

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

# Ärztliche

# Sachverständigen-Zeitung

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

Redaktion:

<b>Dr. L. Becker</b> Geh. Med.-Rat Berlin.	<b>Dr. Florschütz</b> Professor Gotha.	<b>Dr. Fürbringer</b> Geh. Med.-Rat u. Prof. Berlin.	<b>Dr. Haug</b> Professor München.	<b>Dr. Hoffa</b> Geh. Med.-Rat u. Prof. Berlin.	<b>Dr. Kionka</b> Professor Jena.	<b>Dr. Kirchner</b> Geh. Ob.-Med.-R. u. Prof. Berlin.	<b>Dr. A. Leppmann</b> Med.-Rat Berlin.	
<b>Dr. von Liszt</b> Geh. Just.-Rat u. Prof. Berlin.	<b>Dr. Ostertag</b> Professor Berlin.	<b>Dr. Puppe</b> Med.-Rat u. Prof. Königsberg.	<b>Radike</b> Kaiserl. Geh. Reg.-Rat Berlin.	<b>Dr. Roth</b> Reg.- u. Geh. Med.-Rat Potsdam.	<b>Dr. Schwechten</b> Geh. San.-Rat Berlin.	<b>Dr. Silex</b> Professor Berlin.	<b>Dr. P. Stolper</b> Professor Göttingen.	<b>Dr. Windscheid</b> Professor Leipzig.

Verantwortlicher Redakteur:

**Dr. F. Leppmann**

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

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

XI. Jahrgang 1905.

№ 19.

Ausgegeben am 1. Oktober.

Inhalt:

**Originalien:** Fürbringer, Schwefelwasserstoffvergiftung als Unfall-erkrankung. S. 381. — Leppmann, Über Strafvollzugsfähigkeit. S. 383. — Pallaske, Die Rieglersche Blutprobe und ihr Wert für die gerichtliche Medizin. S. 387.

**Referate. Sammelbericht:** Curschmann, Die wichtigeren Erscheinungen auf dem Gebiete der Tuberkulose in der Literatur des Jahres 1904. S. 388.

**Innere Medizin:** Stachelin, Einige Fälle von Herzinsuffizienz im Militärdienst. S. 394. — Claisse, Les contusions du Poupon. S. 395. — Lennhoff u. Levy-Dorn, Untersuchungen an Ringkämpfern. S. 395. — Kirchner, Wie ist bei Untersuchungen, besonders bei Gutachten, die Herzspitze topographisch zu bestimmen? S. 395. — Kulenkamp, Ein Fall von traumatischer Lungengangrän. S. 395. — Drenkhahn, Die Arteriosklerose bei dem Ersatz des Püsilier-Regiments Nr. 38. S. 396. — Holzknecht u. Brauner, Die radiologische Untersuchung des Magens. S. 396. — Eschweiler, Über die im Gefängnis Düsseldorf-Derendorf beobachteten Haut-ödeme unbekanntem Ursprungs. S. 396. — Hammerschmidt, Über die Einwirkung von Magensaft auf Typhuskeime. S. 396. —

Martineck, Ein für die Praxis geeignetes Besteck zur Anstellung der Gruber-Widalschen Reaktion mit dem Fickerschen Typhusdiagnostikum. S. 397.

**Vergiftungen:** Zieler, Über akute multiple Hautgangrän nebst Untersuchungen über durch rohe Salzsäure hervorgerufene Nekrosen. S. 397. — Meyer, Über tödlich verlaufende Quecksilberdermatitiden. S. 397. — Todesfall nach Anwendung der officinellen Borsalbe bei einer Brandwunde. S. 397. — Deutsch, Vergiftung mit Perubalsam mit tödlichem Ausgange. S. 398. — Pelz, Ein Beitrag zum Codeinismus. S. 398.

**Aus Vereinen und Versammlungen.** XXII. Hauptversammlung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins April 1905 in Hannover. S. 398.

**Bücherbesprechungen und Anzeigen.** S. 400.

**Tagesgeschichte:** Genesungsheime und Arbeitssanatorien. S. 402. — Invalidenrenten und Armenunterstützung. S. 403. — Ausübung der Zahnheilkunde durch Ärzte. S. 403. — Ärztliche Untersuchung von verdächtigen und unverdächtigen Personen. S. 403. — Ministerialerlasse. S. 403.

## Schwefelwasserstoffvergiftung als Unfallkrankung.

Von

Prof. Fürbringer (Berlin).

Die nachfolgenden Mitteilungen behandeln denselben mehrere Jahre zurückliegenden Fall, den ich in der Diskussion des Vortrages von Stadelmann über Vergiftung mit Schwefelalkalien in der Berliner medizinischen Gesellschaft am 29. März dieses Jahres (Berliner klin. Wochenschrift 1905, S. 423 u. 447; diese Zeitung 1905 S. 305) kurz erwähnt habe. Begreiflicherweise waren mir die Daten nicht in wünschenswerter Vollständigkeit gegenwärtig. Die Gründe, aus denen ich mein dem Reichsversicherungsamt im Mai 1903 erstattetes Obergutachten — mit Genehmigung dieser Behörde — nunmehr eingehend mitteile, werde ich am Schluß noch angeben.

Es handelt sich um einen im Januar 1901 verstorbenen Bergmann, dessen tödliche Krankheit Gegenstand der Beurteilung von sieben Sachverständigen gewesen. Trotzdem der Sektionsbefund und ein chemisches Gutachten vorgelegen, waren die Meinungen zum Teil weit auseinander gegangen. Das Nähere erhellt gleich der Art des durch die Zeugen bekundeten Unfalls aus dem Gutachten. Die Fragestellung des Reichsversicherungsamtes ging dahin, ob es wahrscheinlich sei, 1. daß die Einatmung von Schwefelwasserstoffgas, die es für erwiesen erachte, Vergiftungserscheinungen bewirkt habe, 2. daß letztere das Herz- und Nierenleiden des Verstorbenen plötzlich verschlimmert und den Tod dadurch wesentlich beschleunigt hätten.

Ich lasse nun das Gutachten, von einigen unwesentlichen Kürzungen und redaktionellen Änderungen abgesehen, dem Wortlaut nach folgen.

Dem Ersuchen entspreche ich durch Bejahung der beiden gestellten Fragen. Die Gründe sind folgende. Es muß als festgestellt gelten, daß, wie bereits auch die Vorgutachter Med.-Rat T. und Dr. B. erwähnt, die — nicht häufige — Schwefelwasserstoffvergiftung im allgemeinen keine charakteristischen und beweisenden Leichenveränderungen liefert. Wichtig ist eine dunkle bis schwärzliche Verfärbung des Blutes und infolgedessen eine solche der inneren Organe, insbesondere des Gehirns, das einen graugrünen Ton annehmen kann. Allein dieser Befund ist nicht konstant bzw. auf die Fälle von nicht schnell erfolgendem Tode beschränkt und hat nur Geltung bei frischen Leichen, bei denen der natürliche Verwesungsprozeß keine Verfärbungen bedingt hat. Im übrigen pflegt Fettentartung des Herzens und Lungenödem nicht zu fehlen. Hiernach kann der in vorliegendem Falle von den genannten Sachverständigen erhobene Sektionsbefund für die gestellten Fragen nicht verwertet werden. Er verträgt sich durchaus mit dem Begriff der Schwefelwasserstoffvergiftung, stellt ihn aber nicht sicher. Dasselbe gilt von dem Resultat der chemischen Analyse, was der Sachverständige S. schon begründet hat. Was den Befund an Nieren und Herz anlangt, so muß wohl zugegeben werden, daß R. an einer chronischen Nierenentzündung gelitten hat, obzwar die Schilderung des Organs gleich seiner mikroskopischen Untersuchung, sowie des Harns (mäßige einseitige Vergrößerung,

braunrote Rinde, dunkelrotes Mark, entzündliche Schwellung der absondernden Zellen, viel Eiweiß und Zylinder im Harn) nicht eigentlich dazu genügt bis auf die schwere Abziehbarkeit der Kapsel; sie deutet im Verein mit den Herzveränderungen (etwas Arterienverkalkung mit leichter Schlußfähigkeit der Klappen) auf einen gemeinsamen Ursprung mit beginnender Nierenschwumpfung. Unter solchen Umständen kann nicht wohl, wie das hie und da nach dem Akteninhalt anscheinend vermutet worden, die Veränderung von Niere und Herz zu ihrem wesentlichsten Teil auf eine Schwefelwasserstoffvergiftung bezogen werden.

Was die klinische Äußerung der Vergiftung anlangt, so pflegt im Vordergrund zu stehen: Größte Hinfälligkeit und Schwäche, Druck im Kopf und auf der Brust (das „Plomb“ der französischen Kloakenarbeiter), Zusammenschnüren der Kehle, Unruhe, Schwindel, Übelkeit, faulig riechendes Aufstoßen, Erbrechen, Ausströmen von Schwefelwasserstoffgeruch, schließlich Bewußtseinsstörungen bzw. Delirien. Das Blutspektrum ergibt beim Menschen kaum je ausgesprochene Veränderungen.

Nach der Bekundung des Sachverständigen Dr. B. hat der Verstorbene in der kritischen Zeit — die Frage der Schwefelwasserstoffeinatmung am Bohrloche hat bereits das Reichsversicherungsamt in positivem Sinne erledigt — zunächst Mattigkeit in den Gliedern, Atembeschwerden, Herzklopfen und am 4. Januar 1901 folgende Erscheinungen dargeboten: Brustbeklemmung, Atemnot, allgemeine Mattigkeit, trüben Blick, frequenten Puls, verstärkten Herzschlag mit leichtem Geräusch über der Basis, Aufgeregtheit, Hin- und Herwandern, Benommenheit im Kopf, lallende Sprache, Unbehagen in der Magengegend; am nächsten Tage Muskelspannung in den Gliedern und der Kiefergegend und — auch vom Gutachter Dr. M. beobachtete — Bewußtlosigkeit, inmitten welcher er am 6. Januar starb.

Dieses Bild zeigt mit dem Schema in fast allen Punkten eine derartige Übereinstimmung, daß es naheliegt, fast sämtliche Symptome auf eine Schwefelwasserstoffvergiftung zu beziehen, und zur Annahme von Krankheitserscheinungen, welche durch das Nierenleiden veranlaßt wären, keine rechte Aufforderung vorliegt. Vollkommenes darf man selbstverständlich nicht verlangen da, wo das Ausschlaggebende weniger in den Einzelsymptomen als ihrer Gruppierung liegt. Wie bei ungezählten inneren Spontanleiden, so erzeugt auch bei den Vergiftungen oft genug die launische und dem künstlich geschaffenen Schema nur schwer sich fügende Natur wechselnde Bilder, die sich ähneln, aber nicht immer gleichen müssen. Die Obduzenten gehen sogar noch weiter, indem sie aus Anlaß der Spärlichkeit der Erfahrungen ein bestimmtes klinisches Bild der Schwefelwasserstoffvergiftung nicht zulassen wollen. Immerhin muß ich auf ein belangvolles Symptom mit Nachdruck zurückkommen, das Erbrechen. Dr. B. verneint es; auch die Bekundung der Mutter, ihr Sohn habe das Fenster aufgerissen, da er nicht wisse, wo er bleiben solle, beweist noch keinen Brechreiz. Es bleiben nur die positiven Behauptungen der Witwe übrig, die mit Vorsicht aufzunehmen sind gleich dem Inhalt ihres neuesten Briefes, den Dr. B. nicht zu bestätigen vermag. Auch hat letzterer am 4. Januar Rhabarber und Kalomel zur Ableitung auf den Darm, nicht zur Bekämpfung von Brechreiz verordnet. Endlich erscheint auch die Klage des Verstorbenen gegen den Zeugen K. am 3. Januar, es sei ihm „schlecht“, nicht eindeutig. Also kann ich mit dem Reichsversicherungsamt nur annehmen, daß nicht erwiesen, daß R. erbrochen. Aber selbst für den Fall, daß letzterer in der Tat weder an Brechreiz gelitten noch erbrochen hat, würde ich nach Lage der Sache nicht wagen, das Manko gegen die Vergiftung zu verwerten. So auffällig dasselbe erscheint, bei der relativen Seltenheit der Schwefelwasserstoffvergiftung ist die Ausarbeitung der Klinik noch nicht so erschöpfend, daß die Konstanz des Erbrechens als erwiesen gelten

darf. Nicht alle Lehrbücher erwähnen das Symptom. Es darf auch nicht vergessen werden, daß die Brechneigung überhaupt eine individuell sehr schwankende Größe ist; bekannt ist, daß gewisse Menschen selbst auffallend großen Dosen von Brechmitteln Widerstand leisten. Endlich sind nach lehrbuchmäßiger Darstellung der Schwefelwasserstoffvergiftung die Menschen gegen dieselbe „sehr verschieden empfindlich“. Nicht zu unterschätzen ist der durch den Zeugen L. bekundete so starke an das Stapelwasser erinnernde Geruch aus dem Munde des Verstorbenen, daß er sich wegssetzen mußte.

Mit obiger Ausführung ist zu einem Teil der von den Sachverständigen T. und B. sowie Prof. L., Dr. T. und Br. unterhaltenen Bedenken bereits Stellung genommen. Daß der negative Befund im Spektrum nicht gegen die Vergiftung spricht, ist oben begründet worden. Augenentzündung und Darmstörungen gesellen sich gewiß gern zur Schwefelwasserstoffvergiftung; als konstante Begleiter kann ich sie nicht ansprechen. In einem eigenen Falle habe ich erstere vermißt. Das Verhalten des Pulses ist für unsere Frage unerheblich, auch das von C. bezeugte röttere Gesicht, das ein Zeichen von Anstrengung wie Krankheit gewesen sein kann. Ebenso kommt dem Zuckergehalt des Harnes keine einschlägige Bedeutung zu, was ja die letztgenannten drei Gutachter auch erwähnt. Wenn sie die beobachteten Krankheitserscheinungen als charakteristisch für Urämie, d. i. Harnvergiftung des Blutes infolge des Nierenleidens ansprechen, so will ich bei der Vielgestaltigkeit derselben eine prinzipielle Übereinstimmung nicht leugnen. Was mich aber veranlaßt, den Hauptinhalt des Krankheitsbildes nicht als urämischen zu deuten, ist der Umstand, daß, wo nicht eine latent verlaufende, mit rechtschaffener Herzvergrößerung und auffälliger Harnvermehrung einhergehende ausgeprägte Schrumpfniere vorliegt — was hier nicht der Fall —, eine tödliche Urämie nicht unversehens ausbricht. Wenigstens kenne ich unter den zahlreichen von mir beobachteten Fällen chronischer Nierenentzündung keinen derartigen. Selbst bei echter Nierenschwumpfung müssen die plötzlich überraschenden Wandlungen zu gefahrdrohenden und selbst tödlichen Zuständen aus heiterem Himmel infolge von Urämie bei ständiger Arbeitsfähigkeit als Ausnahmen gelten. Kommt es bei den übrigen Formen der Brightschen Nierenentartung zu urämischen Anfällen, so hat gewöhnlich der Träger lange vorher schwere, die Arbeitsfähigkeit lahm legende Krankheitszeichen dargeboten, insbesondere Wassersucht, Atemnot und bedenkliche allgemeine Schwäche. Im vorliegenden Falle war von alledem keine Rede; im Gegenteil hat R., wie bereits das Reichsversicherungsamt im Anschreiben hervorgehoben, nach Auskunft des Knappschaftsvereins und der Gewerkschaft vor dem 2. Januar seit sechs Jahren nicht wegen Krankheit gefehert, sondern bei außerordentlicher Befähigung zum Beruf ständig gearbeitet und selbst schwerste Arbeiten übernommen. Ob er wirklich, wie der Zeuge J. behauptet, schon Ende 1900 „nicht recht imstande gewesen“, steht dahin. Jedenfalls wird seinen tiefliegenden Augen und seiner Einsilbigkeit von der Gewerkschaft eine andere Deutung gegeben, nach welcher es sich um ernste Veranlagung und wortkarges Wesen des mageren Mannes gehandelt. Vor allem war er „bis zum letzten Tage körperlich und geistig arbeitsfähig“, so daß ich nur den latenten Verlauf eines nicht sonderlich schweren Herz- und Nierenleidens voraussetzen kann, das voraussichtlich noch für lange Zeit die Erwerbsfähigkeit gewahrt haben würde, wenn eben nicht die Einatmung des Giftes dem Leben ein früheres Ziel gesetzt hätte. Es ist nicht recht ersichtlich, wodurch der behandelnde Arzt, nachdem er im Beginn die offenbar richtige Diagnose gestellt, sie später zurückzuziehen sich hat verleiten lassen.

Wie bereits erwähnt, ist es zulässig, über die Fragestellung des Reichsversicherungsamts ad 2 hinauszugehen und der Hauptsache nach Schwefelwasserstoffvergiftung als solche anzunehmen. Ich will aber gern einräumen, daß in den beobachteten Störungen

auch von dem chronischen Nierenleiden herrührende gesteckt haben und gerade deshalb, weil R. nieren- und herzkrank gewesen, eine Dose des Giftes, die seinen Mitarbeitern unbedenkliche Gesundheitsstörungen eingetragen, ihm den Tod gebracht, zumal bei Nierenkranken die Ausscheidung aufgenommener Gifte erschwert zu sein pflegt. —

Auf Grund vorstehenden Gutachtens hat das Reichsversicherungsamt der Klägerin unter Aufhebung der Vorentscheidungen die Witwenrente zugesprochen.

Der materielle Inhalt des Gutachtens bedarf nicht eines längeren Kommentars. Die Gründe, aus denen ich es der Veröffentlichung als wert erachtet, liegen einmal in der wieder von Stadelmann hervorgehobenen Seltenheit der Schwefelwasserstoffvergiftung, zumal in der Unfallspraxis; sodann in der Schwierigkeit der Differenzierung der klinischen Erscheinungen gegen den Symptomenkomplex der vielgestaltigen Urämie. Auch unsere Vergiftung hat das Zentralnervensystem zum Hauptangriffspunkt. Es hat die Patientin Stadelmanns nach der Einnahme des „Haarfeindes“, eines im wesentlichen aus Schwefelkalzium bestehenden Enthaarungsmittels der Hauptsache nach dargeboten: Erbrechen, Bewußtlosigkeit, Cyanose, Krämpfe, Hin- und Herwälzen, Toben, dunklen eiweiß-, blut- und zylinderhaltigen Harn, grünschwarzen Stuhl. Hier wurde die akute toxische Nephritis chronisch, während in unserem Falle der Kranke schon vorher Träger eines chronischen Nierenleidens gewesen. Im übrigen sind die gemeinsamen Züge im klinischen Bilde unverkennbar. Herausheben möchte ich eine gewisse, von den französischen Autoren bereits vor Jahrzehnten in ihren Studien der Kloakengasvergiftung\*) eingehend gewürdigte, später zum Teil nicht genügend beachtete und von den neueren Lehrwerken nicht durchweg erwähnte freilich nicht konstante Eigenart der Delirien, die unter anderen Stadelmann zunächst eine Psychose vermuten ließ und von mir in der genannten Diskussion bereits erwähnt worden. Ich meine den ruhelosen und lauten Bewegungsdrang, der sich auch in den beiden Fällen widerspiegelt. Andere Male treten mehr springende und tanzende Bewegungen der Opfer der Vergiftung hervor, welche verworren schwatzen, unartikulierte Laute ausstoßen, singen, „chantent le plomb“, um im Jargon der Pariser Kloakenfeger zu reden. Es ist nicht zum wenigsten der Bericht des behandelnden Arztes über die Sprachstörung und den Wanderdrang unseres Kranken gewesen, der im Verein mit der Kontinuität der Erscheinungen mein positives Urteil gefestigt, das der Witwe zu der offenbar wohlverdienten Rente mit verholten.

## Über Strafvollzugsunfähigkeit.

Von

Dr. F. Leppmann,

zweitem Arzt an der Strafanstalt Moabit und der dortigen Irrenabteilung.

Von allen Fragen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie ist gewiß keine ausgiebiger durchgearbeitet als die der Zurechnungsfähigkeit für rechtswidriges Handeln. Da gibt es eine umfangreiche ärztliche Literatur, genaue gesetzliche Vorschriften und oberstgerichtliche Entscheidungen, welche die Rechtslage klären. Während aber so alle Garantien geboten werden, daß das Urteil im medizinischen wie im juristischen Sinne gleich gerecht ausfallen möge, verlassen uns die Kommentatoren in ganz auffälliger Weise, sobald auf das Wort die Tat, auf das Urteil der Strafvollzug gefolgt ist, und sobald es nun gilt, die Bedeutung geistiger Störungen im Strafvollzuge abzuwägen.

\*) Die man trotz der Beimischung von Kohlenwasserstoff und Ammoniak getrost als Schwefelwasserstoffvergiftung gelten lassen kann.

Die Reichsstrafprozeßordnung spricht in zwei Paragraphen von einer Verhinderung der Strafvollstreckung durch bestehende geistige Störung. Nach § 485 darf an Geisteskranken kein Todesurteil vollstreckt werden, und nach § 486 muß die Vollstreckung einer Freiheitsstrafe aufgeschoben werden, wenn der Verurteilte in Geisteskrankheit verfällt.

Letztere Vorschrift bezieht sich jedoch, nach übereinstimmenden Entscheidungen der obersten Gerichte, nur auf diejenigen Erkrankungen, die zwar nach der Urteilsfällung, aber vor Antritt der Strafe ausbrechen. Macht sich eine Geistesstörung während der Strafe geltend, so lehrt uns in Deutschland keine gesetzliche Vorschrift, wie mit dem Erkrankten rechtlich zu verfahren sei. Selbst die vom Bundesrat am 28. Mai 1898 veröffentlichten „Grundsätze, welche bei dem Vollzuge gerichtlich erkannter Freiheitsstrafen bis zu weiterer gemeinsamer Regelung zur Anwendung kommen“ begnügen sich zu erklären, daß erkrankte Gefangene in der Regel innerhalb der Strafanstalt und nur in besonderen Fällen außerhalb derselben behandelt werden sollen, ohne die Geisteskranken näher zu berücksichtigen. So wird denn im Einzelfalle die Frage, ob ein Gefangener infolge geistiger Störung strafvollzugsunfähig sei, nicht bloß ohne gerichtliche Entscheidung im Verwaltungswege von Bureau zu Bureau erledigt, sondern es fehlen selbst in den Verwaltungsvorschriften bindende Regeln für die zu berücksichtigenden Normen. Klassische Werke über das Gefängniswesen, wie das groß angelegte Handbuch des Gefängniswesens von Holtzendorf-Jagemann (Hamburg, J. F. Richter 1888), gehen mit kurzen verlegenen Andeutungen über das Problem hinweg, und die medizinische Literatur über Strafvollzugsfähigkeit ist sehr spärlich. Selbst umfangreiche Lehrbücher der gerichtlichen Psychiatrie pflegen über dieses Gebiet nur einige kurze Andeutungen zu bringen\*) und aus der neueren periodischen Literatur wüßte ich, abgesehen von einer gelegentlichen Streifung dieser Frage bei Erörterungen anderer Themen aus letzter Zeit kaum mehr zu nennen, als eine 1903 in dieser Zeitschrift veröffentlichte Arbeit von Aschaffenburg: „Strafvollzug an Geisteskranken“.

Wenn ich vorhin sagte, daß der Strafvollzug sich zur Verurteilung verhält wie die Tat zum Wort, so habe ich damit theoretisch schon die Notwendigkeit begründet, der Frage der Strafvollzugsfähigkeit größere Beachtung als bisher zu schenken. Es können unmöglich ersprießliche Verhältnisse bestehen, wenn nicht sorgfältig und nach bestimmten Grundsätzen aus dem Strafvollzuge diejenigen Personen ausgemerzt werden, die sich für ihn nicht eignen. Daß auch in der Praxis das Fehlen solcher bestimmten Grundsätze zu sehr großen Schwierigkeiten, zu vielem Kopfzerbrechen und manchem unerquicklichen Streit führt, das ist uns Gefängnisärzten schon seit langer Zeit bekannt.

Ich habe mir deshalb vorgenommen zu erörtern, wie sich wohl die Voraussetzungen der Strafvollzugsunfähigkeit in eine kurze Definition zusammenfassen lassen, analog den Begriffsbestimmungen, welche unsere Gesetzbücher für die Unzurechnungsfähigkeit, Geschäftsfähigkeit etc. geben. Es sollen bei dieser Untersuchung Reformen des Strafrechts, die wir für künftige Zeit erstreben, ganz unberücksichtigt bleiben: zunächst einmal ist es die gegenwärtige Rechtslage, welche wir als Gutachter berücksichtigen müssen; wir können die Entscheidung über den Verbleib eines geistig Defekten nicht so lang hinausschieben, bis es etwa besondere Verwahranstalten für Minderwertige geben wird, oder dgl. Das heute geltende Recht wird also die Grundlage sein, auf der unsere Ausführungen sich aufbauen sollen.

\*) Eine Ausnahme macht A. Leppmann, Sachverständigenfähigkeit bei Seelenstörungen. Berlin, R. Schoetz, 1887.

Wenn wir von Strafvollzugsfähigkeit reden, so denken wir zunächst an mehr äußerliche Dinge, an die Fähigkeit des Gefangenen, in seiner Arbeit, in seinem Benehmen, allen den Anforderungen zu genügen, welche die Anstaltsdisziplin stellt. Es gehört aber zur Strafvollzugsfähigkeit noch etwas mehr: Im Lichte welcher Theorie immer man die Freiheitsstrafen betrachtet mag — stets wird als ihr Zweck ein gewisser Einfluß derselben auf das Seelenleben vorausgesetzt. Es ist selbstverständlich nicht gesagt, daß die Strafe nur an Leuten vollzogen werden dürfte, bei denen dieser Zweck sicher erreichbar wäre. Aber zum mindesten dürfen keine Umstände vorliegen, welche die Erreichung des Strafzwecks von vornherein als ganz aussichtslos erscheinen lassen. Es muß wenigstens die theoretische Möglichkeit bestehen, daß der Sträfling seine Haft entweder als Sühne für begangenes Unrecht empfindet, oder daß sie läuternd oder abschreckend auf ihn wirken könne. Wo selbst diese Möglichkeit durch krankhafte seelische Mängel ausgeschlossen ist, da hat der Strafvollzug keinen Sinn mehr da tritt eine Strafvollzugsunfähigkeit aus inneren Ursachen ein.

