Arbeiter vorzunehmen ist, ebenso soll der Hilfszug einschliesslich der Lokomotive, mit sämmtlichem Personal bereit gestellt werden, womit dann eine Uebung mit den Mannschaften im Rettungs- und Aufräumungsdienst zu verbinden ist. Weiter müsste die Uebung derartig abgehalten werden, dass die Güterwagen während einer faktisch unternommenen Fahrt in einer bestimmten Zeit zu Krankenwagen eingerichtet werden müssten.

Bei den Hilfsmannschaften muss ein Zusammenwirken mit Sanitätskolonnen und Männerhilfevereinen vom Rothen Kreuz erzielt werden, die gerade in dieser Beziehung ihre Berechtigung begründen und anlässlich der traurigen Eisenbahnkatastrophe in Heidelberg vor dem Karlsthor in einer geradezu aufopfernden, auch von autorativer Seite anerkannten Weise ihren Zweck bethätigt haben. Diese Kolonnen oder Samaritervereine müssen auf den Stationen, wo Apparate zur Ausstattung von Güterwagen und Krankentransportwagen vorhanden sind, unter Aufsicht von Bahnbeamten und der betreffenden Bahnärzte mit den Eisenbahnern zusammen Uebungen abhalten. Im Uebrigen verweise ich auf meine bei den Tragbahnen gemachten Vorschläge, um ein einheitliches Zusammenwirken der betreffenden Faktoren zu gewährleisten. Dr. Rödiger, Frankfurt a. M., hat auf dem 5. deutschen Samaritertag in Posen, am 2. Juli d. J., anlässlich des Davidssohnschen Vortrages auf die in Frankfurt a. M. getroffenen Einrichtungen aufmerksam gemacht, wobei er als das Wesentlichste hervorhob, dass dort durch das Zusammenwirken aller in Betracht kommenden Faktoren unter thatkräftiger Mithilfe des sehr verdienstvollen Vorstandes der Eisenbahndirektion Frankfurt a. M., Herrn Präsidenten Thomé: Eisenbahn, Rettungsgesellschaft, Sanitätskolonne, Polizei, Aerzteverband für das Rettungswesen — etwas Brauchbares geschaffen worden sei. Nach dem Muster dieser Organisation, wenn auch natürlich mit verschiedenen, durch örtliche Verhältnisse bedingten Abänderungen, hat die Eisenbahndirektion Frankfurt a. M. bereits an 38 Stellen ihres Dienstbereiches ähnliche Einrichtungen getroffen; es sei auf die sehr beachtenswerthe Schrift von Dr. Rödiger: „Die Einrichtungen in Frankfurt a. M. für erste Hilfeleistung bei Eisenbahnunfällen“, Sonderabdruck aus der „Zeitschrift für Samariter- und Rettungswesen“, Nr. 12 u. 13 (1902) noch ganz besonders hingewiesen. Dr. Düms (Leipzig) berichtet bei gleicher Gelegenheit, dass die Sächsische Eisenbahnverwaltung den Landessamariterverband ersucht hat, die Samariterinstruktion einheitlich für das gesammte fahrende Personal zu gestalten, sowie dass die Unterbringung einer eigenen Rettungswache in dem neu zu erbauenden Zentralbahnhofe in Leipzig bereits in die Wege geleitet ist.

Als ein grosser Mangel muss es beklagt werden, dass bei den deutschen Eisenbahnverwaltungen kein gemeinsames Regulativ über das Rettungswesen bei Eisenbahnunfällen besteht. Bayern besitzt bereits seit vielen Jahren ein solches mit erläuternden Beilagen und Zeichnungen, kurz, klar und gemeinverständlich zusammengefasst. Die jetzt in Preussen unter dem Vorsitz der Eisenbahndirektion Münster in Westfalen von den Eisenbahndirektionen Berlin, Kassel, Breslau und Altona auszuarbeitende allgemeine Dienstvorschrift dürfte wohl das Vollkommenste werden, was dann überhaupt bestehen würde. Die vom preussischen Ministerium der öffentlichen Arbeiten gegebenen Direktiven und die von dieser Stelle bezeichneten Gesichtspunkte lassen bestimmt erwarten, dass mit dieser Dienstvorschrift auch die weitgehendsten Forderungen der Eisenbahnhygiene erfüllt werden, die mit der Vervollkommnung der betriebstechnischen Hilfsmittel Hand in

Hand gehen. Das Eisenbahnwesen bedingt eben durch seinen ungemein komplizirten Apparat zahlreiche Gefahren für Personal wie für Reisende, und trotz der immer mehr angestrebten Vervollkommnung aller Einrichtungen und der Betriebsmittel werden die Eisenbahnunfälle bei der kolossalen Steigerung des Verkehrs und den immer mehr wachsenden Ansprüchen des reisenden Publikums in Bezug auf den Komfort und die Fahrgeschwindigkeit leider niemals aufhören.

Schliesslich braucht wohl nur noch der wohl berechtigte Wunsch ausgesprochen werden, dass allen Bahn- und Bahnkassenärzten je ein Exemplar des Amts- oder Verordnungsblattes der betreffenden Eisenbahndirektion übermittelt wird, wenn in demselben Verfügungen enthalten sind, welche zu kennen den Aerzten von Wichtigkeit ist. Ich nehme keinen Anstand, zu erklären, erst aus den politischen Tagesblättern bei uns erfahren zu haben, dass bei uns in Baden bereits seit Jahren auf zehn Stationen Krankentransportstühle sich befinden, deren Standorte ich aber erst später in einem Schreiben der Generaldirektion an mich erfuhr.

Wir Bahnärzte hoffen, dass unsere Verhandlungen auf dem 5. deutschen Bahnärztetage in München über die Rettungseinrichtungen bei den deutschen Eisenbahnverwaltungen den gewünschten Erfolg haben mögen zu einer möglichst schnellen Reorganisation und Vervollkommnung unseres Rettungswesens; wir halten uns weiter überzeugt, dass die Eisenbahnverwaltungen, unser ernstes Streben für erfolgreiche Mitarbeit anerkennend, sich nicht der Einsicht werden verschliessen können, dass diese scheinbar kostspieligen Forderungen der Eisenbahnhygiene doch billig sind, sofern sie ihren Zweck erfüllen, nämlich: Verhütung von Krankheiten und schnelle, erfolgreiche Hilfe bei schweren Eisenbahnunfällen.

## Referate.

### Chirurgie.

#### Ueber die Verwendbarkeit der Sehnenreflexe in der Chirurgie.

Von Dr. Alfr. Stieda, Ass. der chir. Klinik in Königsberg.

(Monatsschr. f. Unfallheilk. und Inval.-Wesen 1902, Nr. 10.)

Die Sehnenreflexe werden bei der Diagnose chirurgischer Krankheiten wider Gebühr vernachlässigt. Sie sind bei Unfallverletzten in einem gewissen, dem Ort der schmerzhaften Erkrankung entsprechenden Bezirk gesteigert. Mangel einer Steigerung — wenn er nicht etwaigem Muskelschwund oder dergleichen entspringt — spricht für Fehlen wirklicher Beschwerden. Die Steigerung ist eindeutig, wenn sie nur am verletzten Gliede sich findet. Häufig aber ist sie beiderseitig. Wenn sie beiderseits gleichmässig ist, ist zunächst zu prüfen, ob sie einem organischen Nervenleiden, einer funktionellen Neurose oder einem Allgemeinleiden ihre Entstehung verdankt (Steigerung findet sich z. B. bei Marasmus, Kachexie nach Karzinom oder Sarkom, Tuberkulose, maligner Syphilis, Morbus Basedowii, Osteomalacie, Rekonvaleszenz). Sind solche Möglichkeiten auszuschliessen, so ist auch die doppelseitige Steigerung auf die örtliche Schädigung des einen Gliedes zu beziehen, und das Auftreten am gesunden Glied entweder durch den oft bis zur Schmerzhaftigkeit stärkeren Gebrauch desselben oder durch symmetrische Reflexbahnung zu erklären. Bei beiderseits ungleicher Steigerung findet sich die stärkere auf der verletzten Seite. Bei doppelseitigem Leiden, z. B. Plattfuss, ist der Reflex auf der Seite der grösseren Beschwerden stärker.

Lebhafter werden die Reflexe nach Gebrauch des Gliedes (Umhergehen, Armübungen!), schwächer nach Ruhe.

Die Reflexsteigerung ist ferner um so stärker, je näher das Reflexzentrum dem Ursprung der Erregung liegt. Das giebt vielleicht den Schlüssel zum Verständniss der traumatischen Neurosen.

Nicht allein Erkrankungen der Glieder bewirken Reflexsteigerungen, sondern auch des Beckens und der Wirbelsäule, letzterer, soweit nicht das Rückenmark unmittelbar geschädigt wird.

Die Beurtheilung der Sehnenreflexe muss immerhin stets im Zusammenhang mit den anderen Befunden geschehen.

E. Wullenweber-Schleswig.

### Ueber frühzeitige operative Behandlung unkomplizirter intra- und präartikulärer Frakturen.

(Aus dem städtischen Krankenhause zu Altona; Oberarzt Prof.

Dr. König.)

Von Dr. Lessing.

(Archiv für klinische Chirurgie, Band 68, Heft 1.)

Während bei den Diaphysenbrüchen auch ohne ein genaues Aneinanderpassen der Bruchenden eine Heilung mit günstigem funktionellen Resultat erzielt wird, vorausgesetzt dass die Richtung der Bruchstücke einigermaßen der Norm entspricht, so trifft dieses bei den Gelenkbrüchen, welche besonders grosse Neigung zu Dislokationen haben, nicht zu. Hier ist zur Erreichung eines günstigen Resultates genaues Aneinanderliegen der Bruchflächen erforderlich, weil andernfalls durch vorspringende Knochenstücke, überreichliche Bildung von Kallus u. s. w. die Bewegungsfähigkeit des Gelenkes in hohem Grade beeinträchtigt wird. Lässt sich die Dislokation der Fragmente in diesen Fällen durch die bisherigen Behandlungsmethoden nicht völlig beseitigen, was durch Röntgenstrahlen festzustellen ist, so hat möglichst bald eine blutige Reposition mit nachfolgender Knochennaht zu erfolgen. Diese Behandlungsweise bietet ausserdem die Möglichkeit einer frühzeitigen Bewegung des Gelenkes, wodurch eine Versteifung desselben und ein Schwund der Muskeln hintangehalten wird.

