

Die „Aerztliche 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.

Aerztliche

Alle Manuskripte, Mitteilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wullenweberstr. No. 4/5. Korrekturen, Rezensionen-Exemplare, Sonderabdrücke, Inserate und Beilagen an die Verlagsbuchhandlung.

Sachverständigen-Zeitung

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

Redaktion:

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

№ 23.

Ausgegeben am 1. Dezember.

Inhalt:

Originalien: Tetzner, Ein Fall von doppelseitiger hysterischer Nackenmuskelnkontraktur. S. 465. — Stempel, Welche Umstände lassen es notwendig erscheinen die soziale Gesetzgebung in den Lehrplan der gerichtlichen Medizin einzufügen? (Forts.) S. 467. — Herzfeld, Gutachten betreffend die Prüfung einseitig farben-schwacher Eisenbahnbediensteten. S. 468.

Referate. Allgemeines: Weymann, Die Einwirkung der Arbeit auf den Körper als Betriebsunfall. S. 470. — Pfeiffer, Die Impfklauseln in den Weltpolizen der Lebensversicherungsgesellschaften. S. 470. — Moritz, Über Lebensprognosen. S. 471. — Villaret, Körpergröße und Körpergewicht. S. 471.

Chirurgie: Pels-Lensden, Über abnorme Epithelisierung und traumatische Epitheleysten. S. 471. — Heine, Ein Fall von Myositis ossificans traumatica. S. 471. — Steche, Beiträge zur Kenntnis der kongenitalen Muskeldefekte. S. 471. — Fibich, Zwei Fälle von traumatischen Gelenkmäusen. S. 471. — Zesas, Über syringomyelische Schulterveränderungen. S. 471. — Broca, Über die Fraktur der oberen Portion des Humerus. S. 472. — Hand, Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der isolierten Luxationen des Radius. S. 472. — Hirsch, Beitrag zur Lehre von der isolierten subkutanen Fraktur einzelner Handwurzelknochen. S. 473. — Dumas, Ein Fall von Interposition des Lig. annulare in die Articulatio humero-radialis. S. 473. — Sauer, Die Heilungsergebnisse der Unterschenkelbrüche. S. 473. — Berger, Die Verrenkungen der Mittelfußknochen im Lisfrankschen Gelenk. S. 473. — Kirchner, Der zwanglose Gang, Wanderschritt, und die beim Gehen entstehenden Mittelfußknochenbrüche. S. 474.

Innere Medizin: Lohstein, Prostata und Trauma. S. 474. — Glücksmann, Die traumatischen Erkrankungen der oberen Speisewege und ihre Behandlung. S. 474. — Neuhaus, Zur Kasuistik post-traumatischer Magendarmstenosen. S. 475. — Teske, Die traumatische Psoriasis mit Rücksicht auf die Unfallheilkunde. S. 475. — Schreiber, Verwechslung zwischen Neurasthenie, Neuralgie,

Tabes dorsalis, Trauma und chronischem Rheumatismus. S. 475. — Weil, Die Entdeckung eines Seuchenherdes im Brucker Lager. S. 475. — Volkhausen, Der Unterleibstypus in Detmold im Sommer und Herbst 1904. S. 476. — Hyde, Syphilis as related to the Problems of Longevity. S. 476.

Hygiene: Flüge, Einige Vorschläge zur Verbesserung von Desinfektionsvorschriften. Heymann, Die Kontrolle der Desinfektions-Apparate. Reichenbach, Die Leistungen der Formaldehyd-Desinfektion. Steinitz, Über vereinfachte und improvisierte Formaldehyd-Desinfektion. Mosebach, Untersuchungen zur Praxis der Desinfektion. Speck, Hygienische Händedesinfektion. S. 476. — Kayser, Das Straßburger Verfahren der Formalindesinfektion. S. 477. — Kister und Schumacher, Untersuchung von pestverdächtigen Ratten aus in Hamburg eingelaufenen Schiffen. S. 477. — Herzog, Zur Frage der Pestverbreitung durch Insekten. Eine neue Spezies von Rattenfloh. S. 478. — Müller, Über den Nachweis von Typhusbazillen im Trinkwasser mittelst chemischer Fällungsmethoden, insbesondere durch Fällung mit Eisenoxyclorid. S. 478.