Welche Kennzeichen besitzen wir nun für die Bejahung dieser Voraussetzungen, und wie können wir sie bündig zum Ausdruck bringen?

Ärzte, welchen die Praxis des Strafvollzuges und der Gefängnispsychosen fremd ist, mögen glauben, daß es hier keiner weitläufigen Begriffsbestimmung bedürfe, und daß man mit dem Schlagwort auskomme: „Geisteskranke gehören nicht in die Strafanstalt“. Sicher hat Aschaffenburg, als er in seinem oben erwähnten Aufsatz diesen Grundsatz aufstellte, nicht daran gedacht, damit eine umfassende Definition der Strafvollzugsunfähigkeit geben zu wollen. Er wollte, wenn ich ihn recht verstanden habe, nur dagegen ankämpfen, daß im Strafvollzuge gewisse typische Geisteskranke, die wir aus der Freiheit sicher in die Irrenanstalt bringen würden, zurückbehalten werden, statt in diese geeigneteren Asyle gebracht zu werden. Es wäre aber gut gewesen, wenn er von vornherein betont hätte, daß nicht jede Störung des Seelenlebens Geisteskrankheit im Sinne seiner Ausführungen sei. In dem Bestreben, den Begriff der Strafvollzugsunfähigkeit festzulegen, bringt uns der obige Satz nicht vorwärts, sondern rückwärts. Kein Begriff ist dehnbare, als derjenige der Geisteskrankheit. Es unterliegt durchaus der persönlichen Willkür des Einzelnen, wo er die „geistige Minderwertigkeit“ auflösen und die „Geisteskrankheit“ anfangen lassen, und ob er in einem nach einer geistigen Störung seelisch gebrechlich Gebliebenen den mit Defekt „Geheilten“ oder den — wenn auch gebesserten — „Kranken“ sehen will. Mustern wir aber das Krankenmaterial einer Strafanstalt, so sehen wir in überraschender Häufigkeit gegenüber den eindeutigen „Geisteskrankheiten“ die Zustände auftreten, welche mit mehr oder weniger weitem Ausschlage um die Mitte zwischen Krankheit und Gesundheit herumpendeln. Paralytiker, hochgradig Manische, tief Melancholische fehlen uns fast ganz. Dagegen blühen bei uns die abortiven Formen der Verrücktheitsgruppe, die Dementia praecox Kräpelin's, die ganze Summe der Seelenstörungen auf der Grundlage des Schwachsinn's und der Epilepsie und die mannigfachsten Arten degenerativer Veranlagung.

Es würde mir nicht schwer fallen, aus unserem Anstaltsmaterial in lückenloser Reihenfolge alle Übergangsstufen vom luftschloßbauenden Träumer bis zu dem in phantastischen Wahngelbilden befangenen Paranoiker, vom arroganten und rechtshaberischen Quengler bis zum querulatorisch Verrückten nebeneinander zu stellen. Die Reihe unserer Schwachsinnigen umfaßt nicht bloß die verschiedensten Grade von allgemein herabgesetzter seelischer Leistungsfähigkeit, sondern die Mannigfaltigkeit wird noch vermehrt durch allerlei Nebenstörungen (Reizbarkeit, Hypochondrie, Neigung zu Halluzinationen), die bald fehlen,

bald vorhanden sind. Wir bekommen Folgezustände des Jugendirreseins in allen Stufen zur Strafverbüßung, angefangen mit einer harmlosen Mischung von Albernheit, Überheblichkeit und Hypochondrie, welche weitaus nicht das Gesamtbild einer Geistesstörung im Sinne des üblichen Sprachgebrauchs darstellt, bis hinauf zu ausgesprochenen Wahnideen, vollkommener Einsichtslosigkeit und Unlenksamkeit. Wir sehen von abgeblaßten paranoischen Erkrankungen bald eine unerträgliche Reizbarkeit mit vereinzelt Wahnideen, bald bloß ein allgemeines Mißtrauen, bald nichts weiter als einen Mangel an Krankheitsinsicht zurückbleiben, und was bedeutsamer ist, wir können sozusagen experimentell den Krankheitsrest dämpfen oder verstärken, je nachdem, ob wir dem Kranken vorsichtig oder unvorsichtig begegnen. Am allergrößten aber ist die Fülle und Verschiedenheit der Erscheinungen bei den Epileptikern. Da stellen zunächst alle die Abschattierungen von der einfachen Reizbarkeit, Launenhaftigkeit, Hypochondrie und Frömmelerei bis zur wohl ausgebildeten epileptischen Paranoia der kritischen Würdigung die schwierigsten Aufgaben. Da kommen ferner die akuten Verwirrtheits- und Erregungszustände hinzu, die bald durch ihre Seltenheit belanglos sind, bald durch ihre Häufung den Strafvollzug unmöglich machen. All das wird aber noch kompliziert durch die Unberechenbarkeit im Verlauf der epileptischen Krankheitsformen. Wir sehen heute einen Epileptiker, dessen Einsichtslosigkeit und Zornmütigkeit derart ist, daß wir ihn unbedingt in die Irrenabteilung nehmen müssen — und nach 6 Wochen oder 3 Monaten ist aus demselben Manne ein fügsamer stiller Gefangener geworden, der mit vollem Verständnis den Rest des Strafvollzuges über sich ergehen läßt, der sich vielleicht noch etwas leicht gekränkt fühlt, aber über jedes unbedachte Wort gleich nachher beschämt ist. Ein anderer, der zur selben Zeit in die Irrenabteilung gekommen ist, wird dagegen immer gereizter, wütender und einsichtsloser und ist nach jahrelangem Aufenthalt in öffentlichen Anstalten noch nicht gebessert. Es gibt unter den Epileptikern großsprecherische, eigensinnige Burschen, die ihren Stolz darein setzen wollen, den Strafvollzug unmöglich zu machen, und bei denen eine derbe Arreststrafe Wunder wirkt — es gibt andere, welche jede Strafe nur reizt und kränker macht. Diese Unberechenbarkeit des Verlaufs ist ganz ebenso bei denjenigen Fallsüchtigen vorhanden, deren Krankheit wir auf organische Gehirnveränderungen zurückführen können, wie bei den übrigen.

Wem die lebendige Erfahrung solche Bilder vor Augen stellt, der wird nach maßgeblicheren Kennzeichen der Strafvollzugsunfähigkeit suchen, als sie das Wort „Geisteskrankheit“ enthält.

Im übrigen glaube ich, daß es grundsätzlich unrichtig ist, wenn wir Ärzte in unserer Eigenschaft als Gutachter uns darauf versteifen wollen, nur klinische Diagnosen zu stellen, ohne gleichzeitig auch jedesmal die praktische Nutzenanwendung darzutun. Wir haben nicht die mindeste Aussicht es durchzusetzen, daß wir von Behörden und Gerichten gewissermaßen als Auguren betrachtet werden, deren spezialwissenschaftliche Untersuchungsergebnisse von vornherein den Ausschlag bei der Rechtspraxis geben. Der Richter, der Verwaltungsbeamte verlangt — und zwar mit Recht —, daß wir ihm klar machen, warum eine von uns gefundene Geistesstörung gerade diejenigen Folgen im Einzelfalle hat, auf die es ihm ankommt. Ihm ist es ganz gleichgültig, ob wir wissenschaftlich berechtigt sind, das Zustandsbild als „Geisteskrankheit“ zu bezeichnen, aber wir müssen ihm beweisen können, daß es einen bestimmten Einfluß auf das Handeln des Kranken hat. Wenn wir uns auf einen doktrinären Standpunkt stellen, also etwa in unserer Frage auf den, daß wir lediglich die Geistesstörung nachzuweisen und dann nach dem Grundsatz „Geisteskranke gehören nicht in die Strafanstalt“ das Weitere zu verlangen hätten, so werden wir bald alle

Führung mit den Anforderungen des praktischen Lebens verlieren und in unserer „splendid Isolation“ ebenso unseren Stand wie das Gemeinwohl schädigen. Darin, daß wir uns von solcher Prinzipienreiterei fernhalten, könnte nur mangelhaftes Verständnis eine Herablassung zu unwürdigen Kompromissen erblicken.

Der zweite Einwand gegen die Nützlichkeit der von mir beabsichtigten Erörterung, den ich erwarte, ist der: Es sei wohl trotz unserer, eingangs dargelegten theoretischen Beweise doch keine so wichtige Sache, streng zu entscheiden, ob ein geistig Defekter ins Strafhaus oder ins Irrenhaus gehöre. Eine gewisse indolente Humanität legt den Einen die Worte in den Mund: Laßt im Zweifelsfalle doch den armen Teufel aus der Strafe heraus, ein ideales Ergebnis wird der Strafvollzug bei ihm ja doch nicht haben; andere mehr zur Schneidigkeit neigende Naturen stellen sich auf den Standpunkt: Laßt lieber ein paar Geistesdefekte zu viel, als einen zu wenig im Strafvollzuge; sie sind es nicht wert, daß man sich um ihretwillen den Kopf zerbricht.

Die letztere Gruppe von Beurteilern ist leicht abgetan: Gerade die zweifelhaften Fälle sind eine solche Last für den Strafvollzug und erfordern eine solche Masse Arbeit, daß auch wer vom Hauch der Humanität nicht gestreift ist, sie gern los wird.

Wer aber andererseits rät, Geistesdefekte aus dem Strafvollzuge herauszuschicken, auch wenn sie nicht gerade im strengsten Sinne straffollzugsunfähig seien, der ist sich der ungeheueren Verantwortung nicht bewußt, die er damit auf sich lädt.

Zunächst einmal: wohin kommen denn diese Kranken? Mit geringen Ausnahmen sind es gemeingefährliche Personen, deren Verwahrung bisher außer im Strafhause, nur in der Irrenanstalt möglich ist. Wie lange die Irrenanstalt diese Kranken behält, das hängt durchaus vom persönlichen Ermessen des Anstaltsleiters ab.

Ist dieser nicht überzeugt, daß der Kranke ein geeignetes Objekt für die Anstalt darstellt bzw. daß er wirklich straffollzugsunfähig ist, so schickt er ihn schleunigst in die Haft zurück. Und die Erfahrung lehrt merkwürdigerweise, daß bei dieser Prüfung die Leiter der öffentlichen Irrenanstalten recht häufig Straffollzugsfähigkeit in solchen Fällen noch als vorhanden annehmen, in denen die Psychiater der Strafanstalten sie verneinen. Zum Belege hierfür gebe ich eine kleine Statistik: Unter dem 21. Juli 1902 hat der preußische Justizminister im Einverständnis mit dem Minister des Innern verfügt, daß die aus Strafanstalts-Irrenabteilungen in öffentliche Irrenanstalten überführten Geisteskranken, wenn sie später auf der öffentlichen Anstalt wieder in den Strafvollzug zurückgeschickt werden, erst zur Nachprüfung ihrer Straffollzugsfähigkeit diejenige Irrenabteilung wieder passieren müssen, von der aus sie in die öffentliche Anstalt gebracht worden sind. Seit diese Verfügung existiert, sind in unsere Abteilung im ganzen 33 Personen direkt aus Irrenanstalten als genesen bzw. gebessert und straffollzugsfähig zurückgeliefert worden. Von diesen haben sich — zum Teil vom ersten Tage an — als straffollzugsunfähig trotz möglicher Rücksichtnahme sieben erwiesen. Bei acht weiteren dauert die Beobachtung erst wenige Wochen, so daß kein maßgebliches Urteil möglich ist, drei oder vier sind im geregelten Straffollzuge über ihre Strafe hinweg gekommen, und die übrigen sind in der Mehrzahl so erheblich defekt, daß ihre Rückbringung in die Irrenabteilung sehr leicht wieder erforderlich werden kann. Es finden sich darunter mehrere ausgesprochen chronisch Verrückte.

Augenscheinlich sind die Erwägungen, denen die Leiter der betreffenden Irrenanstalten gefolgt sind, sehr verschieden gewesen. Die einen haben sich nur gefragt: Besteht bei dem X. eine „Geisteskrankheit“?, und wenn der Mann dann keine Wahnideen mehr äußerte und wenigstens zeitweise fügsam war, haben sie ihn zurückgeschickt. Die andern haben ohne Rücksicht auf klinische Erwägungen lediglich die Möglichkeit einer Unterordnung unter die Anstaltsdisziplin im Auge gehabt, zum Teil freilich ohne die

Schwierigkeit dieser Unterordnung für Geistesdefekte voll zu würdigen. Wie weit etwa hier und da die neuerdings proklamierte Neigung, die Irrenanstalt nicht mehr als Verwahrungsort für gemeingefährliche Kranke gelten zu lassen, bei der Abstößung dieser Elemente mitgewirkt hat, wage ich nicht zu entscheiden.

Jedenfalls erhellt aus meiner Zusammenstellung, daß die Irrenanstalten bei milder strenger Sichtung des ihnen überwiesenen Gefangenenmaterials uns die nicht ganz deutlich straffollzugsunfähigen Fälle binnen kurzer Zeit zurückschicken würden.

Es sind aber nicht bloß überflüssige Kosten und Arbeiten, welche aus einer oberflächlichen Begutachtung der Straffollzugsfähigkeit entstehen würden, sondern sehr ernste Gefahren für die Allgemeinheit. Ich muß es aussprechen, daß die zum Teil höchst gemeingefährlichen Kranken in der öffentlichen Anstalt bei unseren heutigen Verhältnissen meist nicht genügend sicher verwahrt werden. König meint zwar, nur ausnahmsweise erweise sich ein aus der Irrenanstalt in die Freiheit entlassener Bestrafter draußen wieder als gemeingefährlich. Es wäre gewiß erfreulich, wenn diese Meinung sich statistisch bestätigen ließe. Aber selbst dann würde keineswegs das getan sein, daß die gemeingefährlichen sicher in den Irrenanstalten zur Zeit gut verwahrt werden, denn ein großer Teil der geisteskrank gewordenen Verbrecher, die Mehrheit oder eine große Minderheit, wartet ihre gutwillige Entlassung nicht ab und findet Gelegenheit, aus den Anstalten zu entweichen und neue antisoziale Handlungen zu begehen. Ich kann auch hier wieder eine kleine, aber sehr bezeichnende Statistik anführen.

Von 38 in die Irrenanstalt entlassenen Gefangenen, welche später wieder in hiesige Abteilung eingeliefert wurden, sind aus der Irrenanstalt entlaufen mindestens 21 (von einigen fehlen mir die Berichte darüber). Mehrere sind wiederholt entlaufen. Zwölf davon haben die Entweichung (bzw. einen Urlaub) zu strafbaren Handlungen benutzt. Unter diesen strafbaren Handlungen finden sich verschiedene Betrügereien, Diebstähle zum Teil in Form schwerer Einbrüche, Körperverletzungen, Zuhälterei und ein Notzuchtsattentat. Besonders bezeichnend ist der Fall eines Kranken, welcher aus der Irrenanstalt im Laufe von 15 Jahren immer und immer wieder entwichen ist, Diebstähle und Körperverletzungen begangen hat, nachdem er bereits in der Anstalt Gelegenheit zu dem bedenklichsten Unfug, zu Liebesverhältnissen etc. gefunden hatte.

Aber mit der Gefährdung des öffentlichen Wohls geht bei der Unterbrechung des Straffollzugs auch eine ernste Schädigung der Kranken selbst einher. Der Aufenthalt in der Irrenanstalt wird nämlich nach der Rechtsprechung der Preußischen Obergerichte nicht auf die Strafzeit angerechnet. § 493 der Strafprozeßordnung besagt zwar: „Ist der Verurteilte nach Beginn der Straffollstreckung wegen Krankheit in eine von der Strafanstalt getrennte Krankenanstalt gebracht worden, so ist die Dauer des Aufenthalts in der Krankenanstalt in die Strafzeit einzurechnen“ — aber die Gerichte haben entschieden, daß dieser Paragraph auf den vorliegenden Fall nicht zutrefte. Die Straffollzugsbehörde lasse gar nicht die Gefangenen in eine Irrenanstalt bringen, sondern sie hebe den Straffollzug auf, und übergebe den ihrer Wirksamkeit nun nicht mehr unterstellten Kranken der zur Fürsorge für ihn verpflichteten Behörde, welche ihrerseits weiter über ihn verfüge. So kann es passieren, und ist es passiert, daß Kranke nach vieljähriger Internierung in der Irrenanstalt noch eine Straffrist von 1 bis 2 Jahren abbüßen mußten. Wir haben uns redlich bemüht, den Leuten jegliche Rechtsbelehrung und Hilfe gegen diese Auffassung zuteil werden zu lassen, aber es hat nichts genützt. Infolgedessen sind besonnene Kranke stets sehr unglücklich, wenn wir sie in die Irrenanstalt schicken. Außerdem scheuen gerade diejenigen Leute, welche sich noch einmal zu einer geordneten Lebensführung aufraffen möchten, die Irrenanstalt oft in hohem Maße, weil sie



wissen, daß im bürgerlichen Leben der ehemals Geistesranke auf große Schwierigkeiten im Erwerbe wie im Verkehr stößt.

Der in unsern bisherigen Ausführungen dargelegten Notwendigkeit, eine genaue Formel für die Begriffsbestimmung der Strafvollzugsunfähigkeit zu finden, ist als erster weder ein Arzt, noch ein Jurist, sondern ein Strafanstaltspraktiker gerecht geworden: ich meine Krohne, den Reformator unseres Gefängniswesens. Er sagt in seinem klassischen Lehrbuch der Gefängnis-kunde (Stuttgart, Verlag Enke, 1889):

Strafvollzugsunfähig wird der Verurteilte, wenn er entweder so verblödet, daß er kein Verständnis mehr hat für Strafe und Strafvollzug oder so verrückt ist, daß er durch sein Gebahren die Ruhe und Ordnung der Strafanstalt stört.

Fragen wir uns, ob die ausgiebigen Erfahrungen über Strafvollzugsfähigkeit, die von ärztlicher Seite namentlich in den mit Adnexen für Geistesranke verbundenen Strafanstalten seit dem Erscheinen des Krohneschen Buches gemacht worden sind, für die Zwecke der medizinischen Gutachtertätigkeit eine wesentliche Veränderung der Krohneschen Thesen\*) gebieten, so kommen wir zu einer Verneinung.

Völlig sinngemäß ist es zunächst, wenn Krohne zwei verschiedene Arten von Strafvollzugsunfähigkeit unterscheidet: eine relative und eine absolute.

Die erstere kennzeichnet sich durch die Voraussetzung, daß der Kranke die Ruhe und Ordnung des Hauses stört. Ob er das tut, das hängt innerhalb weiter Grenzen von den disziplinarischen Anforderungen, die an ihn gestellt werden, und von der Möglichkeit, ihn in einer seinen Fähigkeiten angemessenen Weise zu beschäftigen, ab. Es gibt seelisch schwankende Personen, welche in der Einzelhaft sofort anfangen zu halluzinieren, in Gemeinschaft sich aber gut halten; es gibt andere, wenn auch minder häufig, denen nur in der Stille der Zelle wohl ist. Manche müssen sich kräftig ausarbeiten, um namentlich sexuellen Anfechtungen, oder aber um der Gefahr der Schlaflosigkeit zu entgehen. Andere wieder können aus körperlichem Schwächegefühl nur leichte Arbeit verrichten. Wir haben geistig Defekte, die wir nicht wagen dürften, in eine andere Anstalt zu schicken, weil ihre mimosenhafte Empfindlichkeit es erforderlich macht, daß ihnen gegenüber jedes schroffe Wort vermieden werde, was nur in einer Anstalt möglich ist, wo jeder Beamte die besondere Eigenart des betreffenden Gefangenen kennt; andere aber müssen wir versetzen, weil sie von einer abgelaufenen halluzinatorischen Geistesstörung ein ängstliches Mißtrauen gegen irgendeinen bestimmten Beamten gerade unserer Anstalt zurückbehalten haben. Vor allem kann mit disziplinarischen Bestrafungen geistig Angekränkelter viel verdorben werden, wenn schematisch und ohne ärztliche Würdigung der etwa vorgekommenen Verstöße vorgegangen wird.

Je mannigfacher die Möglichkeiten der disziplinarischen Behandlung Geistesdefekter sind, und je sorgfältiger die Organe des Strafvollzuges in der Behandlung individualisieren, desto weniger Personen brauchen aus dem Strafvollzuge deshalb entlassen zu werden, weil sie durch die Äußerungen eines Seelenleidens die Ordnung der Anstalt stören. Freilich muß man manchmal erst eine ganze Weile herumprobieren, ehe man mit solchen Leuten das richtige trifft; aber selbst in recht bedenklichen Fällen erreicht man doch nicht selten gute Erfolge.

Erst kürzlich ist uns folgender Fall vorgekommen:

Ein erblich belasteter junger Eigentumsverbrecher erkrankte 1900 mit melancholischer Verstimmung und Selbstvorwürfen. Daran schloß sich dann ein fantastisches System von Wahnideen, welches zur Aussetzung des Strafvollzuges und Unterbringung in einer Irrenanstalt Anlaß gab. Dort traten die Wahnideen bald zurück, X. blieb aber in erheblichem Grade reizbar und einsichtslos. Etwa

\*) Deutsche med. Wochenschr. 1905, Nr. 25.

nach  $\frac{3}{4}$  Jahren wurde er verständiger und wenige Wochen später schickte man ihn zur Verbüßung seines Strafrestes zurück. Er schien auch ganz leidlich wieder hergestellt und wurde nach der Gemeinschaftsanstalt A. überführt. Hier dauerte es nur wenige Monate, so waren die Sinnestäuschungen wieder da, und X. kam zu uns zurück. Auch diesmal trat rasch wieder eine Besserung ein; gleichwohl aber mißlang ein Versuch, ihn in der Strafanstalt Moabit die Reststrafe verbüßen zu lassen, kläglich. Mitte 1903 kam X. in die Landesirrenanstalt zurück, blieb dort wieder  $\frac{3}{4}$  Jahre, während deren sein Verhalten zeitweise noch recht schwankend war, kam im April 1904 wiederum als strafvollzugsfähig zurück, hielt sich diesmal zunächst in der Strafanstalt Moabit gut und verbüßte dann mehr als ein Jahr Strafrest in der Strafanstalt B., wo er mit Feldarbeit beschäftigt werden konnte. Er hat sich mir kürzlich vorgestellt, und ich war überrascht über sein blühendes Aussehen und sein fröhliches, verständiges Wesen.

Fälle wie dieser zeigen, daß — ich wiederhole es — schon die bisher in den Strafanstalten gegebenen Möglichkeiten bei verständiger Ausnutzung genügen, um die Zahl der durch Störung der Strafvollzugsordnung strafvollzugsunfähigen Gefangenen sehr einzuschränken.

Um Mißverständnisse zu vermeiden, wird es sich empfehlen, die ursprüngliche Krohnesche Definition dieser Gruppe etwas umzumodeln: es gibt ja wenige Sträflinge, welche nicht gelegentlich durch Unbotmäßigkeit, Übermut oder dgl. die Ruhe und Ordnung des Strafvollzuges stören, und es muß auch die Möglichkeit berücksichtigt werden, daß ein Geistesdefekter nicht krankheitshalber, sondern mutwillig Störungen veranlaßt. Wir sagen daher besser mit A. Leppmann\*) : . . . . ., wenn sie durch die Äußerungen ihrer Krankheit die Ordnung des Strafvollzuges erheblich und dauernd stören.

Ganz anders zu beurteilen sind diejenigen Fälle, wo nach der Krohneschen Begriffsbestimmung das Verständnis für Strafe und Strafvollzug fehlt. Diese müssen aus dem Strafvollzuge heraus, wie immer ihr äußeres Benehmen beschaffen sein möge. Freilich dürfen wir an das „Verständnis für Strafe“ keine idealen Anforderungen stellen. Krohne selbst hat sicher an alles andere eher gedacht, als daran, die Strafvollzugsfähigkeit vom Schuldbewußtsein im Sinne eines echten moralischen Empfindens abhängig zu machen. Diese letztere Form des Verständnisses für Strafe ist unter unseren Gewohnheitsverbrechern und unter der Mehrzahl der Gelegenheitsverbrecher eine so große Ausnahme, daß der Hinweis auf die sittliche Stumpfheit eines Gefangenen bei der Erörterung seiner Strafvollzugsfähigkeit höchstens als Beweismittel dritten Ranges mitverwendet werden könnte. So gut wie der Staat sich in seinen Rechtsvorschriften damit begnügt, die Erfüllung bestimmter Normen im Handeln von seinen Bürgern zu verlangen, ohne zu fragen, aus welcher Gesinnung dieses Handeln hervorgeht, ebenso gut wird man sich begnügen müssen, als Vorbedingung des Strafvollzuges eine rein verstandesmäßige Einsicht des Bestraften zu verlangen: Er muß wissen, weswegen er bestraft ist, er muß wissen, daß seine Strafe auf dem Rechtswege über ihn verhängt und für ihn bindend ist, und er muß wissen, daß die Strafe zur gegebenen Zeit noch andauert. Wenn er diesen Anforderungen genügt, dann fehlt ihm nicht das Verständnis für seine Strafe und deren Vollstreckung, wie ich statt des immerhin mißdeutbaren allgemeinen Ausdrucks „Verständnis für Strafe und Strafvollzug“ vorschlagen möchte zu sagen.