Verf. berichtet über 6 frühzeitig operirte Gelenkbrüche und ist mit den erzielten Resultaten durchaus zufrieden.

Bei den Diaphysenbrüchen der langen Röhrenknochen ist von einer Operation abzusehen. Niehues-Berlin.

### Ein neuer Bewegungsapparat.

Von Oscar Vulpius.

Aus der Dr. Vulpius'schen orthopädisch-chirurgischen Heilanstalt in Heidelberg.

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

Der in einer Abbildung veranschaulichte Apparat, ein Laufbarren, welcher ausser den Holmen auch noch verstellbare Krücken und eine Reckstange trägt, unterscheidet sich von den übrigen Laufapparaten wesentlich dadurch, dass er die Patienten zum Laufen zwingt. Er trägt nämlich einen verschieden schief verstellbaren Boden, welcher, jalousieartig gestaltet, endlos auf Gummirollen läuft, beliebig gebremst werden kann, beim Freiwerden aber unter der Berührung der Füße vermöge seiner Schrägstellung in Bewegung geräth und dadurch zum Ausschreiten anregt. Der Apparat wird von der Firma Heldmann & Bender, Holzwaarenfabrik in Bensheim, Hessen, gefertigt. Seelhorst.

### Funktionsherstellung durch Sehnenverpflanzung.

Von Dr. Richard-Magdeburg.

(Berl. klin. Wochenschr. 1902, No. 7.)

In einem Vortrage mit Demonstration bespricht Verf. die von Nicoladoni (1882) eingeführten, anfangs der neunziger Jahre von Drobnik u. A. wieder aufgenommene Sehnenverpflanzung, d. h. Abtrennung der Sehne eines gesunden Muskels und Anheftung derselben an die Sehne eines ge-

lähmten oder geschwächten. Das Verfahren kann abgeändert werden je nach der Lage des einzelnen Falles: die gelähmte Sehne kann an die gesunde, die aktive Sehne an den Knochenansatz der gelähmten angeheftet, beide können — losgetrennt oder nicht — mit einander vereinigt werden u. s. w. Die Aufstellung des Operationsplanes, der von Fall zu Fall verschieden ist, geschieht auf Grund vorangegangener Prüfung der elektrischen Erregbarkeit; er kann aber noch verändert werden während der Operation auf die Besichtigung oder nochmalige direkte faradische Untersuchung der freigelegten Muskeln hin, ferner ergänzt werden durch Verkürzung oder, seltener, Verlängerung von Sehnen.

Dankbare Fälle für diese plastischen Operationen liefern die spinale und cerebrale Kinderlähmung, die Little'sche Krankheit, Hemiplegieen, der angeborene Klumpfuß, die rezidivirende Flexionskontraktur des Kniegelenks. Zur Behandlung kommen am meisten Fuss und Unterschenkel, aber auch der Oberschenkel und die obere Extremität. Nach der Operation wird für einige Wochen ein Gipsverband angelegt. Mitunter dauert das Eintreten des Erfolges länger, ist aber noch innerhalb eines Jahres möglich. E. Wullenweber-Schleswig.

### Ein Fall traumatischer Muskelerkrankung.

Von Dr. Rob. Lehmann-Danzig.

Mit 2 Abbildungen.

(Mon.-Schrift f. Unfallheilk. und Invalidenwesen. 1902, No. 4.)

Ein Matrose hatte einen Messerstich unterhalb des Schulterblattwinkels (welcher Zwischenrippenraum? Ref.) erhalten; daran hatte sich eine eitrige Brustfellentzündung angeschlossen. Nach 2 Jahren fand sich ausser der tief eingezogenen und in weiterer Umgebung fest mit der Unterlage verwachsenen Narbe stark zusammengesunkene linke Brusthälfte, S-förmige Verbiegung der Wirbelsäule und abnorme Annäherung des linken Schulterblattwinkels an die dort linkskonkave Wirbelsäule. Bei seitlichem Erheben der Arme über die Horizontale erreicht das Schulterblatt normale Ruhestellung, die Wirbelsäule streckt sich im Ganzen und unterhalb der Narbe bildet sich eine gleichgerichtete Delle, über und unter der Muskelwülste sich anspannen und neben der ein Stück Wirbelsäule linkskonvex bleibt, letzteres, weil es dem Narbenzug unterliegt.

L. bezieht die abnorme Stellung des Schulterblattes auf eine Insuffizienz des M. serrat. ant. maj., herbeigeführt durch Annäherung von Ursprung und Ansatz desselben in Folge Einsinkens der linken Brusthälfte. Muskelschwund zeigte sich an den durchschnittenen Bündeln des unteren M. trapezius, der mittleren Partie des Ursprungs des M. latissimus dorsi und des M. erector trunci.

(Beschreibung und Abbildung der Stellung des Schulterblattes haben entschieden Aehnlichkeit mit der bei theilweiser Serratuslähmung. Sollte nicht ein Schwund dieses Muskels durch Nichtgebrauch vorliegen, da doch wohl der Kranke die Erhebung des linken Armes wegen der pleuritischen Schmerzen möglichst einschränkte, und der M. serratus durch seinen Ursprung diese besonders hervorzurufen im Stande ist im Gegensatz zu den anderen beiden Armhebern MM. deltoideus und trapezius? — Eine eigentliche traumatische Muskelerkrankung liegt nicht vor, nur ein Schwund, zum Theil wegen der Durchschneidung, zum Theil wegen der veränderten Mechanik. Ref.). E. Wullenweber-Schleswig.

### Ueber Riss des geraden Bauchmuskels und seinen Mechanismus.

Von Dr. Schmidt-Kottbus.

(Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenwesen 1902, No. 6.)

In Prof. Dr. Thiems Anstalt in Kottbus kam folgender Fall zur Beobachtung: Ein Maschinenführer wollte einen Lowry-

kasten umkippen; als er zunächst unter Aufstemmen des rechten Fusses mit beiden Händen die Hebelstange an der Schmalseite zog, darauf gegen die Längsseite mit leicht gebeugten Knien und an die Brust gelegten Oberarmen und gegen den Leib gelegten Ellbogen sich anstemmte, fühlte er zweimal einen heftigen Schmerz in der rechten Unterbauchgegend. Nach einer halben Stunde erfolgte Erbrechen. Eine nach einigen Tagen sich bildende Geschwulst im rechten Hypogastrium täuschte zunächst einen perityphlitischen Abszess vor, enthielt reichlichen Eiter, ihre Höhle reichte bis zur Mittellinie. Von ihr aus konnte drei Fingerbreiten über der Symphyse ein vollständiger Riss des rechten M. rectus festgestellt werden. Heilung nach sechs Wochen.

Verf. bespricht unter Heranziehung von Maydl's Statistik der Rekturrisse (D. Ztschr. f. Chir. XVII, 3—6 u. XVIII, 1 u. 2) den Mechanismus derselben. Von 12 Fällen war der Riss neunmal oberhalb, einmal in der Höhe und zweimal unterhalb des Nabels. Diese Vertheilung scheint hinzuweisen auf die Inscriptiones tendineae, von denen zwei oberhalb, eine in der Höhe, eine angedeutete unterhalb des Nabels sich finden. Wahrscheinlich entsteht der Riss in oder über diesen, da sie doch am wenigsten dehnbar sind. Angaben aus der Autopsie mit Ausnahme eines operirten Falles liegen nicht vor.

Einmal war nach Maydl der Riss beiderseitig, einmal links, einmal rechts; weitere Angaben fehlten. Für das beiderseitige Zustandekommen ist nöthig das gleichmässig gerade Vornüberziehen des Brustkastens (Aufrichten beim Hintenüberfallen) oder Heben des Beckens nach vorn (Aufrichten nach Sprung). Das scheinbar wesentlich häufigere einseitige Entstehen wird wohl bewirkt durch sog. spiralige Aufdrehung des Muskels, d. h. z. B. neben dem Aufrichten des zurückfallenden Körpers gleichzeitige Drehung des Körpers um seine Längsachse nach schiefer Abprung. Verf. hält die verschiedene Kraftentwicklung des rechten und linken Armes und dadurch bedingtes ungleichmässiges Aufrichten des Oberkörpers ebenfalls für sehr wichtig.

Auffallend war in S.'s Fall das Erbrechen, welches eine Reizung des Bauchfells bedeutet, und die Vereiterung, für welche Anhaltspunkte sich nicht ergaben.

E. Wullenweber-Schleswig.

## Neurologie und Psychiatrie.

### Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher.

Von Gustav Aschaffenburg.

(Centralbl. f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie, 1902, Mai.)

Ein interessanter Beitrag zu der so oft diskutirten Frage, der, wenn er auch mit besonderer Bezugnahme auf badische Verhältnisse geschrieben ist, doch hier besprochen zu werden verdient wegen der kritischen Berücksichtigung der allgemeinen Gesichtspunkte.

Da bei der Beantwortung der Frage die Interessen des Strafvollzuges, der öffentlichen Rechtssicherheit, der Irrenanstalten und endlich die der Kranken selbst kollidiren, so ist es erklärlich, dass eine endgiltige Regelung der Angelegenheit nicht so bald zu erwarten steht.