Aus Vereinen und Versammlungen. Gesellschaft für soziale Medizin. S. 478.

Gerichtliche Entscheidungen. Würdigung von ärztlichen Privatgutachten gegenüber den von gerichtlichen Sachverständigen erstatteten Gutachten. S. 479. — Verlust des Mittelfingers ist nicht als Verlust eines wichtigen Körpergliedes im Sinne des § 224 Str. G. B. anzusehen. S. 479.

Bücherbesprechungen und Anzeigen. S. 479.

Tagesgeschichte: Die Ausführungsbestimmungen zu dem Gesetze, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 28. August 1905. S. 480. — Untersuchungen über den Selbstmord. S. 482. — Ist ein Heilverfahren patentfähig? S. 483. — Ministerial-Erlasse. S. 483.

(Aus dem „Hermann-Haus“, Unfallnervenklinik der Sächsischen Baugewerks-Berufsgenossenschaft Stötteritz bei Leipzig, Hauptstr. 44, Chefarzt: Professor Dr. Windscheid.)

Ein Fall von doppelseitiger hysterischer Nackenmuskelnkontraktur.

Von
Dr. med. **Rudolf Tetzner**,
Assistenzarzt des Hermann-Hauses.

In der reichhaltigen Literatur über psychogene Kontrakturen im Gebiete der Halsmuskulatur findet man eine Menge Variationen der Kopfhaltung, die bedingt sind durch die verschiedenen Kombinationen der Muskeln zu einer Kontraktur. In der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle finden wir eine Beteiligung der Muskulatur der einen Seite an der Kontraktur, sind beide Seiten betroffen, so ist es meist die eine Seite stärker als die andere. Der unten beschriebene Fall von hysterischer

Nackenmuskelnkontraktur, bei dem beide Seiten völlig gleichmäßig von der Kontraktur betroffen waren, dürfte daher zu den großen Seltenheiten gehören; einen analogen Fall habe ich in der Literatur nicht auffinden können. Der Fall bietet zugleich durch die begleitenden Nebenumstände manches Interessante.

Er kam zur Beobachtung in der Unfallnervenklinik der Sächsischen Baugewerks-Berufsgenossenschaft „Hermann-Haus“ Stötteritz bei Leipzig,

Ich gebe im folgenden einen kurzen Auszug aus der Krankengeschichte:

P., Handarbeiter aus Ch., 21 Jahre alt.

Angeblich keine erbliche Belastung; keine Geschlechtskrankheiten, kein Schnaps, selten 1—2 Glas Bier. Vor 7 Jahren mit rechtem Zeigefinger in Maschine geraten, die II. und III. Phalanx des rechten Zeigefingers sind amputiert. Deswegen nicht Soldat. Nicht verheiratet.

Im September 1903 begann seine jetzige Krankheit mit Zucken und Schütteln des Kopfes, namentlich traten die

Zuckungen im Nacken auf, es wurde immer schlimmer, er hat trotzdem weiter gearbeitet bis Mai 1904; von da ab war es ihm völlig unmöglich zu arbeiten, da sein Kopf so stark nach hinten gezogen wurde, daß er die Arbeit nicht mehr sehen konnte; er war vom 3. Mai bis 6. Juni 1904 in ambulanter ärztlicher Behandlung, von 6. Juni bis 27. Oktober 1904 im Krankenhaus Ch.; ein Erfolg war nicht zu verspüren; vom 27. Oktober 1904 bis 28. Oktober 1905 war er ohne ärztliche Behandlung untätig zu Hause; am 28. Oktober 1905 wurde er ins Hermann-Haus zu Stötteritz bei Leipzig aufgenommen.

Er klagte bei der Aufnahme darüber, daß es ihm unmöglich sei, den Kopf nach vorn zu bewegen, er müsse, um herumlaufen zu können, beständig beide Hände gefaltet hinter dem Kopfe tragen, um so den Kopf so weit nach vorn zu ziehen, daß er wenigstens nach vorn zu blicken könne, da sonst seine Augen direkt nach oben gerichtet seien, außerdem habe er Schmerzen in den Muskeln seitlich am Halse, Schmerzen in beiden Schultern und Oberarmen.