So primitiv diese Anforderungen erscheinen, so führen sie doch zur Strafaussetzung bei einer ganz erheblichen Menge von Geistesdefekten. Es werden davon betroffen nicht bloß die unter Strafgefangenen heutzutage sehr seltenen schweren Verblödungszustände, die chronischen Verwirrtheitsformen und Stuporen,

\*) l. c.

sondern auch mannigfache Verrücktheitsformen. Namentlich gehören hierher die Querulanten, welche überzeugt sind, ihre Verurteilung nicht einer rechtmäßigen Gerichtsentscheidung, sondern lediglich einem Komplott zwischen Staatsanwalt, Richtern und persönlichen Feinden zu verdanken und diejenigen namentlich unter den Lebenslänglichen nicht seltenen Verurteilten, bei denen mit der Zeit der Wahn, begnadigt zu sein, sich entwickelt. Diese Letzteren, geschulte Züchtlinge, die auch hinsichtlich ihres Charakters oft zu den besseren Elementen der Strafanstalt gehören, machen formell, trotz ihrer Verrücktheit, dem Strafvollzuge anfangs oft gar keine Schwierigkeiten, und dennoch ist es geboten, sie aus dem Strafvollzuge zu entfernen, weil sie eben die Strafvollstreckung an ihnen nicht mehr begreifen.

Zwei Bestandteile der Krohneschen Definition werden wir für die ärztliche Sachverständigentätigkeit ganz fallen lassen können, nämlich die Vordersätze: „Wenn er entweder so verblödet... oder so verrückt... ist.“ Es handelt sich hier mehr um populär erklärende Ausdrücke, als um streng medizinische Definitionen. Im psychiatrischen Sinne trifft es nicht zu, daß die störenden Elemente gerade die Verrückten sind. Vielmehr ist es häufig, daß gerade die Verrücktheit, die Umwandlung der Persönlichkeit des Kranken, ihm bei erhaltener formeller Intelligenz und guter disziplinarer Führung das Verständnis für die Strafe raubt. Zudem kommen die einfachen krankhaften Erregungszustände, die eine so große Rolle spielen, bei der Zweiteilung, „Verblödung und Verrücktheit“ nicht zu ihrem Rechte.

Nun könnte noch die Frage an uns herantreten: Gibt es nicht einen dritten Grund für die Unterbrechung des Strafvollzuges? Müßte man nicht auch diejenigen Personen aus dem Strafvollzuge entlassen, deren Gemütszustand sich in der Strafanstalt so ungünstig gestaltet, daß die dringende Gefahr eines geistigen Zusammenbruchs vorliegt? Diejenigen Personen also, welche noch nicht geisteskrank sind, aber es voraussichtlich binnen kurzem sein werden? Als Grund hierfür ist anzuführen, daß die Strafhaft nur eine Freiheitsberaubung, nicht aber eine Gesundheitsberaubung sein soll! Und dennoch muß unter den gegenwärtigen Verhältnissen die Frage im allgemeinen verneint werden, so lange wir noch keine Verwahranstalten für derartige, in den Rahmen der Irrenanstalt nicht passende Personen haben. Wir werden es als unsere Pflicht ansehen, die Schaffung entsprechender Anstalten zu befürworten; so lange sie aber nicht bestehen, wird es ebenso unsere Pflicht sein, gemeingefährliche bestrafte Personen, für die es keine andere Verwahrung gibt, auch auf die Gefahr ihres geistigen Zusammenbruchs hin im Strafvollzuge festzuhalten. Das Wohl der Gesamtheit geht vor das Wohl des Rechtsbrechers.

Etwas anderes wäre es, wenn die Frage aufgeworfen würde, ob ein schon Erkrankter, der innerhalb des Strafvollzuges nicht geheilt werden kann, außerhalb desselben aber gute Heilungsaussichten hat, nicht aus dem Strafvollzuge heraus muß? Nach den vom Bundesrat aufgestellten Grundsätzen wäre sie theoretisch sicher zu bejahen. In der Praxis aber sind Kranke, die innerhalb des Strafvollzuges nach menschlichem Ermessen nicht gesund werden können, in der Irrenanstalt aber günstige Heilungsaussichten bieten, also in der Hauptsache akute Fälle, wohl regelmäßig auch aus anderen Gründen strafvollzugsunfähig.

[Im übrigen stellt das beste Vereinigungsmittel für die Interessen des erkrankten Gefangenen und für die Sicherheit der Allgemeinheit die Einrichtung der Strafanstalts-Irrenabteilungen dar. Hier können frisch Erkrankte ohne Aufschub zweckmäßig untergebracht, zweifelhafte Fälle sachgemäß beobachtet, Rekonvaleszenten erprobt werden, ohne daß ihre Strafzeit dadurch verlängert wird. Für Verwahrung dauernd strafvollzugsunfähiger Gefangener dagegen eignen sich solche Abteilungen schon deswegen schwerlich, weil immer wieder Raum für Neuankommlinge

geschaffen werden muß. Ihre Existenz erleichtert also die Beurteilung der Strafvollzugsfähigkeit, ohne die Aufstellung bestimmter Grundsätze für dieselben überflüssig zu machen.]

Ich schließe mit der These: Wir erschöpfen den Begriff der Strafvollzugsunfähigkeit infolge geistiger Gebrechen bei der gegenwärtigen Rechtslage und den gegenwärtig bestehenden Einrichtungen für Irre wie für Gefangene durch die beiden Sätze:

1. Strafvollzugsunfähig ist derjenige, welcher infolge krankhafter Störung der Geistestätigkeit die Ordnung der Strafanstalt dauernd und erheblich stört.
2. Strafvollzugsunfähig ist derjenige, welcher infolge krankhafter Störung der Geistestätigkeit kein Verständnis für seine Strafe und deren Vollstreckung besitzt.

## Die Rieglerische Blutprobe und ihr Wert für die gerichtliche Medizin.

Von

Dr. med. Palleske-Loitz i. P.,  
staatsärztlich approbiert.

Wenn dem Gerichtsarzt eine Probe eines als Blut verdächtigen Stoffes übergeben wird, so ist für die Entscheidung der Frage, ob Blut vorliegt oder nicht, einzig und allein die spektroskopische Probe entscheidend; zeigen sich im Spektroskop die bekannten Linien bei D und E, so wissen wir, daß es sich um Blut und nur um solches handelt. Die anderen Proben, welche dem Gerichtsarzt zur Verfügung stehen, können für die Entscheidung der genannten Frage niemals strikte im positiven Sinne verwertet werden, da sie auch bei (allerdings wenigen und meist belanglosen) anderen Stoffen positive Reaktion geben; ich denke hierbei an die Guajakprobe und die neuerdings von Richter gefundene und von mir im wesentlichen bestätigte\*) Wasserstoffsperoxydprobe. Fallen letztere beide Proben negativ aus, so besteht die absolute Sicherheit, daß kein Blut vorliegt. Fallen sie positiv aus, so besteht immer nur die Wahrscheinlichkeit, daß Blut vorliegt — niemals die Gewißheit. Beide an sich vorzügliche Proben, welche zudem den Vorzug einer schnellen und leichten Verwendbarkeit haben, besitzen leider gewisse Fehlerquellen, welche ihre Verwendbarkeit beeinträchtigen, weil sie auch auf einige andere Stoffe als Blut positiv reagieren. Es fehlt bisher (abgesehen von der einen größeren Apparat erfordernden spektroskopischen) an einer jederzeit schnell und sicher anzustellenden positiven Blutprobe, bei welcher der positive Ausfall die Anwendung des Spektroskops überflüssig macht. Ich glaube nun, in folgendem eine solche in der von Riegler\*\*) beschriebenen Form empfehlen zu können. Es gründet sich dieselbe auf folgende Tatsachen:

Nach Hoppe-Seyler entsteht Hämochromogen, wenn wir eine alkalische Hämatinlösung mit reduzierenden Stoffen behandeln; dasselbe zeigt im Spektroskop zwei Streifen bei D und E, ganz ähnlich denen des Oxyhämoglobins, jedoch etwas nach dem violetten Ende hin verschoben. Nun hat Riegler ein Reagens zusammengestellt, welches die Gewinnung von Hämochromogen in alkalischer Lösung aus normalem oder verändertem Blut sehr erleichtert; dasselbe enthält Natronlauge als Alkali und Hydrazinsulfat als reduzierenden Körper, beides gelöst in Alkohol.

„Man bereitet das Reagens durch Lösen von 5 g Hydrazinsulfat in 100 ccm Natronlauge (10%) und darauffolgenden Zusatz von 100 ccm 96prozentigem Alkohol. Die erhaltene Mischung wird nach zweistündigem Stehen filtriert.“\*\*\*)

\*) Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen, 3. Folge. XXIX, 2.

\*\*) Zeitschrift für analytische Chemie, 1904, S. 539.

\*\*\*) Zitiert nach E. Mercks Jahresbericht, 1904.

Bringt man dies Reagens nun mit Blut oder Blutderivaten zusammen, „so erhält man immer dieselbe alkalisch-alkoholische Hämochromogenlösung mit ihrer schönen, purpurroten Farbe und den zwei charakteristischen Absorptionsstreifen des Hämochromogens.“ (Riegler, l. c.)

Diese so entstandene Blutlösung zeigt nun folgenden auffallenden und charakteristischen Farbenwechsel:

Schüttelt man ein zur Hälfte mit einer Lösung von Blut in genanntem Reagens gefülltes Reagensglas tüchtig durch, so färbt sich die rote Lösung für kurze Zeit gelblichbraun. Es beruht diese Verfärbung darauf, daß die Blutlösung durch den in der darüber stehenden Luftsäule enthaltenen Sauerstoff wieder oxydiert und in alkalische Hämatinlösung umgewandelt wird; letztere sieht aber gelblichbraun bis grünlich aus.

Steht die Lösung dann wieder einige Zeit still, so gewinnt das reduzierende Prinzip des Hydrazins wieder die Oberhand über den Sauerstoff, es entsteht wieder alkalische Hämochromogenlösung in roter Färbung.

Diesen auffallenden Farbenwechsel kann man nun wiederholt und beliebig oft durch abwechselndes Schütteln der Lösung mit Sauerstoff (Luft) und Ruhen der Lösung hervorrufen.

„Dieser so leicht zu erzielende Farbenwechsel ist so charakteristisch, daß man daraus, selbst ohne Spektroskop, auf die Anwesenheit von Blutfarbstoff mit Sicherheit schließen kann.“ (Riegler, l. c.)

Als einfachste Form der Demonstration empfiehlt Riegler  $\frac{1}{2}$  g Wasser und 2 Tropfen Blut im Reagensglase mit 10 g Reagens zu mischen und zu schütteln, worauf gelbliche Färbung der Lösung eintritt; nach kurzem Stehenlassen färbt sich die Mischung rosa.\*)

So weit Riegler. Ich gehe nunmehr zu den Versuchen über, welche ich mit dem R.'schen Reagens gemacht habe, und auf seine Verwertbarkeit für die gerichtliche Medizin.

Ich habe stets mit verhältnismäßig geringen Mengen Blutes — gewöhnlich 2—5 Tropfen auf ein halbes Reagensglas voll Reagens — gearbeitet, weil bei der so entstehenden Lösung der Farbenwechsel sehr deutlich war, und weil der Gerichtsarzt gewöhnlich Ursache hat, mit den überwiesenen Proben sparsam umzugehen. Ich habe bei meinen Versuchen immer nur die chemische — nie die spektroskopische Seite der in Rede stehenden Probe berücksichtigt, da letztere ohnehin genügend geklärt ist.

Meine Versuche begann ich mit unverändertem frischem Blut, einerseits vom Menschen, andererseits von verschiedenen Tierarten, unter letzteren sowohl Warm- wie Kaltblüter. Das Resultat war in allen Fällen positiv, ich erhielt stets den charakteristischen Farbenumschlag vom reinen Rosa bis Rot in Gelb bis Gelbbraun. Ich möchte noch erwähnen, daß die Farbe der Lösung sich nach der Menge des verwandten Blutes richtet; bei wenig Blut erscheint ein zartes Rosa bzw. ein verwaschenes Gelb, bei größerem Blutzusatz ein kräftiges Dunkelrot bzw. Braungelb.

Von besonderem Interesse erschien das Verhalten der Probe gegenüber verändertem Blut, im trocknen wie flüssigen Zustande, wie es dem Gerichtsarzt gewöhnlich in die Hände kommt.

Das Blut in hochgradig verfaultem, stinkendem Zustande gibt positive Reaktion, ebenso schön wie frisches Blut.

Ich mischte ferner fünf Tropfen dieses faulen Blutes mit 10 g Wasser, kochte es fünf Minuten lang, worauf es eine schmutzig-grünliche Farbe annahm, welche in Nichts an Blut erinnerte. Das Filtrat mischte ich zu gleichen Teilen mit dem Hydrazinreagens und sah mit Interesse, daß sich nach kurzer Zeit die schönste rote Färbung einstellte, welche nach Schütteln

\*) Riegler spricht immer von „grüner“ Färbung des alkalischen Hämatins: ich habe in zahlreichen Versuchen immer nur gelbliche bis gelbbraune Färbung bekommen.

mit Luftsauerstoff vorübergehend verschwand. Die Reaktion war also positiv.

Verkohltes Blut, welches ich durch Erhitzen von Blut auf einem Blechstreifen über Spiritus erhielt, versagte bei der Probe; ich erhielt eine hell- bis dunkelbraune Lösung, je nach der Menge der Blutkohle, aber kein Rot.

Dann ging ich dazu über, Blut in trockenem Zustande zu untersuchen; ich strich flüssiges Blut auf Holz, rostiges Eisen, Leinwand, Tuch, Leder und Papier, ließ es fest antrocknen und untersuchte nach einigen Tagen, indem ich Stückchen dieser Materialien von ca. Quadratcentimeter-Größe in wenig Wasser erweichte und das Filtrat mit dem Reagens vermischte. Alle Reaktionen waren positiv. Bei dem auf rostigem Eisen ange-trockneten Blut wird die Untersuchung etwas beeinträchtigt durch das mit bräunlicher Farbe sich lösende Eisenoxyd, das Rot fällt ins Braunrot; trotzdem war der positive Ausfall der Reaktion zweifellos.

Mit Blut bespritzte, getrocknete Erde ergab im Filtrat positive Reaktion. (Gewöhnliche Gartenerde reagierte negativ.)

Ältere, jahrelang aufbewahrte Blutflecken auf Leinwand u. ä. standen mir nicht zur Verfügung. Etwas Muskelfleisch von einer Mumie löste sich mit dunkelbrauner Farbe im Reagens, gab aber negativen Ausfall der Reaktion.

Nachdem ich so das Blut nebst seinen verschiedenen, den Gerichtsarzt interessierenden Derivaten untersucht hatte, ging ich dazu über, etwaige Fehlerquellen der Probe aufzusuchen. Ich untersuchte rote und bräunliche Stoffe, welche unter Umständen Blut vorzutauschen geeignet sind, und zwar:

- a) Farbstoffe: Anilinrot, rote Holzbeize,
- b) rote Fruchtsäfte,
- c) Eisenrost, welcher auf Leinen etwas blutähnlich erscheinen kann.

Die roten Farbstoffe reagierten negativ, das Anilinrot wurde und blieb hellbraun, die rote Beize desgleichen.

Die Fruchtsäfte, frisch hergestellt aus Johannis- und Himbeeren mit Wasser ohne Zusätze, wurden zuerst grasgrün, um nachher dauernd in ein verwaschenes Gelb umzuschlagen.

Der Eisenrost löste sich braun und behielt diese Farbe.

Chemikalien verschiedener Art reagierten negativ.

Wenn ich nunmehr das für die gerichtliche Medizin in Betracht kommende Fazit meiner Untersuchungen ziehe, so ergibt sich folgendes:

Das Hydrazinsulfat-Reagens ist eine spezifische Probe auf das Vorhandensein von Blut; der positive Ausfall der Probe mit dem charakteristischen Farbenwechsel ist typisch für Blut. Die Probe ist eine willkommene und wertvolle Ergänzung der Proben mit Guajak tinktur und mit Wasserstoffsuperoxyd, indem sie bei positivem Ausfall dieser beiden Reaktionen, welcher bisher nur das Vorhandensein von Blut wahrscheinlich machte, die Gegenwart von Blut zur Gewißheit erhebt.

## Referate.

### Sammelberichte.

#### **Die wichtigeren Erscheinungen auf dem Gebiete der Tuberkulose in der Literatur des Jahres 1904.**

Zusammengestellt von C. Th. Curschmann-Gießen.

(Schluß.)

Über die Entstehung der Tuberkulose im Anschluß an ein Trauma bringt das Berichtsjahr eine ziemlich ergiebige Literatur. Einzelne Fälle führen u. a. an Fürbringer<sup>1)</sup>, Gaß<sup>2)</sup>,

1) Fürbringer, Ärztliche Sachverst.-Ztg. 7.

2) Gaß, Mtschr. f. Unfallhkl. 3.



F. Köhler<sup>1)</sup>, Moser<sup>2)</sup>, Weygandt<sup>3)</sup> empfiehlt große Vorsicht und Zurückhaltung bei wissenschaftlich noch so wenig vorgeschrittenen Fragen. Heller<sup>4)</sup> verlangt bei Beurteilung der traumatischen Entstehung innerer Krankheiten: 1. Sichere Kenntnis von dem Gesundheitszustand des Betroffenen vor dem Unfall; 2. Genaue Feststellung der Vorgänge bei dem Unfall. 3. Genaue Kenntnis des Krankheitsverlaufs. 4. Bei eingetretenem Tode sorgfältige Sektion durch einen wirklichen Sachverständigen. Moser führt im Anschluß an 2 beobachtete Fälle aus: Mit dem Nachweis des plötzlich schädigend wirkenden Momentes wird der Unfall tatsächlich. Tritt somit nach einer plötzlichen Körperschädigung Lungenblutung auf, so müssen wir dieselbe ohne jede Einschränkung, wenn nicht zwingende anderweitige Anhaltspunkte vorliegen, auf erstere zurückführen. Einen gewissen Zeitraum müssen wir als zulässig anerkennen: jedenfalls wird durch die Blutung eine sehr gute Grundlage geschaffen, auf der sich das Leiden rascher entwickeln kann. Eine im Anschluß an einen Unfall aufgetretene Lungenblutung ist somit stets als eine wesentliche Verschlimmerung eines schon vorher bestandenen Leidens anzusehen. Weber<sup>5)</sup> betont, daß ruhende Tuberkulosen durch Traumen besonders leicht wieder zum Aufflammen gebracht werden können. — Einen klinisch-statistischen Beitrag zur Frage der sogenannten traumatischen Lokal-Tuberkulose, speziell der Knochen und Gelenke liefert Voß<sup>6)</sup> in seiner Dissertation. Von 577 Fällen sind angeblich 125 traumatischen Ursprungs. Davon aber sind etwa  $\frac{1}{3}$  auszuschließen, da entweder die Diagnose ungewiß oder durch das Trauma offenbar nur eine Verschlimmerung des schon vorhandenen Leidens hervorgerufen wurde, oder aber da die Zeit zwischen dem Trauma und dem Auftreten der chronischen entzündlichen Erscheinungen so groß ist, daß ein Zusammenhang nicht in Betracht kommen kann. Auch das zweite Drittel ist noch unsicher, wenn auch nicht auszuschließen. Nur bei 70% ist die Wahrscheinlichkeit für den Zusammenhang zwischen Trauma und Tuberkulose groß. Die ganze Lehre von der traumatischen Entstehung der Lokaltuberkulose ist mehr durch klinische Empirie, als durch wissenschaftliche Beweise gestützt. Dies zeigt sich vielfach treffend in der Gutachtentätigkeit der Ärzte. Der juristische Grundsatz: in dubio pro reo komme hier aus rein menschlichen Gründen häufiger zum Ausdruck, als die wissenschaftliche ärztliche Überzeugung. Die Ursachen der Lokaltuberkulosen seien hauptsächlich Traumen leichter Art (Kontusionen und Distorsionen). Vom Standpunkt der Unfallversicherung aus erscheine es geboten, eine tunlichst präzise Feststellung des Trauma zu fordern und jeden Fall, bei welchem auch nur die leichtesten lokalen Krankheitserscheinungen vorauf gegangen sind, als nicht traumatisch entstanden anzusprechen und eine Verschlimmerung des Leidens durch ein eventuelles Trauma eben auch nur als möglich, niemals als sicher nachweisbar zu bezeichnen. — Salvia<sup>7)</sup> hat nun den Einfluß geringer Traumen auf die Lokalisation der Tuberkulose experimentell untersucht und dabei das folgende festgestellt: „Die Versuche wurden angestellt an Kaninchen, die mit Tuberkelbazillen infiziert waren und zwar wurden durch regelmäßige unbedeutende Traumen lokale Tuberkuloseherde erzielt. Am deutlichsten war der Erfolg an der Leber, den Rippen und an den Lungen; an den Gelenken genügte ein einfaches leichtes Trauma nicht, kam aber noch ein leichtes chemisches Trauma hinzu (Injektion von  $\text{NH}_3$ ), so war auch hier der Erfolg deutlich.

Die Kontrolltiere boten durchaus verschiedene Lokalisation. Salvia schließt: Ein langsames, unbedeutendes, nicht zu lange Zeit auf die Leber gerichtetes Trauma prädisponiert dieses Organ zu Ablagerung des Tuberkulosevirus mit der Bildung von Knötchen mit rapider Entwicklung, welche sich als größere Tuberkelknötchen umgeben von kleineren miliaren darstellen. Die erste Entstehung dieser Knötchen selbst darf nicht auf das Vorhandensein von Blutergüssen bezogen werden, da solche sehr selten vorhanden sind, sondern auf Störungen im Lymphkreislauf, welche der histologische Befund mit voller Deutlichkeit ergibt. An den Rippen, den platten, spongiösen und dicken Knochen erzeugt das Trauma immer eine deutliche Tuberkulose-lokalisierung, welche Herde im Periost veranlaßt, ebenso aber auch in der Knochensubstanz und im Knochenmark. Die Wirkung des auf die Rippen angebrachten Trauma äußert sich in deutlicher Weise auf die darunter liegenden Lungenteile, wie die Anhäufung von Tuberkelknötchen in der dem stattgehabten Trauma entsprechenden Zone beweist. Am Kniegelenk genügte ein leichtes Trauma nicht; kam aber ein chemischer Reiz hinzu, so konnte man hier ebenso prompt eine Lokalisation des Tuberkulose virus bewirken, welche aber nur in ausgedehnter Weise die Synovialis betraf.“ — Geradezu ergänzend hierzu hat Petrow<sup>1)</sup> durch Versuche festgestellt, daß Tuberkelbazillen latent in scheinbar gesundem Knochenmark verweilen können und daß ein Trauma dann eine lokale Tuberkulose auslösen kann.

In der Pathologie der Lungentuberkulose, sowie der Tuberkulose überhaupt, sind wesentlich neue Gesichtspunkte nicht zutage getreten. Hauser<sup>2)</sup> beschreibt eine Ausheilung der Tuberkulose in der Lunge, während der Prozeß im Larynx unaufhaltsam weiterschreitet. Roth<sup>3)</sup> stellt sehr übersichtlich die subjektiven Beschwerden im Beginn der Phthise zusammen. — Neumann<sup>4)</sup>, Wild<sup>5)</sup>, Ostenfeld<sup>6)</sup> behandeln die Fieber- und Temperaturverhältnisse bei Lungentuberkulose. Bozoky<sup>7)</sup> verbreitet sich über das Zustandekommen von Lungenblutungen. Behr<sup>8)</sup> stellt die bei Lungentuberkulose vorkommenden Beteiligungen der oberen Luftwege zusammen. Über Hyperglobulie verbreiteten sich Mircoli<sup>9)</sup>, Rebaudi und Lionello<sup>10)</sup>. Stern<sup>11)</sup>, Hirschowitz<sup>12)</sup> untersuchten Lungensteine bzw. das Exsudat bei Bronchit fibrinosa. — Polanski<sup>13)</sup> sucht bei Tuberkulösen alle möglichen Degenerationszeichen wie bei Geisteskrankheiten nachzuweisen, um die Disposition festzustellen. — Kombination von Tuberkulose mit anderen Krankheiten und zwar mit Gicht besprechen Strauß<sup>14)</sup>, Ebstein<sup>15)</sup>, mit Tetanie Köhler<sup>16)</sup>, mit Herzfehler Fischer<sup>17)</sup>. — Das Verhältnis der Pleuritis zur Tuberkulose im Kindesalter hat Nathan<sup>18)</sup> untersucht, den Ursprung und die Bedeutung der in Pleuraergüssen vorkommenden Zellen Vargas-Suárez<sup>19)</sup>. —

<sup>1)</sup> Petrow, Ztrbl. f. Chir. 47.

<sup>2)</sup> Hauser, Ä. Bezirksverein Erlangen 27. 6. 04.

<sup>3)</sup> Roth, Inaug.-Diss. Marburg 04.

<sup>4)</sup> Neumann, Norsk. Mag. f. Läger. 10. 03.

<sup>5)</sup> Wild, Beitr. z. Klin. d. Tub. III. 3.

<sup>6)</sup> Ostenfeld, ibid. III. 4.

<sup>7)</sup> Bozoky, Ztschr. f. Tub. u. H. V. 3.

<sup>8)</sup> Behr, Beitr. z. Klin. d. Tub. III. 1.

<sup>9)</sup> Mircoli, Gazz. d. osped. 79.

<sup>10)</sup> Rebaudi u. Lionello, ibid.

<sup>11)</sup> Stern, Deutsch. m. W. 39.

<sup>12)</sup> Hirschowitz, Beitr. z. Klin. d. Tub. II. 4.

<sup>13)</sup> Polanski, Ztschr. f. Tub. u. H. VI. 2.

<sup>14)</sup> Strauß, Beitr. z. Klin. d. Tub. II. 5.