Die Aufrechterhaltung der Disziplin der Strafanstalten verlangt die Ausscheidung aller Geisteskranken. Wird der Kranke für straffähig erklärt, so wird er Objekt der Irrenfürsorge, da seine Entlassung doch nicht angängig ist; aber wo soll er aufbewahrt werden? Verf. spricht sich gegen Adnexe der Strafanstalten aus, sowie auch gegen besondere Irrenanstalten, da die Anhäufung antisozialer Elemente in solcher Menge recht bedenklich erscheint. Andererseits sah N. in der Heidelberger Klinik, trotz der grossen Zahl krimineller Kran-

ker, nur relativ wenig Individuen, die den Wunsch nach einer besonderen Abtheilung wachrufen konnten; und bei diesen war die Schwierigkeit für den Anstaltsbetrieb fast stets in der Psychose begründet, nur selten in der kriminellen Vergangenheit und dann speziell in der Entweichungsgewandtheit. Aus seinen Erfahrungen schliesst Verf., dass die Erbauung einer eigenen Anstalt für ein Land wie Baden völlig überflüssig ist.

In einem zweiten grösseren Abschnitte bespricht Verf. die Frage der Entlassung gemeingefährlicher Geisteskranken unter besonderer Rücksichtnahme auf die drei einschlägigen preussischen Ministerialverordnungen der jüngsten Zeit. Es kann dem Irrenarzte nur erwünscht sein, wenn bei der Entlassungsfähigkeit auch die Kenntniss der wirtschaftlichen Lage und der Familienverhältnisse der zu Entlassenden berücksichtigt wird. Wird der Irrenarzt das Gutachten so abfassen, dass die leitenden Gesichtspunkte auch dem Nichtarzte verständlich werden, werden die zur Entscheidung berufenen Gerichts- und Polizeibehörden sich ebenfalls bemühen, die Grundlagen psychiatrischer Beurtheilung sich zu eigen zu machen, so wird die Handhabung der Verordnungen in der Praxis leicht.

Mit Recht mahnt Verf. schliesslich zur äussersten Vorsicht bei der Wiedereinziehung der von ihrer Geistestörung Gebesserten oder Genesenen, falls die Strafe noch nicht abgesehen ist.

Ernst Schultze.

### Wann dürfen Homosexuelle heirathen?

Von Albert Moll.

(Deutsche medizinische Presse, 1902, No. 6.)

Es giebt Homosexuelle, die nach Familienleben streben, und insbesondere giebt es weibliche Homosexuelle, die Muttergefühle haben. In Folge dessen erscheint die Frage, wann Homosexuelle heirathen dürfen, nicht unberechtigt.

Massgebend bei deren Beantwortung ist das Verhältniss von Mann und Frau, nicht nur die rein physische Möglichkeit zur Ausübung des Coitus, sondern auch das psychische Verhältniss der beiden Theile zu einander, und dann die Rücksicht auf die Nachkommenschaft.

Verfasser hält die Ehe für kontraindiziert nicht nur, wenn die Coitusmöglichkeit ausgeschlossen oder aber stark vermindert ist, sondern auch, wenn die Homosexualität die psychosexuellen Beziehungen von Mann und Weib zu stören geeignet ist. In vereinzelt Fällen, wo nur zeitweilig homosexuelle Neigungen auftreten, könnte die Ehe als Heilmittel angesehen werden und in Betracht kommen, wenn nicht auf die Nachkommenschaft Rücksicht zu nehmen wäre; sie ist dann zu widerrathen, wenn eine degenerirte Nachkommenschaft zu erwarten ist. Der Naturheilvergang des Aussterbens der degenerirten Rasse kommt nur für die öffentliche, nicht für die private Hygiene in Betracht. Natürlich darf andererseits nicht jedes beliebige nervöse Symptom schon genügen, von der Ehe abzurathen, sonst müsste dies fast immer geschehen. Eine Gefährdung der Nachkommen ist aber vorhanden, wenn in der Familie des Homosexuellen schwere, erblich belastende Nerven- oder Geisteskrankheiten aufgetreten sind; noch grösser ist die Gefährdung, wenn auch der andere Theil aus kranker Familie stammt oder wenn beide Theile blutsverwandt sind. In letzterem Falle kann über den schädigenden Einfluss kaum ein Zweifel sein.

Das Urtheil im konkreten Fall ist also meist nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu fällen.

Ernst Schultze.

### Die Stellung der Hysterie zur Epilepsie.

Von O. Kaiser.

(Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. April 1902.)

V. bekämpft energisch die von Steffens vor Kurzem

aufgestellte Hypothese, dass das Wesen der Hysterie und Epilepsie überhaupt nicht prinzipiell unter einander verschieden sei, sondern dass dieselbe Krankheitsursache hierbei nur in verschiedener Form und in verschiedener Intensität und Nachhaltigkeit in die Erscheinung trete.

In der That sprechen sich auch die meisten, von V. angeführten Autoren dafür aus, dass beide Krankheiten entsprechend der grundsätzlichen Verschiedenheit ihres inneren Wesens, trotz aller Uebereinstimmung in vielen Symptomen grundsätzlich von einander zu trennen sind.

Für die Hysterie ist charakteristisch die abnorme pathologische Beeinflussbarkeit des gesammten Nervensystems durch Vorstellungen, sei es durch fremdartige (Suggestion) oder durch eigene (Autosuggestion), so dass man mit Sommer von „Psychogenie“ oder von pathologischer Hypersuggestibilität reden möchte.

Der Epilepsie liegen Autointoxikationen in Folge abnormer Stoffwechselforgänge im Organismus zu Grunde, welche mit pathologischen Veränderungen der Hirnrinde vergesellschaftet sind. Auch die Beobachtung, dass beim epileptischen Anfall die festen Harnbestandtheile beträchtlich vermehrt, beim hysterischen Anfall die festen Rückstände von Harnstoffen und Phosphaten vermindert sind, verdient nach V. Beachtung.

Ernst Schultze.

### Gynäkologie.

#### Verurtheilung eines praktischen Arztes wegen fahrlässiger Körperverletzung in fünf Fällen durch Einlegen eines von ihm erfundenen besonderen Intra-uterin-Pessars als Frauenschutz.

Von Keferstein.

(Zentralbl. f. Gyn. N. 23. 1902.)

Verf. veröffentlicht die näheren Details über obige Angelegenheit, in der er wohl als Gerichtsarzt thätig war.

Der Obturator, um den es sich handelt, besteht aus einem versilberten Stäbchen, das in zwei federnde Enden auseinandergeht, welche, mit einem Führungsstab eingeführt, sich in die beiden Tubenecken einlegen. Nach Keferstein ist der Apparat kein Mittel zur Verhütung der Empfängnis, sondern ein Abtreibungsmittel. Denn da die vordere Platte die Gebärmutteröffnung nicht dicht abschliesst — schon um das Menstrualblut herauszulassen — kann auch der Same in die Gebärmutter eindringen, aber natürlich wird eine Entwicklung des Eies in derselben durch den darinliegenden Stab unmöglich.

Der Erfinder hat das Instrument bei ca. 800 Frauen angewendet.

In fünf gerichtlich verhandelten Fällen sind nun Erkrankungen von Frauen durch das Instrument erzeugt worden. In drei Fällen davon war dasselbe zerbrochen und Theile desselben im Uterus zurückgehalten worden. Es war dabei einmal jauchiger Ausfluss und einmal Frühgeburt entstanden, eine dritte Frau starb zwar an Tuberkulose, aber es hatte jauchiger Ausfluss und Entzündung der Gebärmutter und der Adnexe bestanden, wie die Obduktion erwies. In den beiden letzten Fällen schwanden die Beschwerden nach Entfernung des Instruments.

Das Gericht nahm an, dass der Angeklagte als Fachmann die Möglichkeit schädlicher Folgen des Instruments erkennen musste und hat ihn deshalb wegen strafbarer Fahrlässigkeit zu fünf Monaten Gefängnis verurtheilt.

Schwarze.

#### Spontane Ruptur der Scheide mit kolossalem Darmvorfalle.

Von Dr. Rommel.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 64, Heft 1-3.)

Eine 38jährige Bauernfrau, welche sechs normale Geburten, die letzte vor 8 Monaten, durchgemacht hatte, klagte seit 1-2 Monaten wiederholt über Schmerzen im Unterleib. Eine Untersuchung fand nicht statt; Pessar wurde nicht getragen. Nach Erledigung ihrer anstrengenden Arbeit (unter Anderem Tragen eines sehr schweren Kessels) fuhr sie mit der elektrischen Bahn nach Hannover, um Einkäufe zu besorgen. Näheres über den zweistündigen Aufenthalt in der Stadt konnte nicht ermittelt werden. Die Frau fühlte sich jedoch nicht wohl, kehrte nach Hause zurück und begab sich sogleich zu Bett. Nach einer Stunde bemerkte sie zwischen den Beinen eine apfelgrosse blaurothe Geschwulst, welche bis gegen Abend die Grösse eines Manneskopfes erreichte. Der jetzt gerufene Arzt ordnete Ueberführung in das Krankenhaus an.

Hier fand sich ein mannskopfgrosses Konvolut von gebälhten rothen Darmschlingen vor der Scheide liegend; eine Schlinge von ungefähr 25 cm Länge war von ihrem Mesenterialansatz abgerissen und blauschwarz gefärbt. Die Schlingen konnten in Beckenhochlagerung bis auf eine reponirt werden; Riss in der Scheide wurde nicht entdeckt. Am zweiten Tage trat der Tod ein. — Die Sektion ergab eine Ruptur der hinteren Wand der Vagina in Form eines kreisrunden Loches von 4 cm Durchmesser, welches 6 cm vom inneren Muttermund entfernt lag.

Verf. führt die Ruptur auf eine abnorme Brüchigkeit der hinteren Scheidenwand zurück; mikroskopische Untersuchung des Gewebes fand nicht statt.

Niehues-Berlin.

#### Doppelte Ruptur der Nabelvene mit doppelter Hämatombildung bei spontaner Geburt.

Von V. Westphalen.

(Zentralbl. f. Gyn. No. 12, 1902.)