Die Untersuchung ergibt einen mittelgroßen, kräftig gebauten jungen Mann von normalem Knochenbau, mäßigem Fettpolster, ruhigem Gesichtsausdruck; das psychische Verhalten ist normal. Schädel ohne Narben, Ohrläppchen angewachsen. Keine Klopfempfindlichkeit des Schädels, Orbitalpunkte nicht schmerzhaft. Pupillen etwas über Mittelweite, gleich, rund, reagieren prompt und ausgiebig auf Lichteinfall und Konvergenz. Augenbewegungen gleichmäßig und ausgiebig. Sehvermögen normal, Farbsehen normal, Augenhintergrund ohne pathologischen Befund, Gesichtsfeld nicht eingeengt; Geruch, Geschmack, Gehör normal, Facialis gleich innerviert, Zunge gerade, gut beweglich, nicht belegt, ruhig, Gaumen etwas steil. Uvula gerade, Gaumenbögen heben sich gleichmäßig und genügend. Sensibilität der Kopf- und Gesichtshaut normal. Extremitäten völlig ausgiebig beweglich, von gleicher Muskulatur, die II. und III. Phalanx des rechten Zeigefingers sind amputiert. Auf dem Dorsum der I. Phalanx des linken Zeigefingers eine kleine Hautnarbe (Beilhieb). Rohe Kraft gut. Feinschlägiger Fingertremor. Gang ohne Besonderheiten. Kein Romberg, geringes Lidflattern.

Bindehautreflexe vorhanden, Gaumenreflex vorhanden, Patellarsehnenreflexe gesteigert, gleich, Plantar-, Bauchdecken-, Kremasterreflexe normal, Fußklonus angedeutet. Sensibilität normal; Dermographie gering, keine Druckpunkte. Abdomen, Bruchpforten, Genitalien ohne Besonderheiten.

Brustkorb 86 : 90, dehnt sich gleichmäßig aus, Lungengrenzen nicht erweitert, Herzdämpfung nicht vergrößert. Töne rein, Puls 112, regelmäßig, Arterien gering verhärtet, eben sichtbar pulsierend.

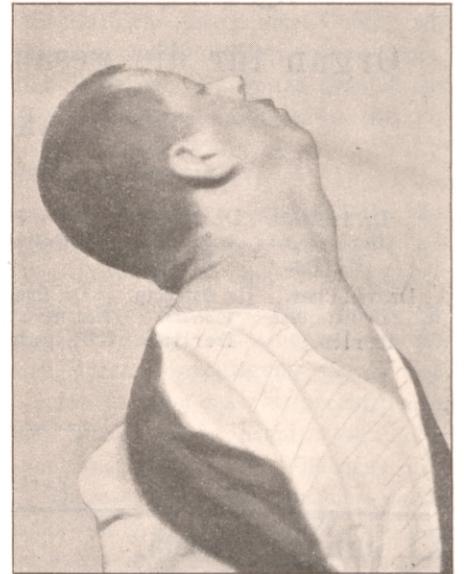
Brust- und Lendenwirbelsäule gerade, gut beweglich, nicht klopfempfindlich.

Der Kopf wird extrem nach hinten gestreckt gehalten, das Gesicht sieht vollständig nach oben, da-

bei ist der Kopf keiner Schulter mehr genähert, siehe Abbildung. Durch die Hautfalten des Nackens fühlt man die kontrahierten Nackenmuskeln. Druck auf die Nackengegend ist nicht schmerz-

haft. Beide Schilddrüsenlappen sind in mäßigem Grade vergrößert und treten bei dieser Kopfhaltung natürlich mehr als gewöhnlich hervor. Aktiv ist nur ein ganz minimales Beugen des Kopfes möglich, dagegen ge-

lingen Seitwärtsdrehungen des Kopfes relativ gut. Bei dem Versuche, den Kopf passiv zu beugen, treten heftige klonisch-tonische Krämpfe in der Nackenmuskulatur auf und es gelingt nur mit Aufbietung aller Kräfte, den Kopf nach vorn zu beugen, dabei erweist sich die Halswirbelsäule völlig intakt, krankhafte Veränderungen an Haut, Muskeln, Bändern, Knochen und Gelenken sind nicht festzustellen.