<sup>15)</sup> Ebstein, ibid.

<sup>16)</sup> Köhler, ibid.

<sup>17)</sup> Fischer, Ztsch. f. Tub. u. H. V. 3.

<sup>18)</sup> Nathan, Arch. f. Kdrh. 38. 3. 4.

<sup>19)</sup> Vargas-Suárez, Beitr. z. Klin. d. Tub. II. 3.

<sup>1)</sup> F. Köhler, Ärztliche Sachverst.-Ztg. 21. 22.

<sup>2)</sup> Moser, ibid. 11. 12.

<sup>3)</sup> Weygandt, ibid. 21.

<sup>4)</sup> Heller, Med. Gesellschaft Kiel, 1. 8. 03.

<sup>5)</sup> Weber, Ztschr. f. Tub. u. H. V. 3.

<sup>6)</sup> Voß, Inaug.-Diss. Rostock.

<sup>7)</sup> Salvia, il policlinico 7. 8. 04.

Arnsperger<sup>1)</sup> beschreibt Herzverziehungen durch mediastinale Prozesse mit nachträglicher Lungenerkrankung. Andere beziehungsweise seltene Lokalisationen der Tuberkulose besprechen Juliusberg<sup>2)</sup>, Doutrelepont<sup>3)</sup> (Tuberculide, Hauttuberkulose), Ito<sup>4)</sup> (Darm- und Tonsillentuberkulose), H. Kurschmann<sup>5)</sup>, Ruge<sup>6)</sup> (Tuberkulose des Pylorus bzw. des Magens). -- Untersuchungen über männliche respektive weibliche Urogenitaltuberkulose veröffentlichen Hueter<sup>7)</sup>, Teutschländer<sup>8)</sup>, Kraus<sup>9)</sup>, Baumgarten<sup>10)</sup>, Rosenstein<sup>11)</sup>. Bab<sup>12)</sup> beschreibt einen Fall von scheinbar ascendierender Nierentuberkulose. Schwartzkopf<sup>13)</sup> hat experimentelle Untersuchungen über Agglutination bei Tuberkulose bei gesunden und tuberkulösen Kaninchen angestellt, ohne ein eindeutiges Resultat zu erzielen und zwar weder in Bezug auf die Diagnose noch auf die Prognose. Auch die Agglutination säurefester Bazillen ist nach Rosenberger<sup>14)</sup> nicht zu verwerten. Bezüglich der Perkussion der Lungenspitzen befürwortet Jundell<sup>15)</sup> eine einheitliche Technik; Hauser<sup>16)</sup> macht auf die Fehlerquellen aufmerksam, die durch Emphysem der Spitzen, trotz tuberkulöser Erkrankung derselben, oder andererseits nach Heilung durch Ausbildung von cirrhotischen Bronchiaktasien bei pleuritischer Verwachsung und Katarrh der Spitzen entstehen können. — Dünges<sup>17)</sup> will die Frühdiagnose der Lungenspitzenkrankung durch vergleichende Palpation erbringen. Mitulescu<sup>18)</sup> läßt neben den Veränderungen der Atmung und des Schalls bei beginnender Lungentuberkulose als sichere Zeichen nur gelten das Auffinden von Tuberkelbazillen und die Tuberkulinreaktion. Schlüter<sup>19)</sup> mißt überhaupt der Tuberkulinreaktion einen hohen Wert bei. Petterson<sup>20)</sup> hält die Tuberkulinprobe für ein gutes Mittel zur Frühdiagnose, aber immer solle die Beurteilung erfolgen im Zusammenhang mit den physikalischen Zeichen und den allgemeinen Symptomen. Nach Cornet<sup>21)</sup> zeigt eine positive Tuberkulinprobe zwar einen tuberkulösen Herd an, aber nicht, ob der Träger jetzt oder später dadurch bedroht ist. Die Tuberkulinprobe sei nur eine wertvolle Ergänzung der Diagnose. Bandelier<sup>22)</sup> stellt dagegen folgende Sätze auf: 1. Auch nach dem heutigen Stande der Wissenschaft ist das Tuberkulin das zuverlässigste Hilfsmittel zur Sicherung der Frühdiagnose der Tuberkulose. 2. Die allgemeine Anwendung der Tuberkulindiagnostik ist daher anzustreben nicht nur in den Lungenheilstätten und ihren Voruntersuchungsstationen, sondern auch in den Krankenhäusern und den Kreisen der praktischen Ärzte. 3. Zwecks Erreichung einwandfreier und einheitlicher Diagnosen ist an der Kochschen

Injektionsmethode streng festzuhalten. 4. Die Tuberkulin-Diagnostik ist das sicherste Mittel zur Klärung der Diagnose „Heilung“. — Das Tuberkulin habe keine schädliche Nebenwirkung; die Agglutination habe keinen diagnostischen Wert. Tuberkulin zeige keine inaktive Tuberkulose an. — Smidt<sup>1)</sup> konnte 10 diagnostische Tuberkulinimpfungen durch die Sektion kontrollieren. In 5 Fällen war der Befund den Erwartungen entsprechend, in 2 Fällen dagegen trotz positiver Reaktion keine Spur von Tuberkulose, in einem Fall trotz Tuberkulose negative Reaktion. In einem Falle trat nach 3 Injektionen der Exitus ein und ein Fall schließlich reagierte auf Wasserinjektion gerade so hoch wie auf Tuberkulin. — Adler<sup>2)</sup> stellte 3 Todesfälle nach Tuberkulininjektion zusammen und Köppen<sup>3)</sup>, Köhler<sup>4)</sup>, Servaes<sup>5)</sup> besprechen den von Schüle im früheren Jahrgang gemeldeten Todesfall durch Tuberkulin. — Kapralik und v. Schroeter<sup>6)</sup> erzielten, allerdings durch viel höhere Dosen, die gleiche Tuberkulinwirkung bei Einatmung, Freymuth<sup>7)</sup> bei interner Verabreichung von keratinisierten Tuberkulinpillen. — Nach Kanda<sup>8)</sup> soll die Wirkung des aus Rinder-Tuberkelbazillen gewonnenen Tuberkulins zweckmäßiger und zuverlässiger sein als das seither verwandte aus Menschentuberkelbazillen. — Ein neues Verfahren der Diagnose der Lungentuberkulose scheint sich nach Skutezky<sup>9)</sup>, Schellenberg und Scherer<sup>10)</sup>, Rieder<sup>11)</sup> in der Radioscopie der Röntgen-Durchleuchtung auszubilden. Schellenberg u. Scherer fassen ihre Erfahrungen damit folgendermaßen zusammen: „Die Röntgendurchleuchtung steht ebenbürtig neben der Auskultation und Perkussion, bald sie übertreffend bald hinter ihr zurückbleibend. Hinsichtlich der Frühdiagnose der Lungentuberkulose (sog. Spitzenkatarrhe) sehen wir uns veranlaßt, eine reserviertere Stellung einzunehmen. Sie (die Röntgendurchleuchtung) ist entschieden ein bedeutungsvolles, diagnostisches Hilfsmittel geworden und es steht zu hoffen, daß bei vermehrter Übung und verbesserter Technik die Röntgenuntersuchung in die erste Reihe der Untersuchungsmittel treten wird.“ Ähnlich spricht sich Rieder aus: „Die allerersten Anfänge der chronischen Lungentuberkulose können bis jetzt durch das Röntgenverfahren ebensowenig wie durch die übrigen klinischen Untersuchungsmethoden nachgewiesen werden. Jedenfalls ist die Behauptung gerechtfertigt, daß in allen Fällen von chronischer Lungentuberkulose die Röntgenuntersuchung eine höchst wertvolle Unterstützung und Ergänzung der übrigen Untersuchungsmethoden liefert.“ — Fries<sup>12)</sup> will mit dem Thorakodynamometer nach Sticker feststellen ob und in welchem Umfang eine Lungenerkrankung vorliegt. — Die Messung der Temperatur in der Mundhöhle wird weder von Ostenfeld<sup>13)</sup> noch von Mantoux<sup>14)</sup> als genau angesehen; besser ist nacherstern die Messung im After, während Mantoux die Temperaturfeststellung durch den Urin für die bequemste und hinreichend genaue hält.

Die Prognose der Tuberkulose im großen zu bessern ist nur nach dem Vorschlag von Kluge<sup>15)</sup> durch Eintreten der

1) Arnsperger, *ibid.* III. 3.  
 2) Juliusberg, *Mitt. von den Grenzgeb. der Med. u. Chir.* 13. 4. 5.  
 3) Doutrelepont, *Beitr. z. Klin. d. Tub.* III. 1.  
 4) Ito, *Berl. klin. W.* 2.  
 5) H. Kurschmann, *Beitr. z. Klin. d. Tub.* II. 2.  
 6) Ruge, *ibid.* III. 3.  
 7) Hueter, *Zieglers Beitr. z. path. Anat.* 34. 2.  
 8) Teutschländer, *Beitr. z. klin. d. Tub.* III. 3. 4.  
 9) Kraus, *Ztschr. f. Geb. u. Gyn.* 52. 3.  
 10) Baumgarten, *Berl. Klin. W.* 42.  
 11) Rosenstein, *Mtschr. f. Geb. u. Gyn.* 20. 4.  
 12) Bab, *Inaug.-Diss. München.* 04.  
 13) Schwartzkopf, *Münc. m. W.* 15.  
 14) Rosenberger, *Ztrbl. f. i. Med.* 26.  
 15) Jundell, *Ztrbl. f. i. M.* 17.  
 16) Hauser, *Ä. Bez.-Verein, Erlangen* 27. 6. 04.  
 17) Dünges, *Beitr. z. Klin. d. Tub.* III. 1.  
 18) Mitulescu, *Spitalul.* 8. 9.  
 19) Schlüter, *Deutsch. m. W.* 8.  
 20) Petterson, *Upsala Läk. Förh.* IX. 5. 6.  
 21) Cornet, *Berl. klin. W.* 15.  
 22) Bandelier, *Beitr. z. Klin. d. Tub.* II. 4.

1) Smidt, *Münc., med. W.* 18.

2) Adler, *Prag. m. W.* 30.

3) Köppen, *Beitr. z. Klin. d. Tub.* II. 3.

4) Köhler, *ibid.*

5) Servaes, *ibid.*

6) Kapralik u. v. Schroeter, *Wien. kl. W.* 22.

7) Freymuth, *76. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte.*

8) Kanda, *Ztschr. f. Hyg. u. Inf.* 47. 2.

9) Skutezky, *Prag. m. W.* 9.

10) Schellenberg u. Scherer, *Beitr. z. Klin. d. Tub.* III. 2.

11) Rieder, *Fortschr. auf dem Gebiet der Röntgenstr.* VII.

12) Fries, *Ztschr. f. Tub.* V. 3.

13) Ostenfeld, *ibid.* V. 5.

14) Mantoux, *Soc. méd. des hôp.* 1. 7. 04.

15) Kluge, *Mtschr. f. soz. Med.* I. 10.

privaten, staatlichen und kommunalen Fürsorge für Mittellose möglich. Die Prognose des einzelnen Falles kann in der Schwangerschaft vornehmlich durch den Abort gebessert werden. Ascoli<sup>1)</sup> hält die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft für unbedingt angebracht, wenn eine Verschlimmerung mit Sicherheit zu erwarten und andererseits Hoffnung auf Herstellung besteht. Nach Fellner<sup>2)</sup> hat die Unterbrechung in schweren Fällen in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft für die Mutter keinen Zweck mehr. In schweren Fällen sei es unbedingt Pflicht, in den ersten Monaten die Schwangerschaft zu unterbrechen. Kehlkopftuberkulose stelle die schwerste Komplikation der Schwangerschaft dar und bedinge 61 Proz. Mortalität. Deshalb bei Kehlkopftuberkulose auch bei leichtesten Fällen Unterbrechung. Auf demselben Standpunkt bez. der Komplikation der Kehlkopftuberkulose durch Schwangerschaft stehen Lewy<sup>3)</sup> und Sokolowsky<sup>4)</sup>. — Pfortner<sup>5)</sup> kommt über die Unterbrechung der Schwangerschaft bei tuberkulösen Frauen überhaupt zu folgenden Schlußfolgerungen: 1. „In den meisten Fällen bewirkt Schwangerschaft einen schädigenden Einfluß auf den Verlauf der Phthise. 2. Man muß daher zunächst durch Belehrungen über die Gefahren und durch antikonzeptionelle Mittel eine Schwangerschaft bei tuberkulösen Frauen zu verhüten suchen. 3. Wird aber eine Frau schwanger, so besitzen wir als einziges wirksames Mittel gegen den verderblichen Einfluß der Schwangerschaft nur, diese zu unterbrechen. 4. Die Unterbrechung hat, wenn das Fortschreiten der Krankheit festgestellt ist, oder der augenblickliche Krankheitszustand es fordert, möglichst frühzeitig stattzufinden, 5. Bei der Unterbrechung ist von Fall zu Fall zu entscheiden, eine prinzipielle Indikation gibt es nicht. 6. Die Indikation ist von Fachleuten und von zwei Ärzten zu stellen. 7. Der Wille der Mutter muß berücksichtigt werden. 8. Auf die äußeren Verhältnisse der kranken Frau ist bei der Indikationsstellung die größte Aufmerksamkeit zu richten. 9. Das Interesse des Staates fordert es, daß er sich der kranken und schwangeren Frauen aus der armen Bevölkerung nach Möglichkeit annimmt.“ — Einen wesentlich ablehnenderen Standpunkt als alle übrigen gegenüber dem künstlichen Abort bei Phthisis pulmonum nimmt Eich<sup>6)</sup>-Marburg ein. „Das Zusammentreffen von Schwangerschaft und Phthise ist als ein ominöses Ereignis anzusehen; doch ist die Prognose nicht absolut ungünstig zu stellen, zumal alte oder latente tuberkulöse Herde oft genug keine Erscheinungen machen. Eine schematische Forderung des künstlichen Aborts ist durchaus nicht gerechtfertigt, da er für die Mutter keine bewiesene bessere Prognose bedingt und ein meist lebensfähiges Kind ohne weiteres preisgibt. Die besten Resultate wird man für Mutter und Kind bei zeitiger sachgemäßer Pflege und möglichst individueller Behandlung erzielen. Ein aktiveres Vorgehen ist bei quälenden Symptomen zumal gegen Ende der Schwangerschaft berechtigt, da dadurch auch dem kindlichen Leben durch eine künstliche Frühgeburt Rechnung getragen wird, und das Leben der Mutter erleichtert und ev. verlängert wird.“

Die Prognose des einzelnen Falles will Widstrand<sup>7)</sup> und Holmgren<sup>8)</sup> durch die Diazoreaktion erkennen, speziell um unter schweren Fällen die ganz ungünstigen auszusondern. —

- 1) Ascoli, Kongreß f. i. Med. Padua.
- 2) Fellner, Wien. m. W. 25/27.
- 3) Lewy, Arch. f. Laryng. u. Rhin. 15. 1.
- 4) Sokolowsky, Berl. klin. W. 27.
- 5) Pfortner, Inaug.-Diss. Berlin 04.
- 6) Eich, Inaug.-Diss. Marburg. 04.
- 7) Widstrand, Hygiea 8.
- 8) Holmgren, ibid.

Die Prognosenstellung ist nach Naumann<sup>1)</sup> von der Höhe des Blutdrucks abhängig. Schneider<sup>2)</sup> und auch Sterling<sup>3)</sup> ist der Ansicht, daß eine Pulsbeschleunigung über 90 in jedem Stadium der Erkrankung von ungünstiger Vorbedeutung ist. — Kibkalt<sup>4)</sup> konnte konstatieren, daß die Einatmung SO<sub>2</sub> haltiger Luft bei tuberkulösen Kaninchen einen schnelleren Verlauf der Krankheit herbeiführt.

Hofmann<sup>5)</sup> ist geneigt, bei der Ausheilung der tuberkulösen Lungenspitzenenerkrankung, der Gelenkbildung, des Knorpels, der ersten Rippe und der gelockerten Verbindung zwischen Manubrium und corpus sterni einen großen Wert beizulegen, und will sogar möglichst frühzeitig durch operative Durchtrennung des ersten Rippenknorpels die Aussichten verbessern und Heilung herbeiführen.

Die prophylaktischen Maßregeln können sich hauptsächlich in drei verschiedenen Richtungen entwickeln: zunächst zur Beseitigung der Disposition und der vererbten Anlage zur Tuberkulose, sodann zur Verhinderung der Ansteckung und schließlich Maßnahmen zur Unterdrückung resp. Behinderung der Weiterentwicklung einer bereits erfolgten Infektion. Die Disposition hauptsächlich wollen Kelsch<sup>6)</sup> und Hueppe<sup>7)</sup> bekämpfen und zwar wesentlich durch Schaffung besserer Lebensbedingungen und hygienischer Verhältnisse. Brauer<sup>8)</sup> ist allerdings der Ansicht, daß die Disposition im großen überhaupt kaum zu bekämpfen ist und daß daher das Augenmerk vielmehr auf die Verhinderung der Ansteckungsgefahr gerichtet sein muß. Herzfeld<sup>9)</sup> fordert zur Bekämpfung der Tuberkulose seitens der preußisch-hessischen Eisenbahngemeinschaft neben hygienisch-gesunden Wohnungen und der Vermeidung jeder Schwächung des Körpers, vor allem Maßregeln zur Verhütung der Ansteckung. Ramm<sup>10)</sup> wünscht von derselben Verwaltung noch weiter, daß eine allgemeine Anzeigepflicht kranker Arbeiter und Beamten eingeführt werde. Nach Brauer<sup>11)</sup> ist die badische Anzeigepflicht vorgeschrittener und hochgradiger Tuberkulöser mehr ein Anzeigerecht und wird nur sehr wenig benutzt. Auf dem 5. nordischen Kongreß für innere Medizin wurde geltend gemacht, daß eine Anzeigepflicht die Ansteckungsfurcht nur noch vergrößern würde; demgegenüber wurde allerdings von Laache betont, daß das norwegische Tuberkulosegesetz die Ansteckungsfurcht nicht vermehrt habe, man sei dort mit dem Gesetz sehr zufrieden. Auch Belcher<sup>12)</sup> fordert für England dringend die Anzeigepflicht, um auch ev. zwangsweise Desinfektionen vornehmen zu können. Es wird ja auch immer mehr wahrscheinlich gemacht, daß die Tuberkulose aufs innigste mit den Wohnungsverhältnissen zusammenhängt, eine „Wohnungskrankheit“ ist. Runborg<sup>13)</sup> hat dies neuerdings wieder von Upsala bestätigt und Gruber<sup>14)</sup> bringt ähnliche Daten von Graz. Auf Grund einer Wohnungsenquête in Mannheim konnte Marcuse<sup>15)</sup> feststellen, daß die Wohndichte proportional ist der Tuberkulosemortalität. Auch bei der Tuberkulosemorbidity wurde nach-

- 1) Naumann, Ztschr. f. Tub. u. H. V. 2.
- 2) Schneider, 76. Vers. deutscher Naturf. u. Ärzte.
- 3) Sterling, Münch. m. W. 3.
- 4) Ztschr. f. Hyg. u. Inf. 48. 2.
- 5) Hofmann, Münch. m. W. 7.
- 6) Kelsch, acad. d. méd. Paris 5. 4. 04.
- 7) Hueppe, Wien. kl. W. 38.
- 8) Brauer, Beitr. z. Klin. d. Tub. II. 2.
- 9) Herzfeld, Ä. Sachverst.-Ztg. 9.
- 10) Ramm, ibid.
- 11) Brauer, Beitr. z. Klin. d. Tub. II. 2.
- 12) Belcher, Birmingham. med. rev. 5. 04.
- 13) Runborg, Hygiea 5.
- 14) Gruber, Tuberkulose u. Wohnungsnot.
- 15) Marcuse, Beitr. z. Klin. d. Tub. II. 4.

gewiesen, daß Wohndichte, Lage und Beschaffenheit der Wohnung, Qualität der Schlafgelegenheit in einem bestimmten, ungünstigen Verhältnis dazu steht. — Um eine Gefahr durch Milch zu vermeiden, hält Flügge<sup>1)</sup> das Abkochen derselben für das rationellste. Nach Rullmann<sup>2)</sup> soll schon nach einstündiger Erhitzung der Milch unter Bewegung auf 68 Grad eine sichere Abtötung der Tuberkelbazillen erfolgen. — Zur Desinfektion des Auswurfs wird von Oetiker<sup>3)</sup> Dampfeinwirkung für das beste gehalten, während Noetel<sup>4)</sup> Verbrennung des Auswurfs samt Spucknapf und Trockenfüllung vorschlägt. Kleider bzw. Wolldecken seien nach beiden durch Formalin zu desinfizieren. — Nach v. Oordt<sup>5)</sup> soll der Wintersport, nach Weber<sup>6)</sup> Alpinismus, nicht übermäßig betrieben, für alle Disponierte sehr vorteilhaft sein. Steinhard<sup>7)</sup> glaubt, daß das auffallende Freisein des schulpflichtigen Alters von Tuberkulose nur durch das Fehlen der Infektionsmöglichkeiten bedingt sei. Der Alkoholismus dagegen ist nach Mercier<sup>8)</sup> der beste Förderer der Tuberkulose. Der Kampf gegen den Alkoholismus müsse jedem Kampf gegen die Tuberkulose entweder vorangehen oder ihn begleiten. — Zur allgemeinen Volksbelehrung ist jedenfalls das Tuberkulose-Museum in Charlottenburg, wie es Kaiserling<sup>9)</sup> beschreibt, ein sehr geeignetes Mittel. — Den weiteren Ausbau der Heilstättenbewegung fordern Brauer<sup>10)</sup> durch Heimstätten für Schwerkranke, Teleky<sup>11)</sup> durch Gründung von Fürsorgestellen, Kinderheilstätten, Rekonvaleszentenheimen und Tageserholungsstätten. Auch Köhler<sup>12)</sup> fordert für Deutschland die Errichtung von Dispensaires, um die weitere Fürsorge der Kranken nach ihrer Entlassung aus der Heilstätte zu übernehmen. — In Dresden<sup>13)</sup> hat man von der Errichtung einer Lungenheilstätte abgesehen um eine Fürsorgeanstalt zu gründen. (Wie diese beiden Anstalten in ihrer Wirkung sich sollten vertreten können, dürfte wohl ziemlich unklar sein.) Eine eingehende Abhandlung über Zweck und Leistungen der die Heilstättenbehandlung ergänzenden Tuberkuloseabwehr-Einrichtungen, über die verschiedenen Fürsorgeeinrichtungen für Lungenkranke, deren Organisation und den weiteren Ausbau derselben hat Stuertz<sup>14)</sup> veröffentlicht. Er tritt darin lebhaft für möglichst zahlreiche Gründung von Fürsorgestellen ein, die nicht wie in Frankreich nach Blumenthal<sup>15)</sup> nur einem der beiden Typen entsprechen, sondern sowohl hygienisch-prophylaktische als auch therapeutische Funktionen haben sollen. — Auch Lasso<sup>16)</sup> ist der Ansicht, daß „mit der kurzsichtigen Auffassung aufgeräumt werden muß, daß mit der Behandlung in den Heilstätten alles getan sein sollte“, und empfiehlt hauptsächlich Ermittlung und Vernichtung der Tuberkulosenester in den Wohnungen. Die Heilstättenerfolge stellen sich nach Rumpff<sup>17)</sup> folgendermaßen: 3—4 Jahre nach der Entlassung waren von allen Eingewiesenen noch arbeitsfähig 70 % des

I. Stadiums, 55 % des II., 23 % des III. Stadiums — also ein geradezu großartiger Erfolg! — Nach Foß<sup>1)</sup> sorgen die Flachlandheilstätten nicht, wie Brehmer es wollte, für das schwache Herz der Kranken; dem sollte durch CO<sub>2</sub>-Bäder abgeholfen werden. — Elkan<sup>2)</sup> und Wigand<sup>3)</sup> befürworten das Arbeiten der Heilstätteninsassen, eins der heikelsten Thema der Heilstättenbehandlung. — Ritter<sup>4)</sup> und Roepke<sup>5)</sup> wollen auch vorgeschrittenere Kranke bis zum II. Stadium, zur Heilstättenbehandlung zulassen, doch soll bei diesen nach Roepke Tuberkulinbehandlung zu Hilfe genommen werden.

Über Immunisierung und Immunisierungsverfahren bei Tuberkulose sind die Meinungen noch sehr verschieden. Zupnik<sup>6)</sup> gibt eine Übersicht über die gattungsspezifische Therapie der Infektionskrankheiten und führt dabei im wesentlichen das Folgende aus: „Der gesamten von der Bakteriologie geschaffenen Therapie liegen zwei leitende Ideen zugrunde: 1. Die antagonistische Behandlung von Milzbrand mit *Pyocyaneus*-Bazillen, Tuberkulose durch Streptokokken. 2. Die artspezifische, die Bekämpfung des Krankheitsprozesses durch seine eigenen Erreger, und zwar entweder durch lebende, aber abgeschwächte (Jenner) oder durch seine Stoffwechselprodukte (Koch) oder durch seine eigenen Gegenkörper (Behring). Mit verschiedenen Arten säurefester Bazillen (*Streptotrichazeen*) habe er zu Immunisierungszwecken keinen Erfolg gehabt. — Baumgarten<sup>7)</sup> bestätigt, daß bei Rindern durch Injektion von menschlichen Tuberkelbazillen Immunität gegen Perlsuchtbazillen erzielt werde. — Friedmann<sup>8)</sup> will dasselbe durch seinen Schildkröten-Tuberkelbazillus erreicht haben und bestreitet die Überlegenheit des Möller-<sup>9)</sup> schen Blindschleichen-Tuberkelbazillus, den dieser für den geeignetsten hält. — Bei der Mischinfektion der Tuberkulose will Menzer<sup>10)</sup> durch Anti-Streptokokkenserum auf die Eiterkokken einwirken; Blöte<sup>11)</sup> will durch Setzung einer Fontanelle (*ulcus artificiale*) eine aktive Immunität gegen die Eitererreger hervorrufen. — Maragliano<sup>12)</sup>, dessen Serum günstig wirken soll auf den allgemeinen Zustand und die lokale Erkrankung, zwar nicht bei jedem Tuberkulösen, aber bei fast jedem im ersten Beginn, führt trotzdem gegenwärtig eine echte Vakzination mit abgetöteten Tuberkelbazillen aus, um auf aktivem Wege im Körper die Bildung von Schutzstoffen herbeizuführen. Auch Wright<sup>13)</sup> gibt gute Erfolge dieser Inokulationsbehandlung an.