Die Ueberschrift enthält das Besondere des Falles. Verf. macht darauf aufmerksam, dass diese seltenen Vorkommnisse ein grosses gerichtsärztliches Interesse haben, wenn die Mutter eine Sturzgeburt gemacht hätte, bei der das Kind sich sehr leicht hätte verbluten können.

Schwarze.

#### Vereinigung deutscher Hebammenlehrer und Wöchnerinnenasyl-Direktoren.

Von Brennecke.

(Centralbl. f. Gyn. Nr. 9.)

#### Die neuesten Vorschläge zur Reform des Hebammenwesens.

Von Vogel.

(Ebenda Nr. 24).

#### Die Zukunft unseres Hebammenwesens.

Von Ahlfeld.

Schatz hatte auf der Naturforscher-Versammlung in Hamburg die Anregung zur Konstituierung einer Vereinigung deutscher Hebammenlehrer gegeben. Brennecke begrüsst dieselbe mit Freuden, sieht aber die Aufgabe der Hebammenlehrer nicht nur in einer Reform des Hebammenwesens, sondern in einer Reform der ganzen geburtshilflichen Ordnung und der Wöchnerinnenasyle, deren Direktoren der Vereinigung ebenfalls beitreten müssten.

Vogel bringt zunächst in referirender Weise die Forderungen, die Brennecke, Fritsch, Freund und Fehling für die Reform des Hebammenwesens wünschen. Ich füge sie hier folgend in ihren Hauptpunkten an:

1. Brenneckes Forderungen: Wohnung des Lehrpersonals in der Anstalt und entsprechende Honorirung während dieser Zeit. Dauer des Kursus 1 Jahr. Aufhebung des Präsentationsrechtes der Gemeinden. Höhere geistige Qualifikation, nachgewiesen durch Absolvierung einer höheren ev. mittleren Töcherschule. Anstellung sämtlicher Hebammen als Bezirkshebammen in dazu besonders eingetheilten Bezirken. Garantie eines Mindesteinkommens, Reformirung der Gebührenrentaxe. Gesetzliche Alters- und Invalidenversorgung.

2. Fritsch'Vorschläge: Heranziehung intellektuell besserer Kräfte; Verbesserung des Unterrichts; Wiederholungskurse und Nachprüfungen; Regelung der polizeilichen Vorschriften: Aufbesserung der Taxe und garantirtes Mindesteinkommen; Entschädigung bei vorübergehender oder dauernder Erwerbsunfähigkeit.

3. In Ahlfelds Artikel wird die Forderung besserer Bildung aufgestellt und die Nothwendigkeit, dass die Hebamme ihre Thätigkeit als einzigen Beruf betreibe.

4. Freund verlangt ebenfalls bessere Bildung, längere Kurse, Altersgrenzen nach unten und oben, Zuziehung zu geburtshilflichen Operationen und zu poliklinischen Geburten, Unterrichtsertheilung nur durch geburtshilfliche Spezialisten, Verbot der inneren Wendung, der Plazentarlösung und der Abortbehandlung für den gewöhnlichen Stand. Dagegen will er aus einzelnen begabten Wesen desselben noch eine höher ausgebildete Klasse schaffen (Hebärztin!), der die operative Geburtshilfe (Credé, Extraktion, Zange, Wendung, Perforation, manuelle Plazentarlösung!) gestattet sein soll.

Auch eine gewisse gynäkologische Ausbildung soll durchgeführt werden, unter allen Umständen aber die Kenntniss der ersten Symptome und des Krankheitsbildes des Karzinoms.

Fehling wendet sich energisch gegen jene letzteren Vorschläge Friends, dessen allgemeine Grundsätze er gelten lässt.

Auch Vogel verlangt durchaus, dass die nach preussischem Hebammenlehrbuch unter gewissen Bedingungen noch gestattete innere Wendung und manuelle Plazentarlösung verboten wird und ebenso verwirft er die extremen Vorschläge Friends, indem er sich den Fehlingschen Einwänden anschliesst.

Schwarze.

### Ergänzungsblatt 3 und 8 zum Preussischen Hebammen-Lehrbuch.

Von Ahlfeld.

(Centrbl. f. Gyn. No. 32, 1902.)

Verf. kritisirt die Ministerialerlasse, nach denen den Hebammen neben oder statt der Karbolsäure Lysol und Liquor cresoli saponatus, letzterer verdeutscht als „Kreolseife“ gestattet wird. Er findet diesen Ausdruck falsch und zu ersetzen durch Seifenkresol. Von Lysol soll die 1 Prozent Lösung statt 3 Prozent Karbolsäure, die 0,5 Prozent Lösung statt 1—2 Prozent Karbolsäure verwendet werden. Diesen schwachen Lösungen beider Mittel fehlt nach Ahlfelds und anderen Untersuchungen fast jede Desinfektionskraft für die Hände.

Ahlfeld macht deshalb den Vorschlag, den thatsächlich desinfizirenden Alkohol für die Hebammen einzuführen und empfiehlt folgende Desinfektionsordnung: Beschreibung einer Hände- und Nagelpflege. Ausgiebige Waschung mit heissem Wasser, Seife und Bürste, drei minutenlange Bürstung mit 70—90 Prozent Alkohol (ev. denaturirtem) und allerdings überflüssiger Weise Waschung mit 3 Prozent Seifenkresol.

Für Reinigung der Genitalien der Frau Seifenkresol in 2 Prozent, auf ärztliche Anordnung höchstens 3 Prozent Lösung.

Schwarze.

## Aus Vereinen und Versammlungen.

### Bericht über die Sitzungen der Sektion Gerichtliche Medizin auf der 74. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsbad 1902.

Von Kreisarzt Dr. E. Schäffer-Bingen.

(Fortsetzung).

I. Sitzungstag. 22. September 1902.

2. Prof. **Dittrich-Prag**. Ueber Verletzungen und Tod durch Ueberfahrenwerden.

Vortragender greift aus seinem Beobachtungsmaterial mehrere beachtenswerthe Fälle heraus und entwickelt ausführlich die wesentlichsten bei Verletzungen und Tod durch Ueberfahrenwerden für den Gerichtsarzt in Betracht kommenden Gesichtspunkte. Er erinnert u. A. daran, dass hochgradige Verletzungen der tieferen Theile bei vollständig erhaltener Haut zu Stande kommen können, Verletzungen, die sich als subkutane Zer- oder Durchquetschungen präsentiren und sich auf andere Weise als durch Ueberfahrenwerden gar nicht erklären lassen; ferner kann es zu vollständiger subkutaner Abtrennung mit nicht selten durchaus glatten und scharfen Trennungsf lächen kommen.

Dittrich demonstrirte eine Reihe lehrreicher Präparate, z. B. glatte, quere Durchtrennung der Luftröhre und Brust-aorta durch Ueberfahrenwerden, wobei die in ihrer Kontinuität erhaltene Haut nur leicht strangförmig exkoriirt war; die Verletzung sieht einer Schnittverletzung, wenn man das Verhalten der Haut nicht berücksichtigt, durchaus ähnlich; ferner subkutane quere Durchtrennung der Speiseröhre, durch Ueberfahrenwerden, mit hochgradig ausgeprägter Querrunzelung der Schleimhaut an jenen Stellen, wo das Organ noch in Zusammenhang mit dem übrigen Körpergewebe steht, ein Befund, der für intravitale Entstehung spricht.

Manchmal kann die Eigenthümlichkeit der Lokalisation der Druckspur Veranlassung zu Zweifel geben, insofern solche Druckspuren unter Umständen einer Strangfurche ähnlich sehen; von Belang ist ferner die Berücksichtigung sog. sekundärer Verletzungen, aus deren Vorhandensein oder Fehlen man häufig forensisch wichtige Schlüsse ziehen kann, insbesondere bei Entscheidung der Frage, ob Mord oder Selbstmord vorliegt.

Des Weiteren ist zu berücksichtigen die Richtung, in welcher ein Mensch überfahren wird, insofern bei tangentialer Einwirkung zufälliges Ueberfahrenwerden zum Mindesten nicht ausgeschlossen werden kann. Dittrich hält den neuerdings in einer Berliner Dissertation aufgestellten Satz, bei der Frage „ob Unfall oder Selbstmord sei der Richter lediglich auf die Begleitumstände des Falles angewiesen“, nicht für richtig und belegt seine Ansicht durch mehrere Fälle aus seiner Gutachterthätigkeit.

Ueberfahrenwerden am Hals, in der Schläfengegend spricht für Selbstmord, desgleichen Ueberfahrenwerden in querer Richtung im Gegensatz zu Ueberfahrenwerden in Längsrichtung. Bei Tod in Folge Extremitätenverletzung kann Selbstmord mit grosser Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, desgleichen findet sich nach den Erfahrungen des Vortragenden selten Ueberfahrenwerden des Unterleibes als Selbstmord.

Landgerichtsarzt Richter-Wien betont, dass bei glatter Durchtrennung der Haut und der tiefen Halsgebilde man nicht verabsäumen soll, nach Fettembolien in den Lungen zu fahnden, deren Nachweis für Ueberfahrenwerden und gegen Schnittverletzung sprechen würde.

Gerichtsarzt Dr. F. C. Th. Schmidt-Düsseldorf berichtet über einen vor Kurzem von ihm beobachteten Fall, in welchem zweifellos in Folge einer Ueberfahung der Körper

des 6. Halswirbels zum grössten Theil zertrümmert war, während die Körper des 3. und 4. Halswirbels an ihrer vorderen Fläche mehr oder weniger tiefe, ziemlich breite Eindrücke zeigten; die Haut des Halses zeigte auch nicht die Spur einer sichtbaren Verletzung, auch keinen Bluterguss. Doch fanden sich letztere in der Muskulatur des Nackens und in dem prävertebralen Bindegewebe. Die grossen Halsgefässe und die übrigen Halsorgane unversehrt, desgleichen auch das Rückenmark ohne makroskopische Veränderungen. Wie diese Verletzung zu Stande gekommen ist, war nicht aufzuklären. F. C. Th. Schmidt ist bei der Merkwürdigkeit des Falles der Ansicht, dass es sich um Ueberfahren durch Automobil mit luftgefüllten Gummireifen handelte und bittet die Anwesenden in ähnlichen Fällen ihre Aufmerksamkeit auf diesen Punkt zu richten. (Ausführliche Mittheilung in der Zeitschr. f. Med.-Beamte.)