Bei dem geringsten Nachlassen der Kraft federt der Kopf, wie von einer starken Gummimasse gezogen, wieder in seine Stellung zurück, auch passiv ist eine weitere Überstreckung des Halses nicht zu erreichen. Elektrisch völlig normales Verhalten der Muskulatur. Gibt man dem Patienten auf, die Hände hinter dem Kopfe zu falten, so beugt er aktiv, noch ehe die Hände den Kopf berühren, diesen ziemlich erheblich und so weit, daß die Augen fast völlig horizontal nach vorn blicken.

Beim Essen und Trinken hält er mit der linken Hand den Kopf nach vorn, mit der rechten führt er die Speisen und Getränke zum Mund; die Speisen müssen ihm mundgerecht vorgesetzt werden, da er sie auf dem Tisch nicht sehen und infolgedessen nicht zuschneiden kann.

Diese Kopfhaltung ist eine ganz beständige und erfährt nur in der Ruhe eine ganz geringe Besserung, um bei jeder leichten Erregung, beim Versuche, den Kopf zu beugen, beim Gehen sich wieder zu verschlechtern. Im Schlafe liegt er auf dem Rücken, meist eine Hand hinter dem Kopfe haltend, ohne den Kopf völlig zu beugen.

Die häufigen Untersuchungen ergaben stets den gleichen Befund, der Zustand trotzte allen therapeutischen Maßnahmen.

Es dürfte wohl keinem Zweifel unterliegen, daß wir es hier mit einer doppelseitigen hysterischen Kontraktur der Nackenmuskeln zu tun haben. In hohem Grade auffällig ist das vollständige Fehlen anderer hysterischer Symptome, ein Umstand, der der allgemeinen Erfahrung zuwiderläuft. Oppenheim schreibt in seinem Lehrbuch der Nervenkrankheiten, 1905: „Wesentlich gestützt wird die Diagnose durch die in diesen Fällen fast nie fehlenden anderweitigen Symptome der Hysterie“.

Im vorliegenden Falle handelt es sich um ein offenbar neuropathisch veranlagtes Individuum, dessen leichte nervöse Erregbarkeit sich durch die gesteigerten Patellarsehnenreflexe, den Fußklonus, das Lidflattern, den feinschlägigen Fingertremor und die Pulsbeschleunigung kund geben.

Was den Fall vor anderen bemerkenswert erscheinen läßt, ist das beiderseitige Auftreten der hysterischen Kontraktur bei völligem Fehlen anderweitiger hysterischer Symptome.

Welche Umstände lassen es notwendig erscheinen, die soziale Gesetzgebung in den Lehrplan der gerichtlichen Medizin einzufügen?

Von

Dr. Walther Stempel,

dirigierender Arzt des Diakonissen-Krankenhauses Bethlehem und Sachverständiger der Arbeiterschiedsgerichte in Breslau.

(Fortsetzung.)

Wir beginnen zunächst mit der Invalidenversicherung.

Bevor wir uns jedoch mit den einzelnen, den Arzt interessierenden Gesetzesvorschriften befassen, ist es von Wichtigkeit, zu wissen, in welcher Weise denn überhaupt die Rentenansprüche erhoben werden müssen und welches die behördlichen Organe sind, welche mit der Ausführung der Invalidenversicherung betraut sind.

Gerade hierin muß der Arzt vollkommen unterrichtet sein, er vermag am eingehendsten und besten zu beurteilen, wenn jemand der Rente bedürftig wird, und soll dann seine in dieser Beziehung meist vollkommen unwissenden Patienten in richtiger Weise belehren und ihnen die Erlangung der Rente erleichtern helfen, umgekehrt aber bei ungerechtfertigten Ansprüchen von vornherein denselben energisch entgegentreten.

Der Antrag auf Rente wird demnach bei der für den Wohnort des Betroffenen zuständigen unteren Verwaltungsbehörde oder einer Rentenstelle eingebracht.

Die untere Verwaltungsbehörde ist in größeren Städten der Magistrat, sonst das Landratsamt des betreffenden Kreises.

Rentenstellen werden zur Erleichterung der Erreichung einer Rente nach Bedarf eingerichtet und wird das Bestehen solcher ausreichend bekannt gemacht.

Von der unteren Verwaltungsbehörde bzw. der Rentenstelle wird der Antrag nach gehöriger Prüfung aller einschlägigen Verhältnisse an die Versicherungsanstalt weiter gegeben.