Die Rolle des Tuberkulins der Tuberkulose gegenüber ist noch durchaus nicht klargestellt. Hager<sup>14)</sup> nimmt eine Immunität gegen Tuberkulose an, die durch Tuberkulinbehandlung herbeigeführt werden kann. Roepke<sup>15)</sup> bestreitet zwar, daß es bis jetzt ein Immunisierungsverfahren gegen Tuberkulose gibt, ist aber trotzdem überzeugter Anhänger der Tuberkulinbehandlung. Während Baer<sup>16)</sup> im Spital nur geringe Erfolge bei der Tuberkulinbehandlung zu verzeichnen hatte und Wegener<sup>17)</sup>

1) Flügge, Deutsch. m. W. 8.

2) Rullmann, Münch. m. W. 12.

3) Oetiker, Ztschr. f. Tub. u. H. VI, 6.

4) Noetel, Ztschr. f. Hyg. u. Inf. 48 I.

5) v. Oordt, Beitr. z. Klin. d. Tub. II. 2.

6) Weber, Ztschr. f. Tub. u. H. VI. 3.

7) Steinhard, Ztschr. f. Tub. u. H. V. 3.

8) Mercier, Bnll. méd. 26.

9) Kayserling, Ztschr. f. Tub. u. H. V. 4.

10) Brauer, Beitr. z. Klin. d. Tub. II. 2.

11) Teleky, Wien. kl. W. 44.

12) Mtschr. f. soz. Med. I. 11.

13) Arbeiter-Versorgg. 1. 05.

14) Stuertz, Fürsorgestellen f. Lungenkranke usw.

15) Blumenthal, Ztschr. f. T. u. H. V. 4.

16) Lasso, Arbeiter-Versorgg. 30. 04.

17) Rumpff, Münch. m. W. 38.

1) Foß, Ztschr. f. Tub. u. H. VI. 5.

2) Elkan, *ibid.* V. 5.

3) Wigand, *ibid.* VI. 5.

4) Ritter, Vers. der Tub.-Ärzte, Berlin 11. 04.

5) Roepke, Beitr. z. Klin. d. Tub. III. 1.

6) Zupnik, Verein deutscher Ärzte in Prag 19. 2. 04.

7) Baumgarten, Berl. kl. W. 43.

8) Friedmann, D. m. W. 5, Ther. Mth. 3, u. D. m. W. 46.

9) Moeller, Ztschr. f. Tub. u. H. V. 3.

10) Menzer, Verein d. Ärzte, Halle a. S. 6. 1. 04.

11) Blöte, Ztschr. f. Tub. u. H. V. 2.

12) Maragliano, Berl. kl. W. 24, Gazz. d. osp. 11.

13) Wright, Clin. J. 9. 11. 04.

14) Hager, Verbandstag deutscher Eisenbahnärzte, Metz. 8. 04.

15) Roepke, Verbandstag deutsch. Eisenb. usw.

16) Baer, Wien. m. W. 33 35.

17) Wegener, Ztschr. f. Tub. u. H. VI. 5.

überhaupt nur leichte Fälle sich bessern sah, zumal sich die Patienten gegen das Impfen sträubten und manchmal Nichtgeimpfte sich mehr besserten, haben andere, Nurney<sup>1)</sup>, Holdheim<sup>2)</sup>, Pottenger<sup>3)</sup> meist gute Erfahrungen damit gemacht. Auch Schöler<sup>4)</sup> will bei Augenkrankheiten neben den sonst üblichen Behandlungsmethoden durch Tuberkulin gute Erfolge erzielt haben. Der älteste Anhänger der Tuberkulinbehandlung, Petruschky<sup>5)</sup> will sogar während der Schwangerschaft die Gefahren der Tuberkulose für Mutter und Kind durch Tuberkulin beseitigen. — Loewenstein und Rappoport<sup>6)</sup> sehen das Zustandekommen einer Immunität durch Tuberkulin als gesichert an. — In der Versammlung der Tuberkuloseärzte (Berlin 11. 04) waren die Vertreter über die Verwendbarkeit des Tuberkulins in Therapie und Diagnose noch nicht einig; neben vielen günstigen Berichten wurde doch auch gewarnt vor der Anwendung und an die Unglücksfälle bei der Diagnose erinnert. Auch Köhler<sup>7)</sup> mahnt zur Zurückhaltung, da die Wirkung des Tuberkulins sich in keinem Falle vorausbestimmen lasse. Foß<sup>8)</sup> und Balwin<sup>9)</sup> stellen Grundsätze und Indikationen zur Behandlung mit Tuberkulin bzw. zur Vermeidung desselben auf. Kurrer<sup>10)</sup> berichtet über einen Todesfall nach Behandlung mit Tuberkulin (intravenös), bei dem allerdings das Vorgehen wohl nicht als ganz einwandfrei gelten kann. Dagegen konnte Spengler<sup>11)</sup> die Heilung einer Miliartuberkulose der Lunge durch Tuberkulin durch die Sektion nachweisen. — Von den verschiedenen Tuberkulinarten hält Spengler<sup>12)</sup> neuerdings das aus Perlsuchtbazillen hergestellte für das beste, während Grünbaum<sup>13)</sup> das Neutuberkulin besonders empfiehlt. Nach Gervaerts und Wildiers<sup>14)</sup> ist in keinem anderen Lande so viel mit Tuberkulin behandelt worden, wie in Belgien, und am besten hat sich dabei das Tuberkulin Denys bewährt.

Von anderen „spezifischen“ Heilmitteln rühmt Jessen<sup>15)</sup> das Tuberculoacidin-Klebs, das ich sonst nicht mehr erwähnt finde.

Die Hetol-Behandlung wird von Schrage<sup>16)</sup> und Brasch<sup>17)</sup> als günstig angegeben, namentlich bei beginnenden Fällen. Heggs<sup>18)</sup> sieht darin zwar kein Spezifikum, doch sicherlich ein gutes Heilmittel. Prym<sup>19)</sup> dagegen sah wohl zweifellos eine potentielle Wirkung auf Tuberkulose, jedoch keine ausschließlich günstige. Bei 13 schweren und mittelschweren Fällen trat in keinem Fall eine deutliche Besserung ein. — Wegen seiner nahen chemischen Verwandtschaft mit der Zimmtsäure hat Bulling<sup>20)</sup> die Inhalation von phenylpropiolsaurem Natrium bei Lungentuberkulose empfohlen. Außer ihm konnten auch Elkan und Wiesmüller<sup>21)</sup> günstige Resultate, jedoch keine Heilung konstatieren.

1) Nurney, 76. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte.

2) Holdheim, 76. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte.

3) Pottenger, Ztschr. f. Tub. u. H. VI. 5.

4) Schöler, Ztschr. f. Augenhk. Juni.

5) Petruschky, 76. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte.

6) Loewenstein u. Rappoport, Ztschr. f. Tub. u. H. V. 6.

7) Köhler, Ztschr. f. Tub. u. H. V. 3.

8) Foß, Ztschr. f. Tub. u. H. VI. 5.

9) Balwin, Journ. of Americ. Assoc. 22.

10) Kurrer, Med. Korr. Bl. Württ. 18.

11) Spengler, D. m. W. 31.

12) Spengler, Ztschr. f. Hyg. u. Inf. 47. 1.

13) Grünbaum, Lancet, 24. 9. 04.

14) Gervaerts u. Wildiers, VIII. naturw. u. med. Kongreß.

Antwerpen. 28. 9. 04.

15) Jessen, Ztschr. f. Tub. u. H. V. 2.

16) Schrage, Münch. m. W. 44.

17) Brasch, D. m. W. 9.

18) Heggs, Lancet. 22./10. 04.

19) Prym, Münch. m. W. 44.

20) Bulling, M. m. W. 17.

21) Münch. m. W. 18.

Eine sonderbar widerspruchsvolle Beurteilung erfährt das Marmoreksche Antituberkulose Serum. Während Latham<sup>1)</sup> mit den Erfolgen zufrieden ist, hat Frey<sup>2)</sup> auffallende Besserungen gesehen und Jacquerod<sup>3)</sup> hält es, da er nur günstige Erfolge sah, für die wichtigste und nützlichste Entdeckung. Baer<sup>4)</sup> dagegen und Friedjung<sup>5)</sup> haben es ohne jeden Erfolg verabreicht; ersterer konstatierte lebende Strepto- und Staphylokokken im Serum, letzterer erhielt einmal einen Streptokokken-Abszeß an der Impfstelle.

Da Hunde viel widerstandsfähiger sind gegen Tuberkulose, versuchte Link<sup>6)</sup> mit Injektionen von Hundeblyserum bei künstlich tuberkulös gemachten Kaninchen und Meerschweinchen den Krankheitsprozeß zu beeinflussen, aber ohne Erfolg.

Die von Jacob (Bongert und Rosenberg) im Verein für innere Medizin in Berlin (13. 6. 04) angeregten Lungeninfusionen mit 0,1—0,4 % Tuberkulin, haben in der Sitzung selbst derartigen Widerspruch erfahren, daß nicht weiter die Rede davon war.

Von sonstigen Behandlungsarten wird nur von Brieger<sup>7)</sup> und von Andrae<sup>8)</sup> die hydriatische Behandlung der Tuberkulose rühmend hervorgehoben. — Andere gegen die Tuberkulose gepriesene Heilmittel und Spezialitäten anzuführen, lohnt sich nicht der Mühe.

Eine etwas ungewöhnliche Behandlung der Lungentuberkulose will Geßner<sup>9)</sup> einführen: intrapulmonäre Injektionen von Jodoformglyzerin nach bewährten chirurgischen Grundsätzen.

Mit Injektionen von Jodoformglyzerin will Schömann<sup>10)</sup> auch die tuberkulöse Peritonitis nach Punktion des Aszites behandeln. Weißwange<sup>11)</sup> empfiehlt die operative Behandlung der Bauchfelltuberkulose auch deshalb, weil nicht nur die lokalen Herde sondern auch oft weit entfernte tuberkulöse Herde im Körper zur Heilung kommen oder wenigstens auffallend günstig beeinflußt werden. Bandelier<sup>12)</sup> konnte ebenfalls den Wert der Laparotomie an einem Fall von Bauchfelltuberkulose konstatieren.

Eine eingehendere Diskussion hat im Berichtsjahr über Diagnose und Therapie der Nierentuberkulose stattgefunden. Während Kümmele<sup>13)</sup> und Kapsamer<sup>14)</sup> die einzelnen diagnostischen Merkmale zusammenstellen, führt Milchner<sup>15)</sup> einen sehr lehrreichen Fall an, in welchem trotz Eiterung, Blutung, Vergrößerung, Druckempfindlichkeit der linken Niere, Abmagerung und säurefesten Bazillen im Urin sich nach der Exstirpation keine Tuberkulose sondern Hydronephrose mit Smegmabazillen ergab. Darnach dürfte wohl in jedem Fall der Tierversuch zu fordern sein. — Als Therapie kommt nach Krönlein<sup>16)</sup> nur die totale Nephrektomie in Frage und zwar nach Kümmele<sup>17)</sup> die

1) Latham, Lancet. 16. 4.

2) Frey, Münch. m. W. 44.

3) Jacquerod, Rev. de méd. 4. 104.

4) Baer, Gesellsch. f. i. Med. und Kdrhkl., Wien.

5) Friedjung, Gesellsch. f. i. Med. und Kdrhkl., Wien.

6) Link, D. Arch. f. kl. Med. 79. 3.

7) Brieger, Berl. kl. W. 15.

8) Andrae, Ztschr. f. Tub. und H. VI. 5.

9) Geßner, Ztrbl. f. Chir. 48.

10) Schömann, Ztrbl. f. Chir. 48.

11) Weißwange, Gesellsch. f. Naturheilk. Dresden 16. 4. 04.

12) Bandelier, Beitr. z. Klin. d. Tub. II. 5.

13) Kümmele, Ärtzl. Verein Hamburg, 29. 11. 04.

14) Kapsamer, Wien. kl. W. 16.

15) Milchner, Berl. kl. W. 49.

16) Krönlein, 33. Vers. der deutschen Gesellsch. für Chir., Berlin 4. 04.

17) Kümmele, 33. Vers. der deutschen Gesellsch. für Chir., Berlin 4. 04.



Frühoperation. Küster<sup>1)</sup> will sogar beim Versagen der Diagnostik beide Nieren durch Probeinzision freilegen. Steinthal<sup>2)</sup> ist allerdings kein Freund der Frühoperation, da die Niere auch manchmal von selbst ausheilen kann und Berg<sup>3)</sup> ist überhaupt ein Gegner des operativen Vorgehens. Nach Korteweg<sup>4)</sup> kommen für die Beurteilung der Indikation der frühzeitigen Nephrektomie bei Nierentuberkulose die folgenden Fragen in Betracht: „1. Ist die Sekretion von Tuberkelbazillen ein vollständiger Beweis für die Tuberkulose der Harnwege? (Antwort): Wahrscheinlich zu bejahen. — 2. Heilt eine Nierentuberkulose wirklich so selten spontan aus, wie alle Anhänger der Frühoperation behaupten?: Vorgeschrittene Fälle heilen zuweilen, leichte höchst wahrscheinlich sehr oft spontan. — 3. Muß man nicht mit der Möglichkeit rechnen, daß bei einseitiger Nierentuberkulose trotz Fehlens aller klinischen Erscheinungen auch die 2. Niere bereits erkrankt ist?: Ja. — 4. Besteht die Möglichkeit, daß trotz rechtzeitiger Operation der erkrankten Niere die andere doch tuberkulös wird?: Ja. — 5. Wird die Gefahr für die zweite Niere durch Entfernung der kranken vermindert?: Wahrscheinlich nicht. — Demnach sei bei etwas trübem, Tuberkelbazillen enthaltenden Urin die wirkliche Frühoperation zu verwerfen: 1. weil eine beginnende Nierentuberkulose gute Aussichten auf spontane Heilung habe; 2. weil die Möglichkeit einer bereits vorhandenen Erkrankung der anderen Niere nicht gering ist; 3. weil die Sicherung gegen die Erkrankung der andern Niere zu problematisch ist. — Dagegen soll man, wenn der Patient an urinärer Tuberkulose leidet, d. h. Schmerzen oder Fieber hat, die kranke oder zumeist kranke Niere entfernen.“

Mosetig-Moorhof<sup>5)</sup> warnt bei Gelenktuberkulose vor zu lange fortgesetzter nichtoperativer Behandlung. In allen Fällen von Fungus osseus sei eine operativ-aktive, gründliche Exstirpation der Gelenkkapsel, Entfernung der Knochenherde unter sorgfältiger Schonung des Epiphysenknorpels bei noch wachsenden Menschen am Platze. Die Knochenhöhle sei dann mit Jodoformplombe auszufüllen.

In der Therapie der Larynx-tuberkulose empfiehlt Krause<sup>6)</sup> ein genaues Abwägen des lokalen und allgemeinen Befundes, sodann aber energisches und gründliches Arbeiten, auch im dritten Stadium der Kehlkopf- und Lungentuberkulose. Nikitin<sup>7)</sup> hält eine vollständige Heilung der Kehlkopftuberkulose nur bei Stillstand des Lungenprozesses für möglich. Er ist für frühzeitige Tracheotomie mit nachfolgender energischer Lokalbehandlung. Henrici<sup>8)</sup> hat die Tracheotomie bei drei Kindern wegen Erfolglosigkeit der endolaryngealen Behandlung und bei einer Schwangeren mit vorgeschrittener Kehlkopf- und Lungenphthise mit Erfolg angewandt. Nach Krieg<sup>9)</sup> ist noch immer die Galvanokaustik das souveräne Mittel zur Behandlung der Larynx-tuberkulose. Cybulski<sup>10)</sup> empfiehlt das Menthorol wegen der zurückbleibenden lang dauernden Unempfindlichkeit besonders bei Dysphagie. Sorgo<sup>11)</sup> bringt reflektiertes Sonnenlicht zur Einwirkung auf tuberkulöse Larynxaffektionen und scheint damit sehr gute Erfolge erzielt zu haben.

<sup>1)</sup> Küster, 33. Vers. der deutschen Gesellsch. f. Chir., Berlin 4. 04.

<sup>2)</sup> Steinthal, 33. Vers. der deutschen Gesellsch. f. Chir., Berlin 4. 04.

<sup>3)</sup> Berg, 52. Mittelrhein. Ärztetag.

<sup>4)</sup> Korteweg, VIII. vliam. naturwissensch. u. mediz. Kongreß, Antwerpen 04.

<sup>5)</sup> Mosetig-Moorhof, Wien. kl. W. 49.

<sup>6)</sup> Krause, Mtschr. f. Ohrenhkl. 9.

<sup>7)</sup> Nikitin, Petersb. med. W. 04.

<sup>8)</sup> Henrici, Arch. f. Laryng. u. Rhin. 15. 2.

<sup>9)</sup> Krieg, Arch. f. Laryng. u. Rhin. 16. 2.

<sup>10)</sup> Cybulski, Ztschr. f. Tub. u. H. V. 3.

<sup>11)</sup> Sorgo, Wien. kl. W. 1.

Zur Behandlung von Lupuskranken wurde in Wien eine besondere Heilstätte eröffnet. — Morris<sup>1)</sup> bespricht die Lupusbehandlung während der letzten 25 Jahre. Ein Universalmittel gibt es nicht. Je nach Lage, Sitz, Ausdehnung, Alter usw. kommt ein anderes Verfahren in Betracht: bei ausgedehnten Flächen — Exzision mit nachfolgender Deckung nach Thiersch; im Gesicht Lichttherapie, in der Nase auch Radium. Auch die Lichtbehandlung sei nicht unfehlbar, habe aber bessere kosmetische Erfolge als die Stichelung und ebenso gute Dauererfolge wie Messer und Ätzmittel. Meist sei eine Kombination verschiedener Mittel notwendig. Bei ausgedehnten Flächen käme auch noch das Röntgenverfahren in Betracht; bei ganz großen Flächen auch heute noch das Messer. Dauerheilungen seien auch nach Finsen nur verhältnismäßig selten (von 65 nur 11 Fälle nach 6—24 Monaten); nebenbei sei das Verfahren sehr teuer und zeitraubend. — Dreuw<sup>2)</sup> hält bei der Behandlung des Lupus durch den praktischen Arzt für am zweckmäßigsten die Vereisung mit Chloräthyl, dann energisches Einreiben von mit Chlor gesättigter Salzsäure, es werde dadurch zunächst eine Verätzung herbeigeführt, sodann aber die Bildung von Granulationen und Narben angeregt.

### Innere Medizin.

#### **Einige Fälle von Herzinsuffizienz im Militärdienst.**

Von Dr. R. Staehelin; I. Assistenzarzt der med. Klinik in Basel.  
(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte, 19. 5. Nr. 9.)

Die Arbeit behandelt Überanstrengung und akute Dilatation des Herzens in der Rekruten-Ausbildungsperiode. In der Schweiz sind die Bedingungen der Übungen dadurch besonders schwierig, daß die Leute mit einer Belastung bis 35 Kilogramm Hochgebirgstouren unternehmen müssen, welche mit weiten Marschen verbunden sind. Es werden zehn Fälle beschrieben. Fünf der Leute hatten schon vorher an Herzbeschwerden gelitten. Beim schwerbepackten Soldaten ist der Sauerstoffverbrauch fünfmal so stark, als in der Ruhe. Um ihm zu genügen, muß das Herz mit jeder Systole die doppelte Menge Blut in die Arterien fördern, gegenüber der Leistung in der Ruhe. Das kann nur ein Herz, welches über bedeutende Reservekräfte verfügt, also völlig gesund ist. Aber auch ein solches muß bei fortgesetzter Inanspruchnahme erlahmen. Es füllt sich immer stärker; entleert sich aber nicht ganz — dabei sinkt der Blutdruck, und die Bedingungen für das Zustandekommen der akuten Dilatation sind gegeben. Diese kann in den schwersten Fällen zum Tode führen. In weniger schweren kann sie andauern und bleibende Störungen hinterlassen; in den leichtesten kann sie in wenigen Stunden vorübergehen. Außer Soldaten sind Radfahrer, Turner (Athleten), Bergsteiger und Skiläufer besonders gefährdet. Von vielen Autoren wurde übrigens das Vorkommen der akuten Dilatation bei gesundem Herzen bestritten und stets das Vorhandensein von Veränderungen vorausgesetzt, zu denen überstandene Infektionskrankheiten, Alkohol, Tabak usw. ja auch Anlaß genug geben können. Doch traten gewichtige Stimmen (v. Schröter, Martius) dafür ein, daß auch ein gesundes Herz in dieser Weise erkranken könne. Dabei kann eine angeborene Schwäche der Herzmuskulatur mitsprechen, die sich der Diagnose entzieht. Für die militärärztliche Beurteilung ist es von besonderer Wichtigkeit zu wissen, ob ein Herz akut dilatiert werden könne, an dem keine vorgängige Untersuchung Regelwidriges feststellen konnte. Von den Fällen des Verf. trifft das für drei unbedingt zu. Weitere Bestätigungen erbringen die Armeeberichte und einzelne Mitteilungen von Militärärzten.

<sup>1)</sup> Morris, Lancet 22. 10. 04.

<sup>2)</sup> Dreuw, Berl. kl. W. 47.

In den vorliegenden Beispielen wirkten zudem eine Reihe von Schädlichkeiten zusammen, die wohl auch ein vorher gesundes Herz durch Überanstrengung krank machen können. Zunächst das Bergsteigen. Das Steigen von 100 m erfordert schon soviel Arbeit, wie ein Marsch von 1 km in der Horizontale. Zugleich steigert das Balanzieren einer Traglast die Muskelarbeit. Dazu kommt das Höhenklima. Der Dienst vollzog sich bei den Rekruten des Verf. in Höhen von 1400—1800 m; doch wurde auch in Höhen bis zu 3000 m geübt. Nach verschiedenen Untersuchungen Schweizer Ärzte ist schon bei 1400 m Höhe eine deutliche Pulsbeschleunigung zu merken. In der sauerstoffarmen Atmosphäre wird auch die Atmung schwieriger; ein Moment, welches auf das Herz mit seinem durch die Arbeit erhöhten Sauerstoffbedürfnis ganz besonders ungünstig einwirken muß. Alle diese Umstände vereinigen sich, um die Überanstrengung und Dilatation des Herzens im Gebirge eher herbeizuführen, als beim Dienst in der Ebene.

Die ersten Zeichen der Störung können unter so verschiedenen Erscheinungsformen auftreten, daß dem Militärarzt die Pflicht erwächst, jeden Mann auf den Zustand des Herzens zu untersuchen, der zu klagen beginnt. Dabei empfiehlt es sich stets, einen Gesunden zum Vergleich heranzuziehen. (Auf dieses Verfahren habe ich schon vor Jahren hingewiesen und es in meinem Dienstbereich stets durchführen lassen. Ref.) Prognose und Behandlung sollen vorsichtig sein. Geht die Dilatation nicht in wenigen Stunden zurück, so gehört der Erkrankte ins Hospital, — jedenfalls ist er von der Übung zu entfernen. Die Prophylaxe weist auf einen richtig geleiteten Training hin. Hierin hat der Arzt dem auszubildenden Offizier gegenüber nicht immer eine angenehme, stets aber eine nützliche Aufgabe. Auch daß nach den statistischen Sanitätsberichten die Herzaffektionen in allen Armeen in dauernder Zunahme begriffen sind, zeigt, daß die jetzige Truppenausbildung eine viel größere Leistungsfähigkeit verlangt, als die frühere. Dem muß der Gang der Ausbildung angepaßt werden.

Auf die interessanten Darlegungen des Verf. über die physikalische Untersuchung und über die historische Entwicklung der Lehre von der Überanstrengung des Herzens einzugehen, erlaubte der Raum nicht. Es ist eine ausgezeichnete Arbeit. Ihre Lektüre ist jedem Arzt zu empfehlen, namentlich jedem, in dessen Klientel sportmäßige Körperübungen getrieben werden.

Ktg.

### Les contusions du Poumon.

Von Dr. P. Claisse.

(Journ. méd. de Bruxelles. 1905, Nr. 24.)

Verfasser behandelt nur die Kontusionen ohne schwere äußere Verletzungen und Zertrümmerungen des Brustkorbes. Es kommen zunächst die unmittelbaren Folgen in Betracht. Das können Risse im Lungengewebe mit Blutungen sein. Sie äußern sich durch Blutauswurf, dessen Menge und Bedeutung mit der Größe der Verletzung wächst. Außerdem kommen Kongestionen zur Lunge vor. Als ihre Zeichen gelten leichte Schallverkürzung mit feinem Rasseln ohne Temperatursteigerung; Erscheinungen, die in wenigen Tagen schwinden. Unter den indirekten Folgen stehen obenan die Kontusionspneumonien. Sie beginnen zwei bis vier Tage nach dem Unfall; das Fieber setzt allmählich ein; der Initialfrost fehlt in ca. 90%. Der Auswurf ist weniger charakteristisch als bei der genuinen Pneumonie; oft ist er lediglich die Fortsetzung des anfänglichen, durch die Verletzung bedingten Blutauswurfs. Sehr bedeutend tritt Schmerz und Adynamie hervor. Die Vorhersage ist im ganzen ungünstig, die Mortalität groß. Seltener treten Bronchopneumonien von begrenztem Umfange nach Kontusionen auf. Beide Formen können sich mit Pleuritis, Lungenabszeß und Gangrän komplizieren. — Unter den Spät-

folgen ist die wichtigste die Tuberkulose. Der Boden für die leichtere Infektion mit Tuberkelbazillen ist dadurch vorbereitet, daß ein Lungenabschnitt durch die Quetschung auf längere Zeit mit Blut gefüllt und zur Untätigkeit verdammt wird. Auch können alte Herde durch die Verletzung mobilisiert werden.