Schäffer-Bingen stimmt in der Deutung dieses interessanten Befundes dem Vorredner bei und schliesst aus dem Mangel von Blutungen in der Haut, dass das betreffende Gefäss jedenfalls sehr rasch über den Hals hinweggefahren sein müsse.

3. Prof. Dr. Kratter-Graz spricht über die forensische Serodiagnostik des Blutes unter Zugrundelegung von Untersuchungen, welche in seinem Institute von Dr. Yanamatsu Okamoto aus Tokio im Laufe der beiden letzten Semester ausgeführt worden sind.

Uhlenhuth einerseits, Wassermann und Schütze andererseits haben gefunden, dass Blutserum von Versuchsthiere (Kaninchen), welchen längere Zeit Blut eines anderen Thieres oder des Menschen eingespritzt wurde, die Fähigkeit erlangt, nur in Lösungen jener Blutarten Niederschläge zu erzeugen, mit welchen sie vorbehandelt wurden. Darauf begründeten sie eine Methode zur Unterscheidung von Thier- und Menschenblut bei forensischen Blutuntersuchungen.

Dr. Okamoto hat dieses Verfahren in der Richtung seiner praktischen Verwerthbarkeit im Ernstfalle an der Hand von den wirklichen Vorkommnissen entsprechenden Objekten, deren Herkunft genau bekannt war, geprüft und ist zu Ergebnissen gelangt, welche Kratter veranlassen, vor der sofortigen Einführung des Verfahrens in die forensische Praxis zu warnen, da namentlich in der Hand von weniger geübten Untersuchern die Gefahr folgenswerer Irrthümer vorhanden sei. Es werden eine ganze Reihe möglicher Fehlerquellen, welche dem Verfahren anhaften, aufgedeckt. Die wichtigsten sind folgende:

1. Blutserum von mit Menschenblut vorbehandelten Kaninchen (mit M-Serum bezeichnet) wirkt nicht immer präzipitirend auf Menschenblut, auch mit Rinderblut vorbehandelte Kaninchen liefern ein Serum (R-Serum genannt), welches in Lösungen von Rinderblut nicht immer Niederschläge hervorrief. Die Misserfolge betragen 15,38 Prozent, d. h. von Menschenblutproben, die mit M-Serum geprüft werden, kann ungefähr  $\frac{1}{7}$  erfolglos bleiben.

2. M-Serum kann mitunter nicht nur in Lösungen von Menschenblut, sondern auch in anderen Thierblutarten, wie Schwein, Rind, Taube, Huhn und Ente und umgekehrt R-Serum im Blut von Menschen und anderen Thierspezies Niederschläge erzeugen. Okamoto erhielt 9,28 Prozent solcher Fehlschläge. Es folgt daraus, dass man  $\frac{1}{11}$  von untersuchten Thierblutproben für Menschenblut zu halten gefährdet ist.

3. Schon im Serum allein entstehen mitunter in den ersten 24 Stunden flockige Niederschläge. Das Lösungsmittel ist oft entscheidend für den Ausfall der Reaktion; Ueberhitzen des Blutes und starke Fäulniss machen sie ganz unmöglich.

Eine sichere Konservirung des spezifischen Serums ist bisher nicht gelungen.

4. Die Serumreaktion ist keineswegs spezifisch für menschliches Blut, sondern für menschliches Eiweiss. Daher geben auch Auszüge anderer menschlicher Gewebe und Sekrete, wie Samenflüssigkeit, eiweisshaltiger Harn, Hydrokelen- und Ascitesflüssigkeit u. A. die Serumreaktion.

Als Beleg, wie schwierig und verantwortungsvoll die hier in Rede stehenden Aufgaben seien, führt Kratter den weltbekannten Prozess Hilsner an, in welchem er, um ein Uebergutachten angegangen, entgegen dem Ausspruche der ersten Gutachter erklären musste, ein Fleck auf Hilsners Hose, der für Menschenblut erklärt worden war, sei nicht einmal sicher Blut, geschweige denn Menschenblut. Dies wurde nachträglich selbst von der czechischen medizinischen Fakultät zugegeben.

4. Landgerichtsarzt Dr. Richter-Wien. Neuere Methoden des forensischen Blutnachweises.

Die Erfahrungen des Vortragenden weichen von jenen Kratters ab. Richter sieht in der Serumreaktion eine sehr werthvolle Ergänzung der seitherigen Methoden des forensischen Blutnachweises, vorausgesetzt, dass die nöthigen Kautelen berücksichtigt werden. Für das Gelingen der Reaktion ist nach ihm die Benutzung bestimmter Blutarten nothwendig; im Blut von Kindern sind die aktiven Körper (Präcipitine) nur in geringer Menge vorhanden, weshalb bei Vorbehandlung mit Kinderblut die Reaktionen in der Regel weniger charakteristisch ausfallen. Auch bei Benutzung gewisser Thiere enthält man nur undeutliche Reaktionen. Ebenso empfiehlt er, nur Blutserum und nicht das ganze Blut zur Vorbehandlung der Thiere zu benutzen. (Ist auch von Wassermann und Schütze schon empfohlen worden.)

Richter hat seine Untersuchungen zumeist mit Blutserum von Erwachsenen (Serum aus menschlichem Placentarblut) angestellt und hiermit befriedigende Ergebnisse erzielt. Als Reaktionszeit hält er 2 Stunden für ausreichend. Bei längerer Reaktionszeit können störende Niederschläge durch Bakterienwucherung entstehen, diese erscheinen als diffuse Trübungen in den oberen Schichten, während für die Reaktion charakteristisch die sich absetzenden Niederschläge sind.

Bei Blutflecken auf Eisen bleibt die Reaktion häufig aus, wenn nur ungenügende Mengen gelöst werden. Als Lösungsmittel darf nicht destillirtes Wasser verwendet werden, dasselbe giebt nach Richter in jedem Kaninchenserum eine Trübung; als bestes Lösungsmittel hat sich dem Vortragenden Kochsalzlösung bewährt. Alte Blutflecken löst man zweckmässig in doppelt physiologischer Kochsalzlösung und verdünnt dann diese Lösung zur Hälfte. Nach der Vorschrift von Uhlenhuth soll die auf Blut verdächtige Lösung zuerst filtrirt werden. Dies ist, wenn nur kleine Mengen zur Verfügung stehen, praktisch gar nicht auszuführen. In solchen Fällen lässt Richter die zu untersuchende Lösung in einer Kapillare sedimentiren und empfiehlt mikroskopische Untersuchung im hohlen Objektträger (feinkörnige, fein verästelte Niederschläge, die mit Eosin in physiologischer Kochsalzlösung gut färbbar sind).

Richter macht zum Schluss vorläufige Mittheilungen über seine Untersuchungen zur Unterscheidung des Blutes von verschiedenen Menschen. Diese Untersuchungen, die er gemeinsam mit Dr. Landsteiner angestellt hat, beruhen auf dem Prinzip der Agglutination. Die Thatsache, dass bei Verwendung von Blut des gleichen Individuums die Agglutination ausbleibt, hält Richter für bedeutungsvoll z. B. bei Untersuchung von Blutflecken an den Kleidern eines des Mordes Verdächtigen zur Entscheidung der Frage, ob es sich hier um Blut des betr. Verdächtigen (er



erinnert an die beliebte Ausrede „Nasenbluten“) oder um fremdes Blut handelt. Bezüglich des Verhaltens zu dem Serum anderer Menschen hat Richter zwei Kategorien festgestellt: das Blut von Individuen der einen Gruppe erweist sich in jedem oder beinahe jedem anderen Serum als aktiv und agglutiniert, das Blut der zweiten Gruppe agglutiniert nur selten bezw. gar nicht. Richter erklärt ausdrücklich, dass seine Untersuchungen nach dieser Richtung noch nicht abgeschlossen seien und deren Ergebniss für die Praxis noch nicht verwendet werden könne. (Schluss folgt.)

## 27. Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege.

(Fortsetzung.)

Die Donnerstagssitzung begann mit dem Referate des Regierungs- und Geh. Medizinalrathes Dr. E. Roth-Potsdam über die

Wechselbeziehungen zwischen Stadt und Land in gesundheitlicher Beziehung und die Sanirung des Landes.

Dem ausgedehnten Vortrag (vgl. das Autorreferat) folgte eine längere Debatte, die hauptsächlich erläuternde Nebensätze zu den Ausführungen des Referenten brachte. Allgemein wurde betont, dass den Grossstädten der Wald in ihrer Umgebung erhalten bleiben müsse.

Das Bäckergewerbe vom hygienischen Standpunkt für den Beruf und die Konsumenten — behandelte das Referat des Professors Dr. R. Emmerich. Das Thema kann an heutigem Tage noch Anspruch auf volle Aktualität machen, wenn auch bereits vor zwölf Jahren „der Schleier gelüftet wurde, um ein scheussliches Medusenhaupt zu zeigen“, wie sich Bebel ausdrückte, als seiner Zeit die Sozialdemokratie die ersten Erhebungen über die Missstände in den Backstuben anstellte. Im Jahre 1889 hatte die „Deutsche Bäckerzeitung“ eine Enquete angestellt, derzufolge in 663 Berliner Betrieben 12 und weniger Stunden gearbeitet wird, in 322 Betrieben 13—15 Stunden, in 87 Betrieben 16 und 20 und mehr Stunden täglich. Aehnlich waren die Zustände in München, die indessen im Laufe der Jahre eine Besserung erfahren haben. Am schlimmsten jedoch ist es mit dem Milieu bestellt, in dem die Bäckergehilfen zu arbeiten haben. Hier herrscht in einem grossen Prozentsatze Unreinlichkeit. Ungeziefer, Ratten und Mäuse, die in nicht assenirten Städten pathogene Bakterien aus dem Boden, den Aborten u. s. w. auf das fertige Gebäck übertragen können, sind häufig in Bäckereien zu finden und Waschgelegenheit ist selten genügend vorhanden. In München wurde aus einer Unsumme von Ungehörigkeiten das Folgende festgestellt: In einer Backstube wurde der Kohlensäureinhalt der Atmosphäre mit 2,4 Prozent festgestellt. In dieser Atmosphäre, die ausserdem noch mit 36—40 Grad Celsius bemessen wurde, haben die Gesellen zum Mindesten 12 Stunden täglich zu verweilen. Die Schlafgelegenheit kommt natürlich an Qualität diesem Aufenthalte gleich. Mit der Bettwäsche ist es zumeist recht schlecht bestellt. Das Bäckergewerbe weist eine grosse Anzahl von Berufskrankheiten auf, die in Folge der überlangen täglichen Arbeitszeit, der Unreinlichkeit in den Arbeitsräumen und der schlechten Luft entstehen: Aderschwellungen, Krankheiten der Athmungsorgane, Bäckerkrätze, X- und O-Beine etc. etc.

Die Unreinlichkeit in den Bäckerstuben hat ihren Hauptgrund darin, dass in den meisten Bäckerstuben niemals feucht gereinigt wird, in München beispielsweise in 24 Betrieben. Es ist klar, dass alle diese oben angeführten Missstände un-

gemein schädlich auf die Gesundheit der Bäckereiarbeiter wirken. Wenn trotzdem die Sterblichkeitsziffer eine normale ist, so erklärt sich dies daraus, dass ein starker Prozentsatz von Bäckereiarbeitern mit einem Durchschnittsalter von 25 Jahren bereits dem Bäckereigewerbe den Rücken kehren, um irgend einen anderen Beruf zu ergreifen.

Das Brot, das wir aus unreinlichen Backstuben erhalten, ist ebenfalls ein unreinliches Erzeugniss und mikrobenehaftet. Demgegenüber verdiente Erwähnung, dass eine grosse Anzahl von Bäckereibetrieben die Missstände früherer Zeit beseitigt habe. Es liegt also eine doppelte Gefahr vor: für das Bäckergewerbe und für die Konsumenten. Um dieser vorzubeugen, gilt es, gewisse Mindestforderungen zu stellen. Im Wesentlichen aber gilt es, den von den preussischen Ministerien des Handels und des Innern zusammengestellten Entwurf reichsrechtlicher Bestimmungen für Bäckereien und Konditoreien, jedoch mit mehrfachen Abänderungen zu befürworten. (Schluss folgt.)

## Psychiatrischer Verein zu Berlin.

Sitzung vom 21. Juni 1902.

### Originalbericht

der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung.

**Liepmann (Daldorf):** Ueber Seelenblindheit und sensorische Asymbolie. (Mit Demonstration.)

Unter Seelenblindheit wird eine Störung verstanden, bei der das Sehen erhalten, aber das Erkennen verloren gegangen ist. Die entsprechende Störung im Gebiet des Hörens ist die Seelentaubheit, im Gebiet des Gefühls die Seelentastlosigkeit etc. Sind diese Störungen vereint, so versteht die Person von den äusseren Eindrücken so gut wie nichts. (Verlust der Begriffe.) Dieser Zustand wird als Asymbolie, besser mit dem Freundschen Ausdruck Agnosie bezeichnet, während als Apraxie der verkehrte Gebrauch von Gegenständen trotz erhaltenem Erkennen derselben gilt. Von den vorgestellten Fällen ist der eine seelenblind; er macht nach einem Insult Alles verkehrt, erkennt Gegenstände meist nicht trotz guter Sehschärfe (Beweis durch erhaltenes Erkennen sehr kleiner Zahlen). Der Weg des Erkennens durch das Ohr ist frei. Doppelseitige Hinterhauptsherde werden angenommen. In dem zweiten Fall kommt zu einer ähnlichen Störung Sprachtaubheit und Schwerhörigkeit hinzu; daher bleiben ihm alle Eindrücke der höheren Sinne unverständlich. Durch einen ersten Insult wurde er nur sprachtaub, dann seelenblind und tastblind. Rechts ist er hemianopisch, links seelenblind. Er macht den Eindruck eines Verblödeten. Hier handle es sich um Herde in beiden Schläfenhinterhauptslappen.

An der Diskussion nahmen die Herren Jastrowitz und Liepmann theil.

**J. Fränkel (Lankwitz):** Zur Kenntniss der Sulfonalwirkung.

In zwei Fällen trat nach Sulfonalgebrauch Haematoporphyrie im Harn auf, im ersten vorübergehend bei schwerem Darniederliegen der Kranken, Genesung bei Anwendung von Alkalien, namentlich Natrium bicarbonicum, Stimulantien und Roborantien; im zweiten kam es zum Exitus. Dieser musste auch auf Schwächung des Herz- und Gefässsystems durch Alkohol, Narcotica und Hypnotica zurückgeführt werden. Vortr. erläutert und demonstriert das chemische und spektroskopische Verhalten des Haematoporphyrin enthaltenden Urins und des rein dargestellten Farbstoffes nach ausführlicher Besprechung der Sulfonalliteratur. Er empfiehlt nur die vorsichtige Anwendung des Sulfonals in Dosen von 1—2 g mit geeigneten Unterbrechungen, genauer Kontrolle, sofortigem Aussetzen bei auffallender

Dunkelfärbung des Harns und Verabreichung von Alkalien.

An der Diskussion betheiligen sich die Herren Jastrowitz und Edel.

**Juliusburger** (Fichtenhof) berichtet über eine neue Methode zur Darstellung von Gefässen im Zentralnervensystem und über seine Befunde bei Paralyse und im Senium. M. E.

## Gerichtliche Entscheidungen.

### Neuere Rechtssprüche des Reichsversicherungsamts.

#### Unfallversicherung.

1. Die im § 8 Abs. 2 des Gewerbe - Unfallversicherungsgesetzes vom 30. Juni 1900 und an entsprechender Stelle von den andern U. V. Gen. zugelassene — völlige oder theilweise — Versagung einer Unfallentschädigung Seitens der Berufsgenossenschaft in dem Falle, dass der Verletzte den Unfall bei Begehung eines durch strafgerichtliches Urtheil festgestellten Verbrechens oder vorsätzlichen Vergehens sich zugezogen hat, unterliegt hinsichtlich ihrer Angemessenheit im Einzelfall der Nachprüfung der höheren Instanzen (Schiedsgericht, Reichs-Versicherungsamt). Es handelte sich bei dieser Entscheidung um den Unfall eines Bergmanns, der entgegen dem bergpolizeilichen Verbot eine zur Personenbeförderung nicht zugelassene Seilförderung im Schacht zur Ausfahrt aus der Grube benutzt und sich dadurch nach § 1 Abs. 2 des Reichs - Strafgesetzbuchs in Verbindung mit § 208 Abs. 1 des preussischen Allgemeinen Berggesetzes vom 24. Juni 1865 in der Fassung des Gesetzes vom 24. Juni 1892 eines vorsätzlichen Vergehens schuldig gemacht hatte. In Uebereinstimmung mit dem Schiedsgericht ist die Entziehung der Entschädigung vom Rekursgericht nach Lage des Falles nicht für gerechtfertigt erachtet worden, nachdem die Vorfrage, ob überhaupt ein Betriebsunfall trotz der Uebertretung des Verbots vorlag, bejaht worden war. Rek. - Entsch. 1935, A. N. 1902, S. 464.

2. Ein Blinder ist im Sinne des § 9 Abs. 3 des Gewerbe-U. V. Ges. „derartig hilflos, dass er ohne fremde Wartung und Pflege nicht bestehen kann“, da er zu den meisten Verrichtungen der gewöhnlichen Lebenshaltung, welche fast regelmässig Anforderungen an das Sehvermögen stellt, aus eigener Kraft nicht im Stande ist. Das Mass dieser Hilflosigkeit und die darnoch zu bestimmende Höhe der die Vollrente überschreitenden Unfallrente (zwischen  $66\frac{2}{3}$  und 100 % des Jahresarbeitsverdienstes) richtet sich nach den sonstigen Fähigkeiten des Blinden. Rek.-Entsch. 1935, A. N. 1902, S. 468.

Durch diese aus der Entstehungsgeschichte der neuen Gesetzesbestimmung abgeleitete Auslegung ist eine frühere dieselbe Frage behandelnde Rekurs - Entscheidung (Ziff. 1899, A. N. 1902, S. 181) überholt worden, deren Begründung den Satz enthielt, dass mit dem Ausdruck des Gesetzes „ohne fremde Wartung und Pflege nicht bestehen kann“ nur derjenige hohe Grad von Gebrechlichkeit und Hilflosigkeit bezeichnet worden sei, bei welchem der Verletzte „fast in jeder Lage und zu jeder Zeit der fortwährenden Unterstützung einer anderen Person nicht entbehren kann.“ Zur Begründung der „Hilflosigkeit“ des Blinden wird in obiger neuen Entscheidung u. A. angeführt, dass gerade auch der Fall der Erblindung zur Einschaltung des § 9 Abs. 3 a. a. O., wie die Materialien des Gesetzes ergeben, Anlass geboten hat.

3. Wird gemäss § 22 des Gew. U. V. Ges. von der Berufsgenossenschaft freie Kur und Verpflegung im Krankenhaus an Stelle der Unfallrente gewährt, so ist die in dem Bescheide ausgesprochene Einstellung der Rente für die Dauer der Krankenhausbehandlung ebenso wenig rekurs-

fähig als die Anordnung der letzteren selbst (§ 80 Abs. 1 und § 69 Abs. 1 Ziff. 1 d. a. a. O.). Rek.-Entsch. 1937 A. N. 1902 S. 468.