Verfasser stellt die Prognose nach Lungenquetschungen immer vorsichtig. Neben absoluter Ruhe und Eis läßt er gleich in den ersten Tagen eine peinliche Antiseptik des Mundes durchführen. Auch bei verhältnismäßig leichten Fällen läßt er nach Aufhören aller Symptome mindestens noch acht Tage Schonung von der Arbeit eintreten und mehrere Wochen Vorsicht in Nahrung, Genußmitteln, Aufenthaltsort beobachten, um die späteren Folgen der Quetschung möglichst zu verhüten. Ktg.

### Untersuchungen an Ringkämpfern.

Von Dr. R. Lennhoff und Dr. Levy-Dorn in Berlin.

(Deutsche med. Wochenschr. 1905. Nr. 22. S. 869.)

Zur Lösung der Frage, ob nach einer großen Anstrengung eine akute, schnell vorübergehende Herzdilatation möglich sei, unternahmen die Verfasser perkutorische und orthodiagraphische Herzbestimmungen an Preisringern unmittelbar vor und nach den Kämpfen. Mehrmals ergab die Perkussion nach dem Kampf eine größere Dämpfung als in der Ruhe; in keinem Falle ließ sich aber durch das Röntgenverfahren eine Zunahme des Herzumfanges bestätigen. Auch das schon vorher vergrößerte Herz eines der Preisringer zeigte nach dem Kampf keine Umfangszunahme. Dieses negative Ergebnis steht im Einklange mit dem von Levy-Dorn vor einigen Jahren an dem Sieger im Wettmarsch Dresden-Berlin erhobenen Befunde. — Bei sechs Ringern wurde nach der Arbeit vorübergehender Eiweißgehalt des Urins gefunden und in einem Falle, in dem er schon vorher bestand, eine Vermehrung des Albumens auf das dreifache. Ferner zeigte die Körpertemperatur  $\frac{1}{2}$  Stunde nach dem Kampf eine Steigerung bis 38,8; während vorher keiner der Ringer mehr als 36,7 bot.

Ktg.

### Wie ist bei Untersuchungen, besonders bei Gutachten, die Herzspitze topographisch zu bestimmen?

Von Gen.-Ob.-A. a. D. Dr. A. Kirchner in Göttingen.

(Deutsche med. Wochenschr. 1905. Nr. 21. S. 819.)

Der von Goldscheider aufgestellte Grundsatz, die Lage der Herzspitze nicht mehr nach der Mamillar-, sondern nach der Mittellinie des Körpers zu bestimmen, verdient allgemeine Einführung. Denn die Entfernung der Brustwarze von der Mittellinie schwankt erheblich; von 9—13 cm. Gerade bei großen und kräftigen Männern mit starkem Herzvolumen kann diese Entfernung klein sein. Dann reicht die linke Herzgrenze 0,5 bis 2 cm nach links über die Mamillarlinie hinaus, ohne daß dies als Ausdruck eines pathologischen Zustandes anzusehen wäre. Die Annahme der Mittellinie für die Bestimmung der Herzspitze setzt an die Stelle einer schwankenden eine unveränderliche Grenze. Die Entfernung der linken Dämpfungsgrenze von ihr beträgt nach Goldscheider in der Ruhe 9—10, bei tiefster Expiration 11—12 cm; nach Verf. 10,5—12 cm. Die Perkussion muß leise sein und ist entweder in sagittaler Richtung (Goldscheider) oder in radiärer (Kirchner) vorzunehmen, was in Gutachten anzugeben wäre.

Ktg.

### Ein Fall von traumatischer Lungengangrän.

Von Dr. Kulenkamp in Wandsbek.

(Deutsche med. Wochenschr. 1905. Nr. 22. S. 871.)

Am 17. 8. 04 stürzte ein 44-jähriger Kutscher infolge Schwindelanfalles vom Wagen, war  $\frac{1}{2}$  Stunde bewußtlos und klagte dann über allgemeine Schmerzen. Doch waren außer einer unbedeutenden Kopfwunde und einigen Hautabschürfungen

keine Verletzungen zu konstatieren, namentlich nicht am Thorax und an den Lungen. Patient nahm nach 3 Tagen die Arbeit wieder auf, mußte sie aber bald wieder unterbrechen, da er sich elend fühlte. Nach ca. 2 Wochen Fieber, Bruststiche und Beginn von übelriechendem, nicht blutigem Auswurf. Nach 6 Wochen allmählicher Verschlimmerung erschienen im Sputum Fetzen von Lungengewebe; aber erst Ende Oktober, also rund 10 Wochen nach dem Unfall, war R. H. U. Dämpfung und klingendes Rasseln deutlich. Am 4. 11. Exitus. Bei der Sektion wurde der gangränöse Herd im rechten Oberlappen gefunden, von der Größe einer doppelten Walnuß. Der ursächliche Zusammenhang mit dem Unfall war nicht strikt zu beweisen; wird aber — d. E. mit Recht angenommen. In der Literatur wird darauf hingewiesen, daß Brustkontusionen schwere Verletzungen der Lunge herbeiführen können, ohne daß die Thoraxwand Spuren eines Traumas aufweist und ohne daß Hämoptöe eintritt. Der Fall ist ein interessanter Beitrag zu dem vielgestaltigen Kapitel der Brustquetschungen. Ktg.

### Die Arteriosklerose bei dem Ersatz des Füsilier-Regiments Nr. 38.

Von Ob.-St.-A. Dr. Drenkhahn in Glatz.

(Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. 1905. Nr. 7.)

Vereinzelte Beobachtungen von Herzbeschwerden bei Arteriosklerose veranlaßten Verfasser, die Mannschaften seines Truppenteils auf den Zustand ihrer Arterien genauer zu untersuchen. 33 Mann von 256 im Herbst 1904 Eingestellten ließen Zeichen von Arteriosklerose erkennen. Davon hatte einer das Leiden in stärkerem Grade, die andern weniger, zum Teil nur angedeutet. Alle waren Oberschlesier. Ihr bürgerlicher Beruf gab keinen Anhalt für die Entstehung der Krankheit; über die Lebensgewohnheiten vor dem Eintritt wird nichts mitgeteilt; ebensowenig über Alkoholgenuß in der Kindheit und Entwicklungsperiode. Angesichts dieser Unvollständigkeit ist die — in der Armee bis jetzt vereinzelt stehende Beobachtung für die Geschichte der Arteriosklerose nicht recht verwendbar, verdient aber Aufmerksamkeit und Nachprüfung. Ktg.

(Aus dem Röntgenlaboratorium des k. k. Allg. Krankenhauses in Wien.)

### Die radiologische Untersuchung des Magens.

Von Dr. Holzknicht und Dr. Brauner.

(Wiener klinische Rundschau 1905, Nr. 16, 18, 19, 21, 22, 23.)

Da die Gewebe des Magens für Röntgenstrahlen in gleicher Weise durchlässig sind, wie ihre Umgebung, so gelingt es nicht ohne weiteres, sich mittelst der Durchleuchtung oder Röntgenographie ein Bild von der Größe und Form des Magens zu verschaffen. Man hat daher, um die Grenzen des Magens zu erkennen, versucht, künstlich Dichtigkeitsdifferenzen zwischen beiden Teilen zu schaffen und zu diesem Zweck entweder lichtundurchlässige Körper, Magenschlauch, Wismut usw. in den Magen eingeführt oder durch Aufblasen eine größere Durchlässigkeit für die Strahlen erzielt.

Die Verfasser haben diese Methode weiter ausgebildet. Sie erreichen die Differenzierung des Magens gegen die angrenzenden Organe durch Verabreichung von Wismutbissen, Wismutaufschwemmung, von Reisbrei, der mit Wismut versetzt ist, sowie durch Aufblähen mittels eines Brausepulvers. Die Untersuchung wird in verschiedenen Durchleuchtungsrichtungen im Liegen und Stehen, bei Inspiration und Expiration vorgenommen.

Mit Hilfe der Methode bekommt man Anschluß über den nüchternen, den belasteten und den aufgeblähten Magen, vermag die Grenzen des ganzen Magens oder einzelner Teile zur Anschauung zu bringen und seine Lagebeziehungen zu der Umgebung festzustellen. Man kann den Weg, den der Bissen im

Magen nimmt, sowie seinen Austritt aus dem Pförtner verfolgen; auch die peristaltischen Bewegungen des Magens sind deutlich zu erkennen. Besonders wertvolle Aufschlüsse gibt die Methode über wurmbewegende Prozesse, Karzinom, Narbenbildung nach Geschwüren, Sanduhrmagen usw. Nievees-Berlin.

### Über die im Gefängnis Düsseldorf-Derendorf beobachteten Hautödeme unbekanntem Ursprungs.

Von Dr. Eschweiler in Düsseldorf.

(Deutsche med. Wochenschr. 1905. Nr. 22. S. 870.)

E. sah seit zwei Jahren 17 Fälle von Hautödem bei Männern von 17 bis 59 Jahren. Die Leute waren gesund eingeliefert. Das Leiden begann an den Füßen und Unterschenkeln, ergriff dann die Oberschenkel und erstreckte sich allmählich in abnehmender Intensität über den Rumpf bis in das Gesicht. Dabei bestanden Kopfschmerz und gastrische Störungen, sowie Verlangsamung des Pulses bis auf 48; aber kein Fieber. Diät und Bettruhe beseitigten die Erscheinungen in fünf Tagen bis sechs Wochen. Jeglicher ätiologische Anhalt fehlte; namentlich waren Herz-, Nieren- und Lebererkrankungen auszuschließen. Die Wiederholung des Leidens bei einigen zu einer abermaligen Strafe eingelieferten Männern ließ eine örtliche Ursache vermuten. Nie trat die Störung bei Gefangenen auf, die zu einer Beschäftigung gebraucht wurden, welche ihnen Bewegung erlaubte. Alle Befallenen waren mit dem Sortieren usw. von Lakritzenpastillen beschäftigt und hatten dabei andauernd still zu sitzen. Da eine Giftwirkung des Stoffes undenkbar war, so wurde der Beeinträchtigung der Zirkulation durch das angestrengte Sitzen und den Wegfall der gewohnten Körperbewegung der Haupteinfluß zugeschrieben. Die Sache bleibt d. E. dunkel. Es scheint die naheliegende Probe nicht gemacht zu sein, ob das Leiden verhütet oder im Beginn zurückgegangen wäre, wenn man die Beschäftigung der Gefangenen geändert hätte. Auch würde abzuwarten sein, ob in andern Gefängnissen ähnliche Erscheinungen bei Gefangenen beobachtet sind, die bei ihrer Arbeit andauernd sitzen müssen. Ktg.

### Über die Einwirkung von Magensaft auf Typhuskeime.

Von Oberstabsarzt Dr. Hammerschmidt.

(Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. und öff. San.-Wesen. 3. Folge. 30. Bd. 1. Heft.

[Jahrg. 1905. 3. Heft.]

Verfasser hat vor einiger Zeit in der deutschen militärärztlichen Zeitschrift eine Typhusepidemie im 49. Regiment beschrieben,\* die sich dadurch auszeichnete, daß nach dem Genuß von Wasser aus einem verdächtigen Brunnen eine Reihe von Mannschaften erkrankte, welche noch 6 km Marsch bis zu ihrem Quartier hatten; während vier andere frei blieben, die in dem infizierten Hause selbst, unmittelbar neben dem Exerzierplatz einquartiert waren. — Nach den vom Verfasser zitierten Angaben von Tapeiner nimmt der Magen kein Wasser auf. Es geht unverändert ins Duodenum, wo Typhusbazillen bereits günstigen Boden für die Vermehrung finden. Im Gegensatz hierzu wird bei gemischter Nahrung stark Magensaft abgefordert, in dem Typhusbazillen zugrunde gehen, wenn er nicht zu stark verdünnt ist. Von dieser Überlegung ausgehend, stellte Verfasser Versuche mit dem Magensaft von Schweinen an, (menschlicher war nicht zu haben) und fand, daß bei mehrstündiger Einwirkung eine Verdünnung von eins zu vier noch genügte, die Vermehrung von Typhusbazillen anzuhalten. Darauf wird die Erklärung für das Freibleiben jener vier Leute aufgebaut. Sie setzten sich unmittelbar nach dem Trinken zu Tisch; ihr Magensaft vernichtete die Ansteckungskeime. Die andern hatten nach dem Trunk noch eine gute Stunde Marsch,

\*) Siehe frühere Besprechung in dieser Zeitung.

kamen stark angestrengt ins Quartier — was die Absonderung des Magensaftes hindert — und erhielten erst dann ihr Essen. Die Bazillen mußten also bereits zum Teil in den Darm gelangt sein und dort wirken. Daß durch feste oder koagulierende Nahrungsmittel, wie rohe Gemüse, Salat, Milch usw. Typhus aufgetreten ist, erklärt H. aus deren Wassergehalt, der den Magensaft zu sehr verdünnt, als daß er seine bakterienfeindliche Wirkung voll entfalten könnte. Darin liegt die Schwäche der Deduktionen des Verfassers. Die vier freigebliebenen Leute in dem angeblich infizierten Hause haben sicherlich Gemüse zu ihren Malzeiten genossen; wahrscheinlich auch Salat oder Milch; jedenfalls aber von dem verdächtigen Wasser noch beim Essen getrunken, also ihren Magensaft keineswegs konzentriert erhalten, sondern ihn gehörig verdünnt. Ehe diese Umstände nicht aufgeklärt sind, muß dem Vorbehalt der Redaktion beigetreten werden, welche von dem geschilderten Hergang nicht so überzeugt ist, wie der Verfasser. Ktg.

### Ein für die Praxis geeignetes Besteck zur Anstellung der Gruber-Widalschen Reaktion mit dem Fickerschen Typhusdiagnostikum.

Von Oberarzt Dr. Martineck in Posen.

(Sonderabzug aus Nr. 15 der Münch. med. Wochenschr. 1905.)

Beschreibung und Abbildung eines kompendiösen Besteckes zur Vornahme der genannten Reaktion. In einem Kästchen sind sieben Spitzgläschen zur Aufnahme des Blutes; eine Lanzette, zwei Pipetten und drei Gläser für Fickersches Reagens und Kochsalzlösung vereinigt. Das Besteck wird von Müncke in Berlin für 6,50 M. geliefert. Eine genaue Gebrauchsanweisung liegt bei. Ktg.

### Vergiftungen.

#### Über akute multiple Hautgangrän nebst Untersuchungen über durch rohe Salzsäure hervorgerufene Nekrosen.

Von Karl Zieler.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 28. Band. 2.—4. Heft.)

Bekanntlich ist multiple Hautgangrän oft genug ein Kunstprodukt, das der Kranke sich selbst beigebracht hat. Die mikroskopische Untersuchung kann hier die Entscheidung bringen, da bei echter akuter multipler Hautgangrän jede Andeutung einer von der Hautoberfläche kommenden Einwirkung fehlt. Anders bei der Salzsäurenekrose. Die vom Papillarkörper ausgehenden Veränderungen sind nur die Reaktion auf den von außen wirkenden Reiz; vorwiegend sind die äußersten Schichten der Haut beteiligt. Schultze.

#### Über tödlich verlaufende Quecksilberdermatitiden.

Von H. Meyer.

(Medizinische Klinik, April 1905, S. 461.)

Wenn auch leichtere Formen von Quecksilberexanthemen keine Seltenheit darstellen, so sind doch die schwer verlaufenden, mercuriellen Dermatitiden die zu lebensbedrohenden und selbst tödlichen Komplikationen führen, ein in Anbetracht der so häufigen Anwendung des Merkur recht seltenes Vorkommnis.

Der beschriebene Krankheitsfall betrifft eine Frau, die vom Arzt mit einer Schmierkur behandelt, mit einer schweren universellen, skarlatiniformen Quecksilberdermatitis am 30. Oktober 1904 in die dermatologische Klinik in Kiel überführt wurde und dort am 8. November verstarb. Sie hatte 30 Injektionen mit grauer Salbe ohne Beschwerden ertragen. Da keine genügende Wirkung eintrat, wurde sodann als Salbenkonstituens Mollin angewandt. Nach drei Injektionen mit der neuen Salbe trat Jucken ein und bei Fortsetzung der Einreibungen ein groß-

fleckiger Hautausschlag, der sie veranlaßte, zum Arzt zu schicken. Die Einreibungen wurden nun sistiert, trotzdem schritt das Exanthem über den ganzen Körper und es kam zur Blasen-eruption mit starkem Nässen und da nach 14 Tagen noch keine Besserung eintrat, kam sie ins Krankenhaus. Dort nahm nun die Krankheit einen rezidivierenden Verlauf. Das ganze Krankheitsbild setzt sich aus vier unter sich gleichen und in ihrem Verlauf ganz typischen Anfällen zusammen. An jedem solcher Anfälle konnte man ein Prodromalstadium unterscheiden, welches sich durch allgemeines Krankheitsgefühl, Unbehagen und Juckreiz auszeichnete. Auf dieses kurze Stadium folgte unter Steigerung der Symptome das Stadium der Eruption. Unter Anstieg der Temperatur erschienen große dunkelrote Flecken, die Haut wird ödematös, es bilden sich miliäre Bläschen mit anfangs hellem, dann trübem Inhalt.

Mit dem Beginn des dritten Stadiums, des desquamativen, geht die Temperatur herunter, die Haut wird blaß, die nässende Fläche trocknet ein und es machte sich nun in den ersten Anfällen eine mehr kleinförmige, dann gegen das Ende des Krankheitsverlaufes mehr großlamellöse Abschuppung der Epidermis geltend.

Wenn man die Vorgeschichte des Falles nicht kannte, würde man annehmen, daß es sich hier um Injektionen unlöslicher Quecksilbersalze gehandelt hätte und das von einem Depot aus immer wieder Quecksilber in die Blutbahn gelangte. Hier war aber nie eine Injektion angewandt, sondern nur die immer noch als weit ungefährlicher angesprochene Form der Einreibungen. Es geht hieraus wohl zur Genüge hervor, daß es nicht immer die Methode zu sein braucht, die die Unglücksfälle herbeiführt, sondern daß in sehr vielen Fällen einzig und allein das Quecksilber das verderbenbringende Agens darstellt.

Das Quecksilber ist in unserem Organismus für das lebende organische Gewebe ein Reiz. Bei der Einreibung minimaler Quecksilberdosen im Körper, führt dieser Reiz zu einer Steigerung der Lebensäußerung der Organe, wie wir im Beginn der Quecksilberkur an der vermehrten Drüsensekretion an der durch Anregung der blutbildenden Organe bewirkten Vermehrung der roten Blutkörperchen direkt erkennen können. Überschreitet der Reiz jedoch seine physiologische Breite, dann kommt es zu einer pathologischen Steigerung der Lebenstätigkeit und es entwickeln sich die pathologischen Reizwirkungen. Das Quecksilber übt einen lojalten Reiz auf die Ganglien in den Gefäßwänden der Haut aus. Ob nun die Fernwirkung und Generalisierung des Prozesses sich durch einen reflektorischen Akt erklärt oder aber ob eine Verbreitung des Quecksilbers auf dem Wege der Blutbahn erfolgt, ist nicht immer mit Sicherheit zu entscheiden.

J. Meyer-Lübeck.

#### Todesfall nach Anwendung der offizinellen Borsalbe bei einer Brandwunde.

(Deutsche med. Wochenschr. 1905. Nr. 22. S. 879.)

Prof. Harnack in Halle gibt auf Ansuchen der Redaktion eine bemerkenswerte Epikrise zu der Mitteilung des Dr. Dopfer in Nr. 18 der Wochenschrift über die in Rede stehende Vergiftung. H. hält die offizinelle Borsalbe keineswegs für harmlos; namentlich nicht, wenn sie auf krankhaft veränderte, leicht zerfallende Gewebe appliziert wird. Der Fall, in welchem es sich um ein zweijähriges Kind, eine Resorptionsfläche von 36 qcm und 8 gr der Salbe handelte, bestätigt, daß das Hautgebiet wegen des unmittelbaren Überganges in die Blutzirkulation für Giftwirkungen viel gefährlicher ist, als der Intestinaltraktus. H. führt noch ein Beispiel an, in welchem Tanninumschläge mit folgendem Baden in einer Lösung von Kali hypermanganicum bei einem Falle von lokalem Ekzem zu einer schweren Pyrogallolvergiftung Anlaß gaben. Ktg.

## Vergiftung mit Perubalsam mit tödlichem Ausgange.

Von Dr. Deutsch in Neuhaus i. W.

(Zeitschr. f. Med.-Beamte 1905, Nr. 13.)

Verf. übernahm einen Knaben, der in tiefem Koma lag, ausgedehnte Oedeme und die äußern Zeichen verbreiteter Krätze aufwies. Im Urin Eiweiß und Zylinder. Tod am selben Tage. Die Obduktion ließ außer zahlreichen Krätzgeschwüren parenchymatöse Nephritis erkennen. Der Vorgang wurde vor Gericht, wie folgt, aufgeklärt. Ein Kurpfuscher hatte für den Knaben und seine drei Geschwister gegen Krätze erst eine Einreibung mit Schmierseife, danach Perubalsam verordnet; von letzterem 30 g für alle vier. Nach dreimaliger Einreibung zeigten sich zuerst bei dem später Verstorbenen, dann auch bei zwei Geschwistern Oedeme und Verminderung der Urinsekretion. Der Kurpfuscher verordnete Abführmittel. Die Mutter der Kinder holte den Arzt erst, als der älteste Knabe bewußtlos wurde. Bestrafung des Kurpfuschers erfolgte wegen der Fahrlässigkeit in Anbetracht der Nierenerkrankung; der Krätzbehandlung konnte kein Vorwurf gemacht werden. Man sieht indes, daß Perubalsam kein harmloses Mittel ist. Die hier von den zahlreichen Krätzgeschwüren aus erfolgte Resorption mahnt zur Vorsicht bei der neuerdings wieder warm empfohlenen Verwendung des Balsams in der Wundbehandlung. Ktg.

## Ein Beitrag zum Codeinismus.

Von Dr. Pelz, Assistenten der psychiatr. Univers.-Klinik in Königsberg.

(Dtsch. med. Woch. 1905, Nr. 22 S. 864.)

Ein erblich belasteter, neurasthenischer Patient gewöhnte sich seit 1902 nach einem Selbstmordversuch an Codein, welches ihm von einem Nervenarzt zu 0,033 täglich dreimal, verordnet worden war. Patient steigerte die Gabe ziemlich schnell bis auf 1,65 täglich, nahm aber auch Veronal daneben, 0,5 bis 1 täglich. Dabei kam er immer mehr herunter; die Nahrungsaufnahme war minimal; das Gewicht fiel auf 49 kg. Das Sensorium zeigte schließlich andauernd einen gewissen Grad von Benommenheit. Die Entziehungskur war von starker Reaktion begleitet; namentlich hinderte anfangs andauerndes Erbrechen den Wiedergewinn der Kräfte. Doch wurde in fünf Wochen ein günstiger Erfolg erzielt. Verfasser zieht aus dem Fall den berechtigten Schluß, daß bei psychopathisch veranlagten Menschen äußerste Vorsicht in der Verordnung narkotischer Mittel geboten ist; zumal auch hier wieder der Beweis zu liefern war, daß es nicht möglich ist, die wiederholte, auch vergrößerte Abgabe differenter Mittel aus Apotheken wirksam zu verhindern. Ktg.

## Aus Vereinen und Versammlungen.

### XXII. Hauptversammlung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins April 1905 in Hannover.

(Nach dem offiziellen Bericht).

Dr. Haase-Danzig: Der preußische Wohnungsgesetzentwurf vom gesundheitlichen Standpunkt.

Der Gesetzentwurf bedeutet einen einschneidenden sozialhygienischen Fortschritt und scheint geeignet, die wesentlichen zur Zeit vorhandenen gesundheitlichen Mißstände im Wohnungswesen zu beseitigen. Um die Errichtung neuer, die Gesundheit der Bewohner gefährdender Wohnräume zu verhüten, ist es notwendig, daß die Angehörigen der Bautechnik und des Bauhandwerks neben ihrer spezialtechnischen auch die erforderliche hygienische Ausbildung erfahren und daß bei der Abfassung von Bauordnungen außer dem Juristen und Techniker auch der Hygieniker gleichwertig beteiligt wird.

Verfasser hält es für wünschenswert, in das Gesetz nachfolgende Zusätze bzw. Änderungen aufzunehmen:

a) öffentlich angelegte oder im Stadtbebauungsplan vorgesehene Plätze dürfen durch spätere Bebauung nicht verkleinert werden;

b) um die Errichtung von Hofwohnungen möglichst einzuschränken und möglichst große Hoflufträume innerhalb geschlossener Baublocks zu gewährleisten, ist die Festsetzung einer rückwärtigen Baufluchtlinie erstrebenswert;

c) die zu Wohn- und Schlafzwecken, auch Küchen zugelassenen Räume sind im Baukonsens ausdrücklich als solche zu bezeichnen;

d) in der Wohnungsordnung ist in § 4 Ziffer 1 statt: „Die Wohn- und Schlafräume, auch Küchen, dürfen nicht baulich verwahrlost und nicht in gesundheitschädlicher Weise feucht sein“ zu setzen: und usw. oder nicht in gesundheitsgefährdendem Zustand sein;

e) in demselben § 4 Ziffer 3 neben dem Mindestluftraum von 10 cbm und der Mindestbodenfläche von 4 qm pro Person eine Mindestraumhöhe von nicht unter 2,5 m festzusetzen;

f) Wohnungsordnung und Wohnungsaufsicht sind für Stadt und Land unabhängig von der Bewohnerzahl obligatorisch einzuführen.

Der Entwurf bestimmt, daß für Gemeinden und Gutsbezirke mit mehr als 10000 Einwohnern solche Wohnungsordnungen erlassen werden müssen, für kleinere Gemeinden und Gutsbezirke dagegen nur erlassen werden können. Die fakultative Überlassung der Aufstellung einer Wohnungsordnung hieße die gesundheitlichen Zustände der kleineren Städte und des Landes, welche so wie so nicht an diejenigen, der aus eigener Initiative hygienisch vorwärts strebender größerer Städte heranreichen, willkürlich und ohne hinreichenden Grund in der auch ihnen notwendigen Entwicklung aufhalten.

Kreisarzt Dr. Krohne, Düsseldorf: Die Verhütung und Bekämpfung des Kindbettfiebers. 22. Hauptversammlung des Preuß. Medizinalbeamtenvereins zu Hannover, April 1905, pg. 6.

Nach einer Statistik, die Verfasser auf Grund einer von 226 Kreisärzten beantworteten Rundfrage aufgestellt hat und die 1850000 Entbindungen in den Jahren 1901—1904 umfaßt, betrug die Zahl der Krankheitsfälle 7983, davon 2826 mit tödlichem Ausgang. Es kommt also auf 231 Entbindungen ein Fall von Kindbettfieber und auf 653 Entbindungen ein Todesfall an Kindbettfieber. Nach den einzelnen Jahren gruppiert, zeigt die Zahl der Todesfälle eine deutlich steigende Tendenz. 1901 kam ein Todestall an Kindbettfieber auf 696 Entbindungen, 1904 ein Fall bereits auf 617. Die Frage nach der ärztlichen Leitung der Entbindung ließ sich nur in 1496555 Fällen feststellen. Von diesen wurden 103225, also etwa jede 14. Entbindung ärztlich geleitet oder durch Kunsthilfe beendet, dabei fanden 2306 Fiebererkrankungen statt. Es kamen bei den ausschließlich von Hebammen geleiteten Entbindungen auf 362 Entbindungen ein Krankheitsfall, bei Beteiligung der Ärzte auf 44 Entbindungen eine Erkrankung.

Die Ansicht, daß weitaus die häufigste Ursache des Wochenbettfiebers in einer unzureichenden Reinlichkeit der Hebammen zu suchen sei, ist also in dieser apodiktischen Form nicht haltbar.

Einer der wundensten Punkte in der Verhütung und Bekämpfung des Kindbettfiebers ist die häufige Unterlassung der Kindbettfieberanzeige seitens der Ärzte und Hebammen. Für die Hebammen besteht jetzt nur die Verpflichtung zur Anzeige bei Kindbettfieber. Verfasser wünscht die Verpflichtung auch auf den Kindbettfieberverdacht ausgedehnt zu sehen. Als Kindbettfieber im Sinne des Gesetzes betreffend die Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten muß jedes Fieber im Wochenbett



gelten, bei dem ein Zusammenhang zwischen Fieber und vorausgegangener Entbindung nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann.

Für die Hebammen ist nicht nur eine gründliche Ausbildung erforderlich, sondern es erscheint ebenso wichtig eine immer wieder erneute Auffrischung des einmal gewonnenen Wissens. Daß läßt sich am besten erreichen durch die Forderung, daß alle Hebammen bis zu ihrem 45. Lebensjahre mindestens alle fünf Jahre an einer Hebammenlehranstalt einen mehrwöchentlichen Wiederholungskursus durchmachen müssen. Im engsten Zusammenhang damit steht eine bessere Fürsorge für die wirtschaftliche Stellung der Hebammen. Damit die dem Kreisarzt zustehende Befugnis, einer Hebamme gegebenenfalls die Ausübung ihres Berufes für mehrere Wochen zu untersagen, nicht dazu beiträgt, daß die Hebamme aus Furcht vor einer ihr drohenden Erwerbsschädigung etwaige Erkrankungen an Kindbettfieber verheimlicht, empfiehlt es sich dringend, daß die Hebamme für die angeordnete Unterbrechung ihrer Tätigkeit eine angemessene Entschädigung erhält.

Kreisarzt Dr. Romeick, Mohrungen: Die praktische Durchführung der Desinfektion auf dem platten Lande.

Nach den bisher gewonnenen praktischen Erfahrungen hält der Vortragende auch auf dem platten Lande die Desinfektion in wirksamer Weise für durchführbar. Sie ist sanitätspolizeilich anzuordnen bei jedem angezeigten Fall von Unterleibstypus, Ruhr, Diphtherie, Scharlach, Lungen- und Kehlkopftuberkulose; die Wohnungsdesinfektion bei Tuberkulose jedoch nur nach erfolgtem Tode oder Wohnungswechsel. Zur amtlichen Kontrolle der Desinfektion während des Verlaufes der Seuche sind von den Kreisen möglichst viele Desinfektionsaufseher anzustellen, mindestens einer für jeden Amtsbezirk; zur Ausführung der Wohnungsdesinfektion nach Ablauf der Seuche dagegen nur wenige (zwei bis drei), in zweckmäßiger Entfernung von einander stationierte Wohnungsdesinfektoren. Die Ausrüstung der Desinfektionsaufseher besteht in Lehrbuch, Dienstanweisung und Tagebuch. Für jeden Desinfektor ist dagegen außerdem noch Gerät zur sogenannten einfachen Desinfektion und ein Formalinapparat zu beschaffen, sowie ein Dampfdesinfektionsapparat an seinem Stationsorte aufzustellen. Die Bezahlung der Desinfektionsaufseher hat nach Einzelleistung aus den Amtskassen zu erfolgen. Die Bezahlung der Wohnungsdesinfektoren hat in einem festen und für jede Desinfektionsart gleichen Tagegelde, nebst freier Reise, freier Verpflegung und freier Lieferung sämtlicher Desinfektionsmittel zu bestehen; sie ist etwa zu gleichen Teilen von der Gemeinde und dem Kreise zu tragen.

Der Kreisarzt hat die Desinfektionsaufseher und insbesondere die Wohnungsdesinfektoren möglichst häufig unvermutet zu kontrollieren und sie in regelmäßigen Zeitabschnitten (alle 2 bis 3 Jahre) nachzuprüfen.

Professor Dr. Puppe, Königsberg und Amtsgerichtsrat Dr. von Ihering, Hannover: Die gerichtsarztliche Beurteilung der Kurpfuschereidelikte.

Offizieller Bericht der 22. Hauptversammlung des Preuß. Medizinalbeamtenvereins Hannover 1905, pg. 70.

Als Kurpfuschereidelikte erklärt Puppe Verstöße nicht approbierter Heilbeflissener gegen Strafgesetze bei Ausübung des Heilgewerbes. Juristisch qualifizieren sich diese Verstöße als fahrlässige Tötung oder fahrlässige Körperverletzung.

Fehler gegen anerkannte Regeln der Heilkunde sind von gewerbmäßigen Kurpfuschern nach einer Entscheidung des Reichsgerichts ebenso zu betrachten wie von Ärzten. Kurpfuschereidelikte können ferner bestehen in Täuschungshandlungen mannigfacher Art wie z. B. betrügerische Heilversprechungen, betrügerische Untersuchungen, z. B. Gesichtsausdruckskunde, betrügerische indifferente Behandlung, z. B. Magnetismus bei

organischen Erkrankungen. Juristisch kommen hier Betrug und unlauterer Wettbewerb in Frage. In subjektiver Hinsicht ist in solchen Fällen die Schuldfrage stets zu bejahen, wenn bei den Angeschuldigten nicht psychiatrische Defekte in der Sphäre der Intelligenz und des Urteils zu ermitteln sind. Von sonstigen Kurpfuschereidelikten kommen in Frage: Führung arztähnlicher Titel, Abgabe von Arzeneien, die dem freien Verkehr nicht überlassen sind, Ausübung der Heilkunde im Umherziehen, betrügerische Reklame und Ankündigung von Mitteln, die gesundheitsschädlich sind oder denen eine ihnen nicht innewohnende Wirkung beigelegt ist.

In Fällen der Gefährdung des Lebens oder der Gesundheit durch Kurpfuscher, in denen eine üble Wirkung der Behandlung aus irgendeinem Grunde nicht eingetreten ist oder nicht festgestellt werden kann, versagen die bestehenden gesetzlichen Bestimmungen.

Der Amtsgerichtsrat von Ihering hält im allgemeinen die bestehenden Gesetzesvorschriften im Kampfe gegen die Kurpfuscherei für ausreichend, empfiehlt aber dringend eine Ausdehnung der im § 35 der Gewerbeordnung für die Drogisten gegebenen Vorschrift über die Untersagung des Gewerbebetriebes auf nicht ärztlich approbierte Personen, welche gewerbmäßig die Heilkunde ausüben. Nach diesem Paragraph ist der Handel mit Drogen und chemischen Präparaten, die zu Heilzwecken dienen, zu untersagen, wenn die Handhabung des Gewerbebetriebes Leben und Gesundheit gefährdet. Ist die Verurteilung erfolgt, so kann die Landeszentralbehörde oder eine andere von ihr zu bestimmende Behörde die Wiederaufnahme des Gewerbebetriebes gestatten, sofern seit der Untersagung mindestens ein Jahr verflossen ist. Das Ideal, die Aufhebung der Kurierfreiheit ist nach Ansicht des Referenten nicht erreichbar, daher sollte man sich mit diesem erreichbaren Ziel begnügen, welches die Handhabe bieten würde, im Falle schwerer Versündigung des Kurpfuschers an fremder Gesundheit, ihm das Handwerk zu legen. Ferner empfiehlt er mehr als bisher seitens der beamteten Ärzte durch Besprechung geeigneter Gerichtsverhandlungen, Erläuterung amtlicher Warnungen vor schädlichen Geheimmitteln oder Mitteilung sonst bekannt gewordener krasser Fälle von Kurpfuscherei, auf die gesundheitsschädigende Gefahr des Kurpfuschertums und des Geheimmittelschwindels hinzuweisen. Bei Erhebung von Anklagen gegen Kurpfuscher ist mit besonderer Vorsicht und Umsicht zu verfahren, da freisprechende Erkenntnisse der Gerichte meist zu übermäßigen Reklamezwecken ausgebeutet werden.

Gerichtsarzt Dr. Schwabe, Hannover: Die Aufgaben der Medizinalbeamten in bezug auf die Fürsorge für Geisteskranke, Epileptische und Idioten.

(Offizieller Bericht über die 22. Hauptversammlung des Preuß. Medizinalbeamtenvereins Hannover 1905, pg. 106.)

Der Kreisarzt hat nach § 104 und 105 seiner Dienstanweisung der Fürsorge für Geisteskranke, Epileptische und Idioten dauernd seine Aufmerksamkeit zu widmen. Bei der Aufnahme solcher Personen in Privatanstalten hat er nach Maßgabe der bestehenden Vorschriften mitzuwirken. Die von Privatpersonen in fremden Familien untergebrachten Geisteskranken, Epileptischen und Idioten sind in Gemäßheit der in den einzelnen Bezirken bestehenden Vorschriften zu beaufsichtigen. Die dauernde Fürsorge muß naturgemäß mit der Auffindung dieser Kranken beginnen. Dazu stehen ihm drei Wege offen, erstens seine persönliche Berührung mit den Kreisinsassen bei Ortsbesichtigungen, Schulrevisionen, Sachverständigentätigkeit, bei Ausübung der Privatpraxis etc., zweitens Information durch die staatlichen und kommunalen Behörden und drittens durch das Hand in Hand-Arbeiten mit den leitenden Ärzten an den zuständigen öffentlichen und privaten Anstalten, dem Gerichtsarzt, den Kreisärzten benachbarter Kreise und den praktischen Ärzten.

Als vierten Weg empfiehlt es sich, die Volkszählungen regelmäßig mit zu Hilfe zu nehmen. Die so ermittelten Geisteskranken etc. sind in eine nach psychiatrischen und sozialen Gesichtspunkten sorgsam rubrizierte Liste einzutragen und fortlaufend zu ergänzen.

Die Fürsorge zerfällt in

1. eine aktive, in die persönlichen Verhältnisse der Kranken eingreifende, d. h. in die Überweisung in eine geeignete Anstalt, auch in Vorkehrungen und Anordnungen für eine angemessene private Pflege in oder außer dem Hause;
2. eine überwachende, d. h. abgesehen von der gesetzlich geregelten Aufsichtstätigkeit des Kreisarztes in den zuständigen Anstalten für Geisteskranke etc. in einem Wachen über das Verhalten der Kranken selbst, um ev. im geeigneten Augenblick aktiv einzugreifen, und über die den Kranken in der eigenen oder in einer fremden Familie zuteil werdende Pflege im weitesten Sinne des Wortes;
3. in eine prophylaktische, d. h. in eine Überwachung der als geheilt oder gebessert aus den Anstalten Entlassenen und, soweit es möglich ist, auch in die Bewachung der numerisch nicht zu niedrig zu bemessenden Degenerierten: Schwachsinnigen aller Schattierungen, seelisch Labilen vor Verfall in Geisteskrankheit. J. Meyer-Lübeck.

## Bücherbesprechungen und Anzeigen.

**Grunau.** Über Frequenz, Heilerfolge und Sterblichkeit in den öffentlichen preußischen Irrenanstalten. Halle. Karl Marhold, 1905. 64 S. M. 3,00.

Verfasser hat sich der mühevollen Aufgabe unterzogen, an der Hand der preußischen Statistik, die sich auf der Verwertung der jedem Anstaltsarzte bekannten Zählkarten aufbaut, die Frequenz, Heilerfolge, Sterblichkeit und Todesursachen in ihren Beziehungen zu den verschiedenen Faktoren (verschiedene Jahre, Krankheitsform, Geschlechter, verschiedene Provinzen) zu erörtern. Dabei ergeben sich natürlich Resultate, die den heutigen klinischen Anschauungen entsprechen, wie z. B. die Zunahme der Paralyse beim weiblichen Geschlecht. Die Zahl der Heilungen von Paralyse nimmt ab, entsprechend einer berechtigten größeren Skepsis. Der starke Abfall der Zahl der Erkrankungen an Delirium tremens im Jahre 1888 wird auf die Wirkungen des Branntweinsteuergesetzes vom 24. Juni 1887 zurückgeführt. Das Bestreben, größere Irrenanstalten zu bauen, nimmt zu. Die Zahl der Heilerfolge bei denselben Krankheitsformen ist in den verschiedenen Anstalten recht verschieden; so z. B. ist die Zahl der Heilerfolge in Wuhlgarten zehnmal geringer als in allen übrigen Anstalten zusammen bei den epileptischen Seelenstörungen.

Das sind nur einige interessante Ergebnisse der jedenfalls viel Arbeit verursachenden Studie, deren Lektüre durch Anwendung typographischer Mittel sehr erleichtert hätte werden können. Daß bei der Verwertung statistischen Materials die allergrößte Skepsis angebracht ist, das braucht Referent nicht zu betonen; Verfasser hat es sich auch nicht verhehlt.

Schultze.

**Petersen, Julius.** Willensfreiheit, Moral und Strafrecht. München. J. F. Lehmann, 1905. 235 S. M. 5,00.

Eine sehr ausführliche, auf eingehendem Studium der großen Literatur aufgebaute, geschickt und gemeinverständlich geschriebene Verteidigung des Determinismus. Natürlich hebt Verfasser insbesondere hervor, daß die Ergebnisse der Moralstatistik nicht zu der Annahme einer Willensfreiheit zwingen, und

daß die Ergebnisse der neueren Psychologie und die Psychiatrie die deterministische Lehre nur zu stützen vermögen. Da Verfasser Jurist ist, ist es begreiflich, wenn er ausführlich erörtert, daß der Determinismus der Begründung von Moral und Strafrecht durchaus nicht hindernd im Wege steht. Schultze.

**Drastich, Bruno.** Leitfaden des Verfahrens bei Geisteskrankheiten und zweifelhaften Geisteszuständen für Militärärzte. II. Spezieller Teil. Militärärztliche Publikationen Nr. 84. Wien. Josef Satár 1905. 204 S. M. 4,75.

Der vorliegende II. Teil enthält eine treffliche kurze Darstellung der speziellen Psychiatrie im Sinne Kräpelin's. Viele eingestreuete eigene Beobachtungen, die einen zum Teil wie alte Bekannte anmuten, zeigen, daß Verfasser viel gesehen hat. Die besondere Berücksichtigung militärischer Verhältnisse macht die Arbeit zu einem für Sanitätsoffiziere sehr brauchbaren Leitfaden. In den vom Verfasser gestellten Forderungen ist Referent einer Meinung mit ihm; besonders sollte nur der psychiatrisch geschulte Sanitätsoffizier über die Zurechnungsfähigkeit entscheiden. Auch Verfasser redet der Unterweisung der Offiziere in den Elementen der Psychiatrie das Wort. Besondere Beachtung verdienen die Ausführungen über die Degenerierten, über den pathologischen Rausch (bei dem die Bedeutung auch geringer Alkoholgengen gerade für den forensischen Gebrauch noch schärfer hätte hervorgehoben werden können) und über die Dementia praecox.

Der Anhang gibt eine Anleitung der Behandlung Geisteskranker, bei der Referent gern eine noch schärfere Betonung der modernen therapeutischen Bestrebungen gesehen hätte.

Referent ist überzeugt, daß das Buch in den Händen der Sanitätsoffiziere, für die es in erster Linie bestimmt ist, erheblichen Nutzen zu bringen geeignet ist. Schultze.

**Hey, Julius.** Das Gansersche Symptom, seine klinische und forensische Bedeutung. Berlin 1904. Aug. Hirschwald. 108 Seiten.

V. gibt eine ausführliche Mitteilung von acht an der Hallenser Klinik beobachteten Fällen, die das bekannte Gansersche Symptom des Vorbeiredens trefflich illustrieren. Von besonderem Interesse sind hiervon Fall V, ein Militärgefangener, der an Hysterie auf degenerativer Basis litt, der sich mehrfacher Delikte schuldig gemacht hatte und der nach einer Anstaltsbeobachtung zu acht Jahren Gefängnis bei Annahme von Simulation verurteilt war, sowie Fall VII, der das Bild einer ungemein symptomreichen traumatischen Hysterie betraf.

V. verwertet auch die Mitteilungen, die in der Literatur niedergelegt sind, und kommt zu dem Schlusse, daß das Gansersche Symptom sich vor allem bei der Hysterie, dann bei Dementia praecox, sowie bei Epilepsie findet. Der Gansersche Symptomenkomplex scheint nur bei Hysterie vorzukommen. Das Gansersche Symptom an sich kann differentialdiagnostisch nicht verwertet werden. Seine Genese ist nicht eine einheitliche. Das Gansersche Symptom findet sich vorzugsweise bei forensischen Fällen, und hier überwiegt die Hysterie; in fast allen Fällen wurde die Erkrankung während der Haft manifest.

Mit Rücksicht auf diese letzten Punkte verdient das Gansersche Symptom eingehendste Beachtung seitens der Sachverständigen; darum sei auf die vorliegende Broschüre verwiesen, die das auch klinisch interessante Symptom eingehend, kritisch und sachgemäß darstellt. Schultze.

**Burgl, Georg.** Die strafrechtliche Verantwortlichkeit der Epileptiker. Nürnberg. Friedr. Korn, 1905. 91 S. M. 1,00.

Daß es den Juristen vielfach an Kenntnissen in der Psychiatrie fehlt, darüber wird ja nicht selten geklagt. Das gilt insbesondere für das Kapitel der für die Kriminalität

so ungemein wichtigen Epilepsie. Nicht allzuoft begegnen wir einem Verständnisse, wenn es sich um die Beurteilung von Dämmerzuständen handelt.

Verfasser hat daher eine sehr dankenswerte Aufgabe sich gestellt, an der Hand seiner eignen in der gerichtsarztlichen Praxis gewonnenen Erfahrungen eine Schilderung der Epilepsie in ihrer Bedeutung für das Strafrecht zu entwerfen. Da er im Laufe der Zeit nicht weniger als 140 Epileptiker zu begutachten Gelegenheit hatte, konnte er bei seiner Darstellung sich mit seinen eignen Beobachtungen begnügen, und das kommt der Arbeit sehr zu statten. Verfasser bespricht die verschiedenen in Betracht kommenden Punkte eingehend, klar, in einer auch dem Laien durchaus verständlichen Sprache. Die weiteste Verbreitung der Arbeit in den Händen der Juristen ist sehr zu wünschen; sie wird dem Sachverständigen nur zu statten kommen.

Schultze.

**Burckhard.** Zur Reform des Irrenrechts. Vier Zeitungsartikel. Wien 1904. Manz.

**Reißner,** Dr. jur. Die Zwangsunterbringung in Irrenanstalten und der Schutz der persönlichen Freiheit. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. A. Eulenburg. Berlin, Urban und Schwarzenberg. 1905.

Die gemeinsame Besprechung der zwei Broschüren rechtfertigt sich, nicht nur weil sie das gleiche Thema behandeln, sondern mehr noch, weil sie zeigen, wie sehr diejenigen recht haben, die da meinen, die Zeit sei noch nicht reif zur Schaffung eines Irrengesetzes.

B. wiederholt eine fast durchweg anerkannte Besprechung des Schröderschen Buches: „Das Recht im Irrenwesen“ und versucht dann, eine Forderung der Mitwirkung von Laien zu begründen, wenn jemand wegen Irrsinn entmündigt, interniert oder nicht bestraft werden soll oder wenn der wegen Geistesstörung außer Verfolgung gesetzte Verbrecher wieder aus der Irrenanstalt entlassen werden soll.

R. untersucht das Recht des Staates, dritter Personen und des Vormundes bzw. Pflegers zur Zwangsunterbringung geistig gestörter Personen und bespricht die Garantie für die Durchführung der bestehenden Vorschriften. Über die Anstaltsinternierung entscheidet in einem dem Strafprozeß ähnelnden Verfahren eine Internierungskommission, die aus einem Amtsrichter als Vorsitzendem, dem Gerichtsarzt als ständigem Beisitzer und drei Laien als Schöffen besteht; vier Stimmen sind zum Beschluß auf Internierung erforderlich.

Sapienti sat!

Schultze.

**Dannemann,** Vereinigung für gerichtliche Psychologie und Psychiatrie im Großherzogtum Hessen. Bericht über die Eröffnungsversammlung am 5. 11. 1904 zu Gießen. Juristisch-psychiatrische Grenzfragen. Zweiter Band. Heft 6. M. 1,20. C. Marhold. Halle.

Ein wie großes Bedürfnis die Gründung eines Juristen und Psychiater zu gemeinsamer Tätigkeit einigenden Vereins war, ergibt sich schon daraus, daß an der Eröffnungsversammlung über 100 Männer der Theorie und Praxis teilnahmen; auch die Ministerien des Innern und der Justiz hatten erfreulicherweise ihre Vertreter entsandt. Sommer betonte in seiner Programmrede, daß der Hauptzweck des Vereins die Erkenntnis der inneren Zustände sei, aus denen krankhaftes oder kriminelles Verhalten gegen die Umgebung hervorgehe.

Auf der Versammlung wurden zwei Vorträge gehalten. Mittenmaier äußert sich unter steter Bezugnahme auf psychologisch wichtige Gesichtspunkte zur Reform des Verfahrens im Strafprozeß und verlangt u. a. bessere Vorbereitung des Verfahrens, Einschränkung des Legalitätsprinzips, Wegfall des Untersuchungsrichters, anderweitige Stellung des Staatsanwalts,

regelmäßige Beiordnung eines Verteidigers bei der Verhaftung, sowie Einschränkung der Untersuchungshaft.

Sommer bespricht in klarer Form das zeitgemäße Thema „Die Forschungen zur Psychologie der Aussage“ und erörtert unter Heranziehung eigener Beobachtungen und Experimente die verschiedenen Arten von solchen Aussagen, insbesondere die psychiatrisch bedingten und die normal-psychologischen Täuschungen. Schultze.

**Stier,** Ewald. Fahnenflucht und unerlaubte Entfernung.

Eine psychologische, psychiatrische und militärrechtliche Studie. Juristisch-psychiatrische Grenzfragen. Zweiter Band. Heft 3—5, 1905. Carl Marhold. M. 3,00.

Fahnenflucht und unerlaubte Entfernung spielen schon der Zahl nach die größte Rolle unter den speziell militärischen Vergehen. Sexuelles Verlangen (Frühjahr!) und Heimweh sind die stärksten Motive. Echte Geistesstörung liegt selten zugrunde, und dann handelt es sich weniger um epileptische als hysterische Dämmerzustände; vor allem ist zu berücksichtigen Degeneration und Schwachsinn sowie der Alkoholrausch.

Die Marine ist stärker beteiligt an diesen Vergehen als die Landarmee. Die Zahl der Entweichungen nimmt von Osten nach Westen zu; der Höhepunkt wird erreicht in den westlichen und südwestlichen Armeekorps. Die Ursache dieser Erscheinung ist nicht sowohl die Nähe der fremden Länder als die Verschiedenheit des Charakters und der Temperamente der Beteiligten.

Der Entwichene wird im Inlande fast immer schnell gefaßt; entkommt er nach Frankreich oder in die Schweiz, fällt er meist in die Hände der Fremdenlegen.

Die Einstellung von schwachsinnigen und moralisch minderwertigen Individuen soll möglichst verhütet werden, oder solche Individuen sollen baldigst wieder entlassen werden. Bei der Begutachtung ist zu trennen die militärische Dienstbrauchbarkeit von der gerichtlichen Zurechnungsfähigkeit; die Grenzen für diese letztere allzuweit zu stecken empfiehlt Verfasser nicht.