4. Eine Verpflichtung des Schiedsgerichts zur Beeidigung der von ihnen im Streitverfahren in Unfallversicherungssachen vernommenen Sachverständigen und Zeugen besteht auch nach der neuen Unfallgesetzgebung nicht; trotz etwaiger auf Beeidigung von ärztlichen Sachverständigen gerichteter Anträge hat hiernach das Gericht über die Frage der Beeidigung nach Lage des Einzelfalles zu befinden (§§ 17, 18 der Kais. Verordnung betreffend das Verfahren vor den Schiedsgerichten vom 22. November 1900). Rek.-Entsch. 1940 A. N. 1902 S. 474.

5. Ein Blitzschlag, welcher einen landwirtschaftlichen Arbeiter in einem vom Regen durchnässten Zelt auf einer vom Wasser stark durchtränkten, moorigen, das Grundwasser wenig überragenden Wiese und in weiterer Entfernung von höheren Gegenständen betroffen hatte, ist auf Grund eines Gutachtens des Abtheilungsvorstehers im Königl. meteorologischen Institut, Geheimen Regierungsraths Professor Dr. Assmann in Berlin, als Betriebsunfall anerkannt worden, weil der Verletzte durch die Betriebsarbeit zum Aufsuchen des Zeltes während des Gewitterregens veranlasst und dort der Gefahr, durch den Blitz verletzt zu werden, in wesentlich erhöhtem Masse ausgesetzt gewesen ist. Rek.-Entsch. 1941 A. N. 1902 S. 496.

6. Weil die Abnahme der zum Lohne gehörigen Naturalleistungen durch den Arbeiter dem Betriebe des Arbeiters zuzurechnen ist, hat das Reichs-Versicherungsamt den Unfall einer zur Arbeit im Gutsbetriebe verpflichteten Gutstagerlöhnerfrau beim Abladen des vom Gute vertragsmässig gelieferten Brennholzes als landwirtschaftlichen Betriebsunfall anerkannt. Rek.-Entsch. 1942 A. N. 1902 S. 497.

7. Ein zur Besorgung von Bauholz von einem Zimmermeister unternommener Geschäftsgang ist wegen der damit verbundenen technischen Thätigkeit (Besichtigung, Vermessung des Holzes) dem versicherten Betriebe zugerechnet, nicht als eine rein kaufmännische Thätigkeit von diesem ausgeschieden worden in Rek.-Entsch. 1493 A. N. 1902 S. 497.

8. Die Bedienung der mechanischen Vorrichtung eines im Baubetriebe von einem Zimmermeister hergestellten Karnevalwagens während der Fahrt durch die mit der Herstellung betrauten Zimmerleute ist als versicherte Thätigkeit im Betriebe des Zimmermeisters angesehen in Rek.-Entsch. 1944 A. N. 1902 S. 498.

9. Die Ehefrau eines Verletzten, die ihre Ehe erst nach dem Unfall geschlossen hat, ist auch nach der neuen Vorschrift des § 22 Abs. 3 des Gew. U. V. G. vom 30. Juni 1900 während der Heilanstaltspflege ihres Ehemannes zur Angehörigenunterstützung berechtigt, wie dies für das frühere Recht durch Rek.-Entsch. 1212 A. N. 1893 S. 158 festgestellt war. Besch. 1948 A. N. 1902 S. 499.

10. Die Fassung des § 88 Abs. 3 des Gew. U. V. G.: „sofern nicht über die anderweite Feststellung zwischen der B. G. und dem Empfangsberechtigten ausdrückliches Einverständnis erzielt ist“, nöthigt die Berufsgenossenschaften nicht dazu, vor Stellung des Antrages auf Rentenminderung beim Schiedsgericht in jedem Falle den Versuch einer Verständigung mit dem Empfangsberechtigten zu machen, wie auch der Verletzte nicht verpflichtet ist, einen Rentenerhöhungsantrag nach Ablauf der fünfjährigen Frist zunächst der Berufsgenossenschaft behufs etwaiger freiwilliger Bewilligung vorzulegen. Besch. 1948 A. N. 1902 S. 500.

## Bücherbesprechungen und Anzeigen.

**Diehl.** Zum Studium der Merkfähigkeit. Experimental-psychologische Untersuchung. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. Aug. Forel. Berlin 1902. S. Karger. 39 S.

Verf. bezweckt, mit einer Versuchsanordnung, die mit Absicht möglichst einfach gestaltet ist, das interessante Phänomen der Merkfähigkeit zu studieren.

Die Arbeit, die im Original nachgelesen zu werden verdient, ist auch für die Leser dieser Zeitschrift von Bedeutung, vor Allem im Hinblick auf die Bewerthung von Zeugenausagen, denen von Seiten der Laien, vor Allem vieler Juristen, ein gar zu grosser und unbeschränkter Werth beigemessen wird.

Um von den Ergebnissen des Verf. einige hier anzuführen, so sei bemerkt, dass er fand, dass die individuelle Leistungsfähigkeit des Gedächtnisses recht verschieden ist und dass sie bei demselben Individuum schwankt je nach der Beschaffenheit des Gedächtnisstoffes. Von verschiedenen gleichartigen Eindrücken wird der erste Eindruck besser behalten als der spätere. Das Gefühl der persönlichen Sicherheit bei der Wiedergabe früherer Wahrnehmungen ist recht unzuverlässig und trügerisch. Ernst Schultze.

**Scholz, Ludwig.** Leitfaden für Irrenpfleger. Dritte neu durchgesehene und erweiterte Auflage. Mit 38 Abbildungen. Halle a. S. C. Marhold. 83 S.

Wenn Referent hervorhebt, dass der vorliegende Leitfaden seiner Zeit vom Verein der deutschen Irrenärzte mit dem Preise gekrönt ist, dass er innerhalb weniger Jahre die dritte Auflage erlebt hat, so braucht er wohl kein weiteres Wort zu seinem Lobe hier anzuführen; und wenn Referent bemerkt, dass der Leitfaden sich auch ihm bei der Abhaltung des heute nun einmal modernen Irrenpflegerkurses aufs Beste bewährt hat, so ist das auch nichts Neues.

Verf. hat es vortrefflich verstanden, sich in seiner Sprache und Ausdrucksweise dem Verständniss der Kreise anzupassen, aus denen unsere Pfleger rekrutiren, und das Verständniss durch die der neuen Auflage beigegebenen schematischen Zeichnungen noch weiter erhöht.

Ernst Schultze.

**Witthauer, Kurt.** Leitfaden für Krankenpflege im Krankenhaus und in der Familie. Zweite, neu bearbeitete Auflage. Mit 76 Abbildungen. Halle a. S. C. Marhold. 1902. 192 S.

In 18 Vorlesungen erörtert Verf. in ansprechender und leicht verständlicher Form die Anatomie und Physiologie des Menschen, die Wartung, Beköstigung und Beobachtung der Kranken, die Ausführung ärztlicher Verordnungen, das Wesen der wichtigsten ansteckenden Krankheiten und die daraus für die Praxis sich ergebenden Konsequenzen, die Hilfeleistung bei Unglücksfällen, die Verbandlehre und schliesslich die Pflege von Wöchnerinnen.

Das Buch ist für Krankenpflegerinnen bestimmt und nimmt vor Allem Rücksicht auf die Bedürfnisse der Gemeindegewestern. Es dürfte kaum etwas Wesentliches fehlen; auch neuerer Forschungen wird gedacht und beispielsweise ein frischer und ein geheilter Knochenbruch an einem Röntgenbilde erläutert.

Nur wird für manchen Arzt der Alkohol eine zu grosse Rolle in der Therapie spielen; und ein Bedenken erscheint nach der Richtung hin schon gerechtfertigt, da das Buch für Laienkreise bestimmt ist. Ernst Schultze.

**J. H. Rille.** Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Jena, G. Fischer. 1902. Abth. I.

Die erste bisher erschienene Abtheilung des Rille'schen Lehrbuchs, welches für Studenten und angehende Aerzte bestimmt ist, enthält eine klare, den wissenschaftlichen Standpunkt des Verfassers präzisierende Darstellung der Hautkrankheiten und ist mit 34 zum grossen Theil gut gelungenen Abbildungen illustriert. Während die Schilderung der wichtigsten klinischen Krankheitsbilder anschaulich und erschöpfend durchgeführt ist, hat Verfasser der Therapie an manchen Stellen einen geringeren Spielraum eingeräumt. Doch ist dankbar anzuerkennen, dass Verf. auch das Verständniss für die modernen Behandlungsmethoden, wie die Finsen- und Röntgenbehandlung, seinem Leserkreis eröffnet hat. Ausserordentlich knapp ist die Darstellung der Anatomie der Haut, ausführlicher die Schilderung der morphologischen Eigenschaften der Hyphomyceten, sowie mancher Bakterien, wie der Milzbrandbazillen, der Rhinosclerombazillen, von denen ein 'Strichpräparat und eine Reinkultur abgebildet ist u. a. Obwohl es natürlich schwer ist, über ein bisher unvollendet vorliegendes Werk ein abschliessendes Urtheil zu fällen, so kann man aus dem bisher Gebotenen schon den Schluss ziehen, dass es die Aufgabe erfüllen wird, die sich Verf. bei der Abfassung gestellt hat.

Ledermann.

## Tagesgeschichte.

### Die ärztlichen Sachverständigen und die Presse.

In Nizza ist vor Kurzem der Weibermörder Vidal zum Tode verurtheilt worden. Vidal war ein Mensch aus guter Familie, der ein unstetesziellooses Leben geführt hatte, aber bisher straffrei geblieben war. Seit dem Winter 1901 begann er, auf Dirnen, die er in ihre Wohnung begleitete, plötzliche Mordversuche mit einem scharfen Küchenmesser zu machen. Der dritte und vierte Versuch gelangen, er raubte seine Opfer aus, wurde wegen des Besitzes geraubter Gegenstände der Polizei verdächtig und gestand sehr bald seine Verbrechen.