Ein historischer Überblick über die gesetzlichen Bestimmungen gegen die Fahnenflucht zeigt die Überlegenheit der Gesetze der Römer und der germanischen Völker, da diese die Tat nach ihren psychologischen Differenzen, nicht nach der Dauer der Abwesenheit beurteilen. Immerhin ist es erwünscht, daß unerlaubte Entfernung nur mit Arrest bestraft wird, echte Fahnenflucht aber mit Entlassung aus dem Heere und daß der Begriff der mildernden Umstände in das Militärstrafgesetzbuch aufgenommen wird in der Form der Ausweitung eines jeden Strafmaßes nach unten bis zum Fortfall der unteren Grenze.

Dies der kurze und gedrängte Inhalt der vorliegenden, sehr anschaulichen und höchst übersichtlichen Arbeit. Verfasser war mehrere Jahre Arzt an dem Festungsgefängnis zu Köln und hatte dort Gelegenheit, eine große Zahl von Soldaten, die sich der Fahnenflucht oder unerlaubter Entfernung schuldig gemacht hatten, zu beobachten. Was er dort gesehen und gehört hat, das hat Verfasser kritisch verarbeitet unter Verwertung der einschlägigen Literatur. Schultze.

**Kolb.** Sammelatlas für den Bau von Irrenanstalten.

Ein Handbuch für Behörden, Psychiater und Baubeamten. Supplementlieferung (elfte Lieferung) 1905. Halle a. S. C. Marhold.

Das vorliegende Ergänzungsheft bespricht die Schaffung provisorischer Bauten (bei Überfüllung einer Anstalt oder Ausbruch einer Epidemie), psychiatrische Durchgangsstationen und ferner forensisch — psychiatrischer Zwischenanstalten. Der erste Teil des Heftes enthält allgemeine Bemerkungen über Zweck, Einrichtung und Bauprogramm der jeweiligen Bauten. Der zweite Teil des Heftes erörtert an der Hand von Details die Raumverteilung. Die Pläne geben teilweise zu technischen Bedenken Anlaß. Schultze.

**Frese, Dr.**, Oberjustizrat in Meissen. Die Prinzessin Luise von Sachsen-Koburg und Gotha, geb. Prinzessin von Belgien. Eine forensisch-psychiatrische Studie. Halle a. S. C. Marhold. 1905.

Verfasser gibt eine Darstellung der Geschichte des aus der Tagespresse sattem bekannten Falls der Prinzessin Luise und teilt die verschiedenen über ihren Geisteszustand erstatteten psychiatrischen Gutachten einschließlich des letzten Pariser Gutachtens wörtlich mit. An dem letzteren übt er eine ebenso berechnete wie vernichtende Kritik, und mit ihm wird jeder Fachmann der Meinung sein, daß das Pariser Gutachten den tatsächlichen Verhältnissen nicht gerecht wird. Es läßt die Vorgeschichte fast völlig außer acht, hält das, was die Prinzessin sagt, für bewiesen und rechnet nicht mit der für jeden Fachmann gegebenen und im vorliegenden Falle besonders großen Möglichkeit einer Beeinflussung der zu Beobachtenden durch ihre Umgebung. Galant und liebenswürdig wie der Franzose ist auch das Gutachten, das fast als Causerie angesprochen werden kann.

Mit dem Referenten wird jeder Leser einer Schrift wie der vorliegenden, die durch klare und objektive Darstellung ausgezeichnet ist, eine möglichst große Verbreitung wünschen angesichts der gegen die Psychiatrie herrschenden Vorurteile. Ob die Schrift viel helfen wird, bezweifelt Referent freilich ebenso lebhaft; die Welt glaubt lieber das Schlechte und Böse.

Eine weit verbreitete, angesehene Zeitung brachte doch eines Tages aus ärztlicher Feder eine längere Mitteilung über den Fall im Anschluß an die vorliegende Arbeit, deren Standpunkt jener Autor auch zu dem seinigen macht. Es vergeht nicht eine Woche, und dasselbe Blatt bringt an der gleichen Stelle eine längere Mitteilung über denselben Fall mit den bekannten hämischen Ausfällen gegen die Psychiater und Ausdrücken, wie „die sogenannte Geisteskrankheit“. Schultze.

**Weygandt, Wilhelm.** Leicht abnorme Kinder. Hoche'sche Sammlung. VI. Band, Heft 1, 1905, 40 S., Mk. 1,00. C. Marhold. Halle a. S.

Erweiterte Wiedergabe eines auf der Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte 1904 gehaltenen inhaltreichen und trefflich orientierenden Vortrages. Er bespricht die ursächlichen Momente für die leichteren Abnormitäten des Kindesalters, schildert die psychischen, nervösen und somatischen Symptome, gruppiert die Fälle nach verschiedenen Formen (leicht abnorme Epileptiker, leicht hysterische, konstitutionell-neurasthenische, die Debelen, stärkere und bessere Entwicklung der intellektuellen bzw. affektiven Sphäre) und erörtert kurz die Therapie (Schulärzte, psychiatrisch-neurologische Polikliniken, Hilfsschulen, Mannheimer Förderklassensystem, Internate für moralisch Schwache). Schultze.

**Vorträge**, gehalten auf der Versammlung von Juristen und Ärzten in Stuttgart 1903. Juristisch-psychiatrische Grenzfragen. Zweiter Band. Heft 1 u. 2. 110 Seiten. 1904. Mk. 2,40. Halle a. S. C. Marhold.

Auch in Württemberg haben sich Juristen und Psychiater vereinigt zur gemeinsamen Besprechung und Erörterung der vielen beide Teile interessierenden Fragen. Das vorliegende Heft bringt in dankenswerter Weise die Vorträge, die auf der ersten Versammlung des neuen Vereins gehalten sind.

Heidlen hält bei vorübergehend wie dauernd Geistesgestörten sowohl eine Vormundschaft wie Pflegschaft für angebracht; die Entscheidung ist von Fall zu Fall zu treffen. Bei apathischen Kranken, die nach ihrem Beruf oder Geschlecht an dem Rechtsverhältnis keinen größeren Anteil zu nehmen haben, genügt meist die Pflegschaft, wenn ernstere Interessenkollisionen nicht zu befürchten sind. In allen andern Fällen ist die Vormundschaft vorzuziehen.

Kreuser betont zutreffend, daß der Nachweis einer Paranoia noch nicht die Unfähigkeit zur Besorgung der Angelegenheiten beweist; die Pflegschaft dürfte meist wenig geeignet sein. Das gerichtliche Entmündigungsverfahren wirke meist nachteilig auf die Kranken.

von Schwab bringt eine Übersicht über die Unterbringung geisteskranker Strafgefangenen in Württemberg; vor allem betont er die zunehmenden Schwierigkeiten, Kriminelle in Irrenanstalten aufzunehmen. Die Justizverwaltung beabsichtigt, eine zunächst auf männliche Gefangene beschränkte und zu deren Verwahrung bis zum Strafende bestimmte Irrenabteilung auf Hohenasperg, in organischer Angliederung an die dort bestehende Invalidenstrafanstalt, zu errichten. Die Leitung soll einem psychiatrisch ausgebildeten Arzte übertragen werden.

Gaupp bringt anziehende und kritische Ausführungen über moralisches Irresein und jugendliches Verbrechen. Fauser hebt die Wichtigkeit der Stellung einer psychiatrischen Spezialdiagnose für den ärztlichen Sachverständigen hervor; sie verbürgt eine vermehrte Sicherheit des Gutachtens und eine sicherere Kenntnis der Ätiologie und Prognose. Wildermuth machte die Zurechnungsfähigkeit der Hysterischen zum Gegenstande seines Vortrags. Hysterie an sich beeinträchtigt diese nicht; einzelne akute hysterische Anfälle psychischer oder somatischer Natur heben die Zurechnungsfähigkeit nur dann auf, wenn die inkriminierte Handlung während eines solchen Anfalls oder dessen Nachwirkung stattgefunden hat; die hysterischen Dämmerzustände gleichen rechtlich den epileptischen.

Durch Daiber erfahren wir, daß 1902 den württembergischen Irrenanstalten 174 Fälle mit gerichtlichen Beziehungen zugeführt wurden (90 strafrechtliche, 84 zivilrechtliche); wegen der weiteren Details sei auf das Original verwiesen.

Erwähnt Referent noch, daß Wollenberg über das Querulieren Geisteskranker gesprochen hat, so dürfte damit die fast zu große Reichhaltigkeit der Tagesordnung der ersten Versammlung zur Genüge dargetan sein. Schultze.

**Bresler, Joh.** Wie beginnen Geisteskrankheiten? Halle a. S. C. Marhold, 1905. 56 S.

Mit dieser lesenswerten Broschüre versucht Verfasser auch weitere Kreise für die Nützlichkeit von Nervensanatorien für arme Kranke (solche für Reiche gibt es in großer Zahl) zu gewinnen. Eine große Zahl von Psychosen beginnt mit Symptomen nervöser Erschöpfung, und frühzeitige Behandlung in Nervenheilstätten zeitigt hier oft die besten Erfolge. Schultze.

## Tagesgeschichte.

### Genesungsheime und Arbeitssanatorien.

In der „Medizinischen Klinik“ schlägt E. Saalfeld in einem Artikel „Zur Frage der Genesungsheime und Arbeitssanatorien“ vor, für eine gewichtige und nicht zu unterschätzende Kategorie von Geschlechtskranken — Syphilitiker — Arbeitssanatorien zu errichten. Er weist dabei auf zwei Vorteile hin: Einmal wäre es möglich, weit mehr syphilitisch Kranken als bisher eine zweckentsprechende Behandlung unter den besten hygienischen Verhältnissen zu bieten und damit die Folgekrankheiten der Syphilis nach Möglichkeit zu reduzieren; zweitens würde sich eine derartige Behandlung wesentlich billiger gestalten, als die in einem regulären Krankenhaus. Ein weiterer Vorzug der Arbeitssanatorien vor den Krankenhäusern wäre darin zu erblicken, daß sie von Personen, die im übrigen arbeitsfähig und arbeitswillig sind, eher aufgesucht werden würden, als Krankenhäuser, in denen sie wochenlang untätig sein müßten. Die Arbeitssanatorien würden damit auch weniger charakterfeste Kranke vor der Gefahr

schützen, durch langes Nichtstun der Arbeit entwöhnt zu werden. Außerdem würden weit mehr Syphilitische als bisher in dem ansteckenden Stadium der Krankheit von dem Verkehr mit der übrigen Bevölkerung ferngehalten werden. Auf diese Weise könnte die Möglichkeit einer Übertragung der Syphilis — und zwar nicht nur auf geschlechtlichem Wege — erheblich herabgesetzt werden. Bu.

### Invalidenrenten und Armenunterstützung.

Über Invalidenrenten und Armenunterstützung in Berlin enthält der Verwaltungsbericht des Berliner Magistrats, Abteilung für Invalidenversicherung, für das Etatsjahr 1904 beachtenswerte zahlenmäßige Angaben.

Der Armendirektion wird, damit sie ihre Ansprüche rechtzeitig anmelden kann, von jedem Rentenantrage Mitteilung gemacht, und ebenso erhält sie Nachricht, sobald eine Rente bewilligt ist. Nach dem letzten Verwaltungsbericht der Landesversicherungsanstalt Berlin sind der Armendirektion im Jahre 1903: 102 740,44 M. überwiesen worden.

Seit dem Jahre 1895 sind der Armendirektion überwiesen worden:

1895 . . .	13 576,99 M.	1900 . . .	45 749,68 M.
1896 . . .	11 238,52 „	1901 . . .	56 493,51 „
1897 . . .	19 555,42 „	1902 . . .	82 294,56 „
1898 . . .	21 731,08 „	1903 . . .	102 740,44 „
1899 . . .	28 620,01 „		(„Soziale Praxis“.)

### Ausübung der Zahnheilkunde durch Ärzte.

Zur Frage der Ausübung der Zahnheilkunde durch Ärzte welche die zahnärztliche Approbation nicht besitzen, hat der ärztliche Bezirksverein Dippoldiswalde folgenden Beschluß gefaßt:

„Der Verein hat mit Befremden von den Ausführungen des Herrn Professor Dr. Hesse-Leipzig in Nr. 551 des ärztlichen Vereinsblattes Kenntnis genommen und erklärt hierzu, daß nach seiner Ansicht

1. jeder approbierte Arzt die Approbation für das gesamte Gebiet der Heilkunde einschließlich der Zahnheilkunde erhalten hat,

2. daß die große Mehrzahl der Ärzte die Krankheiten der Zähne mindestens ebensogut kennt, wie der Zahnarzt, da sie sich täglich mit ihnen zu beschäftigen haben,

3. daß er mit Entrüstung den gemachten Vorwurf der Kurpfuscherei zurückweist,

4. daß diejenigen Ärzte, die sich Spezialärzte für Zahn- und Mundkrankheiten nennen wollen, der ärztlichen Standesvertretung gegenüber verantwortlich sind, daß sie auch die nötigen Kenntnisse in diesem Fache besitzen, wie dies jeder andere Spezialarzt auch tun muß, und

5. daß zu erwägen ist, ob nicht bei dem Überfluß an Ärzten die Teilapprobation als Zahnarzt überhaupt wegfallen könne, so daß künftig nur Vollärzte die Zahnheilkunde ausüben dürfen, da bei dem innigen Zusammenhang der Zahnkrankheiten mit den übrigen Erkrankungen des menschlichen Körpers nur der ein wirklich sachgemäßes Urteil über Zahnerkrankungen abgeben könne, der auch die übrigen Krankheiten kenne.“

(„Medizinische Klinik“.)

### Ärztliche Untersuchung von verdächtigen und unverdächtigen Personen.

Unter den Beschlüssen, welche die amtliche Kommission zur Vorberatung der Reformen der Strafprozeßordnung gefaßt hat, ist auch einer, welcher die ärztliche Untersuchung von verdächtigen und unverdächtigen Personen auf Anordnung des Richters oder der Staatsanwaltschaft für zulässig erklärt. Die

Untersuchung kann eventuell erzwungen werden. Gegen diesen Vorschlag der Kommission wurden in der Hauptversammlung der Deutschen Medizinalbeamten energische Bedenken geltend gemacht. Professor Dr. Straßmann (Berlin) insbesondere betonte, daß eine solche erzwungene ärztliche Untersuchung einer weiblichen Person gegenüber (gynäkologische Untersuchung) einen schweren Eingriff in die körperliche Freiheit und das weibliche Schamgefühl darstellt. Professor Straßmann trat entschieden dafür ein, daß gegen eine solche Zwangsuntersuchung das Recht der sofortigen Beschwerde mit aufschiebbarer Wirkung eingeführt werden müßte. Auf einem gleichen Standpunkt steht Professor Dr. Stenger. Er meint, man müsse schon deshalb außer den von Professor Straßmann angeführten Gründen für einen Einspruch gegen die Zwangsuntersuchung sein, weil dieselbe keine erhebliche Verschleppungsgefahr bedeutet; denn die ärztliche Untersuchung kann ja doch jeden Augenblick ausgeführt werden. Die Versammlung machte sich die Ausführungen dieser Redner zu eigen. („Med. Klinik.“)

### Ministerialerlasse.

#### I. Allgemeine Verwaltungssachen.

Erlaß vom 26. August 1905, betreffend die Versammlungen der Kreismedizinalbeamten.

Die in den Versammlungen zutage getretene Gründlichkeit und Sachkenntnis wird mit Genugtuung konstatiert.

Es sollen die Reisekosten und Tagegelder zum Zwecke der Teilnahme an den Medizinalbeamtenversammlungen deshalb auch in diesem Jahre von der Regierung gezahlt werden. Die Hin- und Rückreise soll nur in Ausnahmefällen mehr als einen Tag, keinesfalls mehr als zwei Tage in Anspruch nehmen. Der Tag der Versammlung soll unter Beifügung der Tagesordnung vier Wochen vorher angezeigt werden.

#### II. Prüfungswesen.

— 10. Juli 1905, betreffend die Zulassung von Praktikanten zu den Universitätskliniken und Polikliniken.

Auf je 40 klinische und 2000 poliklinische Kranke darf ein Praktikant zugelassen werden.

Die bei einem sonstigen medizinisch-wissenschaftlichen Universitätsinstitut absolvierte Zeit darf bis zu einem halben Jahre auf das praktische Jahr angerechnet werden. Es soll dem Ermessen der Kliniker überlassen bleiben, ob sie mit Rücksichtnahme auf die Kranken Praktikanten in dem vorstehend bezeichneten Umfange annehmen wollen. Die Direktoren der Kliniken werden um Bericht darüber ersucht, wieviel Praktikanten sie unbedenklich annehmen können.

— 10. Juli 1905, betreffend Annahme von Assistenten an den medizinischen Universitätsinstituten.

In der Regel sollen nur solche Mediziner als Assistenten angenommen werden, welche die Approbation als Arzt erhalten haben. Ausnahmsweise können auch geprüfte Kandidaten der Medizin, welche das praktische Jahr noch nicht abgeleistet haben, als Assistenten angestellt werden. Sie sind aber gleich den das praktische Jahr ableistenden Praktikanten zu behandeln, erhalten keine Remuneration, sondern nur freie Station, resp. an Stelle derselben eine Entschädigung von 600 M. Erst nach Beendigung des praktischen Jahres ist ihnen volle Remuneration zu zahlen.

— 19. August 1905, betreffend die Meldetermine für die pharmazeutischen Prüfungen.

Die Meldetermine werden für die Zukunft auf den 15. August bzw. 15. März jeden Jahres festgesetzt.

— 2. September 1905, betreffend Anrechnung der an nicht klinischen Instituten abgeleisteten Praktikantenzeit.

Diese Zeit kann nach dem Ermessen der Zentralbehörde bis zur Dauer von höchstens sechs Monaten, eventuell bis zur Hälfte der Dauer der im ganzen abzuleistenden Praktikantenzeit angerechnet werden. Ein Drittel der Praktikantenzeit muß der Behandlung innerer Krankheiten gewidmet sein.



**III. Verkehr mit Nahrungs- und Genußmitteln.**

Bekanntmachung, betreffend die Bekämpfung der Reblaus in einigen Weinbaugegenden. Vom 7. Juli 1905.

Nachdem die Unterdrückung der Reblaus für die Seuchengebiete in Thüringen, Sachsen und Elsaß-Lothringen als nicht mehr durchführbar erkannt ist, werden die gesetzlichen Maßregeln zur Bekämpfung der Reblaus für die bezeichneten Seuchengebiete beschränkt und detaillierte Bestimmungen zum Schutze des übrigen Weinbaus getroffen.

**IV. Impfwesen.**

Erlaß vom 20. Juli 1905, betreffend die Verhältnisse der Impfanstalten.

Die Impfanstalten unterstehen dem zuständigen Regierungs-, bzw. in Berlin dem Polizeipräsidenten. Sie sind ein Jahr um das andere durch den Fachreferenten des Ministeriums, in den dazwischen liegenden Jahren durch den Regierungs- und Medizinalrat zu besichtigen. Die Besichtigung hat sich auf den baulichen Zustand, Inventar, Listenführung, Gewinnung und Zubereitung des Impfstoffes zu erstrecken. Der Bericht über die Besichtigung ist bis zum 1. Dezember jeden Jahres einzusenden. Die Anstalten haben fortan die Bezeichnung „Königlich preußische Impfanstalt zu . . . .“ zu führen

**V. Serumprüfung.**

Die bakteriologischen Nachprüfungen des im Handel geführten Diphtherieserums haben ergeben, daß von 475 in der Zeit von Anfang April 1904 bis Ende Januar 1905 untersuchten Probenfläschchen aus deutschen Fabrikationsstätten nur zwei nicht keimfrei waren.

**VI. Gesundheitswesen.**

Erlaß vom 7. Juli, betreffend die Übertragung von Infektionskrankheiten durch gemeinsame Benutzung von Gebrauchsgegenständen.

Nach den vom Direktor des Instituts für Infektionskrankheiten bestätigten Untersuchungen Professor v. Esmarchs genügt gründliche Reinigung mit sterilisierten Tüchern nicht zur Beseitigung von Krankheitskeimen, wie z. B. der Diphtheriebakterien. Es ist dazu eine Behandlung mit zweiprozentiger Sodaauslösung von 50 Grad C. eine Minute hindurch erforderlich. Auf dem Wege öffentlicher und privater Belehrung soll eine zweckmäßige Behandlung der in Frage kommenden Gegenstände erstrebt werden.

**VII. Fürsorge für Kranke und Gebrechliche.**

Dem Verein ehemaliger Lazarettgehilfen der deutschen Armee in Berlin und Zweigvereinen des Vaterländischen Frauenvereins in Oeventrop, Ibbenbüren, Karolinensiel und Fürstenberg (Land) ist die Erlaubnis zum Gebrauche des Roten Kreuzes erteilt worden.

**VIII. Seuchenbekämpfung.**

Erlaß vom 21. Juli 1905, betreffend die Einreichung der Nachweisungen über die Erkrankungen an Pocken.

Die Wochennachweisungen sind in fortlaufender Reihenfolge nur bis zur Genesung, bzw. dem Tode des letzten Erkrankten, sowie dann, wenn es sich um epidemisches Auftreten handelt, einzureichen.

— 4. August 1905, betreffend die Verteilung von Druckschriften, Belehrungen zur Bekämpfung der Cholera enthaltend.

Es sind zwei solche Schriften erschienen: 1. Ratschläge für praktische Ärzte, 2. eine gemeinverständliche Belehrung. Die erstere ist sofort allen Ärzten zuzustellen, die zweite erst, wenn die Cholera in dem betreffenden Bezirk ausbricht, an die Bevölkerung zu verteilen.

— 9. August 1905, betreffend die Einreichung der Zusammenstellungen über Erkrankungen an Genickstarre.

Diese Zusammenstellungen sind fortan nicht mehr monatlich, sondern halbmonatlich einzureichen.

Erlaß vom 29. August 1905, betreffend die Bekämpfung der Cholera.

Anlässlich des Auftretens der Cholera im Weichselgebiet werden die diesbezüglichen früheren Bestimmungen in Erinnerung gebracht. Außerdem wird auf die Schrift: „Anweisung des Bundesrats zur Bekämpfung der Cholera vom 28. Januar 1904 nebst den dazu erlassenen preußischen Ausführungsvorschriften vom 12. September 1904“ hingewiesen.

— 1. September 1905, betreffend die Meldepflicht bei Choleraerkrankungen.

Die diesbezüglichen Erlasse vom 5. März 1903 und vom 18. Januar 1905 werden zur Nachachtung in Erinnerung gebracht.

— 1. September 1905, betreffend die Heranziehung von Ärzten zum Cholera-Überwachungsdienst.

Es wird angefragt, ob und welche jüngere Kreisärzte, bzw. kreisärztlich geprüfte Ärzte bei einer eventuellen Vermehrung der Überwachungsstellen gegen Erstattung der baren Auslagen bei Dienstreisen und ein Tagegeld von 20 M. zur sofortigen Verwendung bereit wären.

— 3. September 1905, betreffend Maßnahmen zur Bekämpfung der Cholera, welche der Genehmigung bedürfen.

Zu diesen Maßnahmen gehört die Entsendung bakteriologischer Sachverständiger zur Feststellung choleraverdächtiger Erkrankungen an Ort und Stelle und die Errichtung von Überwachungsstellen.

— 5. September 1905, betreffend die Berichterstattung über die Verbreitung der Cholera.

Neben den vorgeschriebenen täglichen Übersichten und wöchentlichen Nachweisungen sind kurze aber erschöpfende Berichte über Entstehung und Übertragung der Krankheit, über die Bekämpfungsmaßregeln usw. einzureichen. Dieselben sind abschriftlich an den Herrn Reichskanzler zu senden. Außerdem sind alle Meldungen und Berichte regelmäßig auch an das Kaiserliche Gesundheitsamt einzureichen.

**IX. Gewerbehygiene.**

Bekanntmachung vom 27. Juni 1905, betreffend Vorschriften etc. für die Betriebe des Maler- etc.-Gewerbes.

Die diesbezüglichen Vorschriften des Bundesrats betreffen Vorsichtsmaßregeln bei der Arbeit mit Bleifarben. Es ist ihnen ein „Blei-Merkblatt“ beigelegt, das Belehrungen über Erscheinungen und Verhütung der Bleivergiftung enthält.

**X. Wasserversorgung.**

Erlaß vom 7. Juli 1905, betreffend die Unterlagen für die zur Begutachtung kommenden Entwürfe von Wasserversorgungsanlagen.

Die für diese Entwürfe und die Prüfung der Anlagen wichtigen Punkte sind in einem Fragebogen zusammengestellt. Derselbe soll den Kreisärzten und sonstigen beteiligten Beamten zugestellt werden. Der Fragebogen behandelt folgende Punkte: Unterlagen, bestehende Wasserversorgung, Wassergewinnungsstelle, Wasserbedarf, vorhandene Wassermenge, technische Einzelheiten, Feuerlöschwesen, Kosten und weitere Erläuterungen.

**XI. Statistik.**

— 3. August 1905, betreffend Statistik der Heilbehandlung von Versicherten.

Diese Statistik ist für die Jahre 1900 bis 1904 im Reichsversicherungsamt bearbeitet. Die beteiligten Behörden und Beamten sind auf das Werk aufmerksam zu machen.

**XII. Bekämpfung der Kurpfuscherei.**

Anpreisung eines elektrischen Gürtels „Herculex“ durch die Sanden Electric Belt Compagnie in Paris.

Es wird darauf hingewiesen, daß dieser Gürtel nicht nur kein Universalmittel gegen bestimmte Krankheiten ist, sondern daß ihm überhaupt irgendwelche Heilwirkung nicht zugeschrieben werden kann.