Seine Mutter veranlasste eine Untersuchung seines Geisteszustandes, die sehr viel Belastendes ergab. In einem ausführlichen Gutachten bezeichnete ihn der bekannte Kriminalanthropologe Lacassagne als einen Entarteten, einen körperlich wie geistig hinter dem Durchschnitt zurückgebliebenen Schwächling. Dr. L. und die beiden anderen Gutachter achteten ihn für vermindert zurechnungsfähig.

Ueber diesen gewiss interessanten Kriminalfall bringt eine hiesige grosse Tageszeitung einen Bericht, der wieder einmal recht illustriert, wie selbst die grosse politische Presse in Bezug auf die ärztliche Sachverständigenfähigkeit und die gerichtliche Medizin zur Verbreiterin von gefährlicher Halbbildung wird. Der Berichterstatter spöttelt zuerst:

„Prof. Lacassagne hat eine Besonderheit merkwürdiger Art. Er erklärt sich für einen unerschütterlichen und keiner Bekehrung zugänglichen Gegner der Theorie Prof. Cäsar Lombrosos vom „geborenen Verbrecher“, bringt aber jedesmal, wenn er vor Gericht die Zurechnungsfähigkeit eines schweren Verbrechers zu begutachten hat, vollwichtige wissenschaftliche Beweise für die Richtigkeit der Lombrososchen Theorie bei. Er weist dann immer nach, dass der von ihm untersuchte und beobachtete Verbrecher ein Entarteter mit zahlreichen Unregelmässigkeiten der Leibesbildung und des Geisteslebens ist und nicht für voll verantwortlich gehalten werden kann. Jedes seiner fachmännischen Gutachten könnte ohne Weiteres von Prof. Cäsar Lombroso unterschrieben sein.“

Weise und ernst setzt er zum Schluss hinzu:

„Das Interesse dieser Strafsache liegt einzig in der Erkenntniss der Geistes- und Leibesverfassung des Verbrechers.

Dass dieser als Beweis für die Richtigkeit der Lehre Lombrosos von der anormalen Beschaffenheit des Verbrechers dienen kann, ist von den Sachkundigen anerkannt worden.“

Das heisst also mit anderen Worten: Der Berichterstatter kennt weder die Theorie Lombrosos noch die Ansichten seiner Gegner.

Ja wenn Lombrosos Theorie vom „Delinquente nato“ nur dahin ginge, dass es unter den Verbrechern und grade unter den bizarren, sensationellen Verbrechern viele „Entartete“, viele seelisch Minderwerthige, erblich Belastete, körperlich Missgeformte giebt — dann wäre die Sache sehr einfach. Dann würde der ganze Streit für und wider Lombroso, in dem die deutschen Irrenärzte mit wenigen Ausnahmen zur Gegenpartei des italienischen Gelehrten gehören, rasch verstummt sein. Dass der Streitpunkt ein ganz anderer ist, weiss jeder Fachmann und sollte jeder wirklich gebildete Laie wissen. Der grössere Theil des Publikums freilich weiss es nicht. Man bringt der Geschichte von dem Weibermörder reges Interesse entgegen, man liest natürlich auch die Anmerkungen des kritischen Berichterstatters und freut sich, über eine so vielgenannte Sache wie Lombrosos Lehre vom geborenen Verbrecher so kurz und einleuchtend belehrt zu werden. Je nach der weichen oder härteren Anlage des einen oder anderen Lesers sagt sich dieser: „Es kann also Niemand mehr leugnen, dass die armen Verbrecher eigentlich blos Kranke sind“, jener dagegen: „Die Irrenärzte sind doch überall egal, in jedem Schuft sehen sie einen Geisteskranken.“

Kommt dann vielleicht in derselben Zeitung, etwa in der Sonntagsbeilage, drei Wochen später ein fachmännischer Aufsatz, der die Sache gründlich und verständig erörtert, so ist es zu spät: Die Fixigkeit macht auf den Zeitungsleser gewöhnlich grösseren Eindruck als die Richtigkeit.

Den Schaden haben die ärztlichen Sachverständigen zu tragen, die in ihrer Thätigkeit nachher einer Barrikade von vorgefassten Meinungen begegnen, bei Geschworenen und Schöffen, beim Publikum und in der Presse. Denn die Vorurtheile der Halbbildung sind nicht minder unheilvoll und zähe als die der Unbildung. F. L.

### Ungenügende Inanspruchnahme einer Trinkerheilstätte.

Dass es schwer sein wird, genügend Heilstätten für die grosse Zahl der Alkoholkranken zu schaffen, ist schon oft erörtert worden — dass es aber schwer hält, für die einzige Trinkerheilstätte einer Millionenstadt genügend Insassen zu finden, das sollte man nicht für möglich halten.

Und doch ist es Thatsache: Die Heilstätte Waldfrieden leidet an einer zu geringen Belegschaft, weil trotz Ersuchens der Armendirektion nicht einmal die Berliner Krankenhäuser ihr Kranke zuweisen. Nicht einen einzigen Kranken bisher!

Wahrscheinlich liegt doch die Hauptschwierigkeit in der Abneigung der Kranken, in eine „Trinkerheilstätte“ zu gehen. Diese Abneigung zu überwinden, wird in erster Reihe Sache der Aerzte sein, welchen hier, wie überall, die wenig angenehme, aber segensreiche Aufgabe zufällt, festgewurzelte Vorurtheile in gesundheitlicher Beziehung auszurotten. Aber es wird auch nothwendig sein, die Landesversicherungsanstalten, Berufsgenossenschaften, Kassen und Stiftungen noch mehr als bisher darauf hinzuweisen, wie viele Kranke einem „Heilverfahren“ in Waldfrieden zugänglich sind.

### Honorirung ärztlicher Bescheinigungen durch die Militärbehörden.

In der in voriger Nummer dieser Zeitschrift besprochenen Veröffentlichung von Dr. Creutz findet sich der Passus: „Aber

es ist dieselbe Geschichte wie mit den Militärbehörden, Auskunft will man in allen möglichen Sachen von den Aerzten haben, aber kosten darf es beileibe nichts.“

Diese Bemerkung wird in der letzten Nummer des Aerztevereinsblattes von einem Militärarzt richtiggestellt. Derselbe führt aus:

Kein Zivilarzt, auch nicht, wenn er etwa dem Beurlaubtenstande angehört, ist verpflichtet, einer Militärbehörde eine Auskunft über einen Mann, den er behandelt hat, umsonst zu ertheilen. Eine im Jahre 1900 erlassene Anmerkung zu § 12, 4 der Dienstanweisung vom 1. Februar 1894 besagt: „Wenn . . . eine Mittheilung von Zivilärzten . . . für nöthig erachtet wird, so bedarf es hierfür nur der EINFORDERUNG einer kurzen, als „einfache Bescheinigung“ über die Krankheit oder über die Behandlung zu bezeichnenden Angabe, für welche Mühewaltung auf Anfordern des Arztes der niedrigste Satz der Gebührenordnung für Aerzte auf Rechnung des Kap. 29, Tit. 6 zu entrichten ist.“

Man gebe also die Auskunft und setze — auch wenn ein Truppentheil sie irriger Weise nach altem Usus als „kostenlose“ verlangen sollte — darunter: Für die ertheilte Auskunft liquidire ich auf Grund des § 12, Ziffer 4 Anmerkung der Dienstanweisung x Mark.

Es erscheint uns besonders wichtig, unsere Leser auf diesen Rath hinzuweisen.

### Aerztliche Behandlung im Sinne des Krankenversicherungs-gesetzes.

Was ist ärztliche Behandlung? Der Aerzteverein in Greiz hatte sich über den Vorstand der dortigen O.-Kr.-K. wegen der Zulassung von „Naturheilkundigen“ zur Behandlung von Kassenmitgliedern beschwert. Die Aufsichtsbehörde erster Instanz der Kasse, der Gemeindevorstand, hatte diese Zulassung untersagt. Auf die dagegen erhobene Beschwerde hat die Obergeschichtebehörde, das fürstliche Ministerium, die Entscheidung der Vorinstanz bestätigt. Eine Behandlung durch Nichtärzte sei niemals eine „ärztliche Behandlung“ im Sinne des Gesetzes. Nur dann, wenn z. B. bei dringender Gefahr ein approbirter Arzt nicht alsbald zu erreichen sei, oder wenn besondere Verhältnisse die Zuziehung eines solchen erheblich erschwerten, dürfte die Hilfe anderer Personen angerufen und gewährt werden.

Für den grossen Todten dieses Jahres

### Rudolf Virchow

soll in Berlin an öffentlicher Stelle ein Denkmal errichtet werden.

Vom 13. Oktober, Virchows 81. Geburtstage, datirt ein Aufruf, unterzeichnet von demselben Komitee, welches vor Jahresfrist dem damaligen Jubilar die „Virchow-Stiftung“ überreichte.

Das Bankhaus Mendelssohn & Co., Berlin W., Jägerstrasse 49/50 ist bereit, Beiträge zu dem Denkmal in Empfang zu nehmen. Auch liegen Listen in den Buchhandlungen A. Asher & Co., Berlin W., Unter den Linden 13, A. Kirschwald, Berlin NW., Unter den Linden 68 und Georg Reimer, Berlin W., Lützowstrasse 107/108 sowie beim Kustos des Langenbeck-Hauses, Herrn Melzer, Berlin NW., Ziegelstrasse 10/11, aus.

Alle Mittheilungen, soweit sie nicht die Einzahlung von Beiträgen betreffen, sind an den Schriftführer, Herrn Prof. Dr. Posner, Berlin SW., Anhaltstrasse 7, zu richten.