Zu der Prüfung dieser Verhältnisse gehört nun auch die Einholung des ärztlichen Gutachtens.

Um bei derselben möglichst unparteiisch zu verfahren, wird es den Antragstellern freigestellt, den Arzt ihrer Wahl zu bezeichnen, welcher denn auch gewöhnlich, sofern nicht schwerwiegende Bedenken gegen denselben vorliegen, zur Abgabe des Gutachtens gewählt wird.

Der Antrag geht alsdann von der unteren Verwaltungsbehörde an die zuständige Versicherungsanstalt.

Diese Anstalten haben ihren Sitz gewöhnlich in der Hauptstadt der einzelnen Provinzen bzw. Bundesstaaten.

Berlin hat außerdem eine eigene Versicherungsanstalt neben der der Provinz Brandenburg.

Die Versicherungsanstalt nimmt nun eine weitere und zwar sehr genaue Prüfung des Antrages vor.

Sämtliche Anstalten Deutschlands besitzen jetzt wohl ausschließlich eigne Vertrauensärzte, welchen die Durchsicht und Beurteilung der sämtlichen eingegangenen ärztlichen Gutachten obliegt.

Auf diese Weise werden, da die betreffenden Ärzte auf dem ihnen unterstellten Gebiet nach jeder Richtung hin bewandert sind, sicherlich schon eine große Menge von Anträgen abgelehnt, bei welchen die aus dem ärztlichen Befund gezogenen Schlußfolgerungen in bezug auf die noch bestehende Arbeitsfähigkeit nicht den üblichen Voraussetzungen entsprechen; bei der hiesigen Versicherungsanstalt ist es auch seit deren Bestehen gebräuchlich, unklar liegende Fälle nach Breslau zu bestellen und nochmals durch die Vertrauensärzte nachuntersuchen bzw. beobachten zu lassen.

Allein die Kosten für dieses Verfahren sind außerordentlich groß, es ist darum beim besten Willen nicht möglich, die Nachuntersuchungen am Ort der Versicherungsanstalt noch weiter auszudehnen.

Es müssen dann die beamteten oder sonst in der Begutachtung erfahrenen Ärzte zu den Nachuntersuchungen herangezogen werden. Hierdurch entstehen gleichfalls noch sehr erhebliche Mehrausgaben, die sich bei allgemeiner Kenntnis der für die Rentenbewilligung notwendigen Unterlagen durchweg vermeiden ließen.

Aber die Versicherungsanstalt kann nicht allein ein definitiv entscheidendes Urteil über die Ablehnung eines Antrages fällen, sie kann denselben wohl ablehnen, dem Antragsteller steht jedoch alsdann das Recht der Berufung an zwei höhere Instanzen zu.

Die Erfahrung der letzten Jahre hat nun deutlich gezeigt, daß von dem Recht der Berufung der ausgiebigste und unumschränkteste Gebrauch gemacht wird.

Man kann es wohl als Regel annehmen, daß jeder von der Versicherungsanstalt Abgewiesene die höheren Instanzen in Anspruch nimmt, ist doch das Verfahren für den Antragsteller vollkommen kostenlos.

Auch hierdurch wird eine ganz enorme Steigerung der Kosten und Ausgaben bedingt, welche selbstverständlich alle von der Versicherungsanstalt getragen werden müssen.

Die nächst höhere Instanz nach der Versicherungsanstalt ist das Schiedsgericht, welches in den Hauptstädten der einzelnen Regierungsbezirke seinen Sitz hat.

Es wird gebildet von einem Vorsitzenden, einem höheren Verwaltungsbeamten und vier Beisitzern, zwei aus der Reihe der Arbeitgeber, zwei aus der Reihe der Arbeitnehmer.

Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden.

Die Berufung an das Schiedsgericht muß innerhalb vier Wochen, vom Tage der Zustellung des ablehnenden Bescheides an erfolgen, widrigenfalls dieselbe ungültig ist.

Das Schiedsgericht wählt sich alle Jahre in seiner ersten Sitzung die ärztlichen Sachverständigen für das betreffende Jahr, es können dem Schiedsgericht hierzu Vorschläge von seiten der Ärztekammern gemacht werden, es entscheidet jedoch ganz selbständig nach dieser Richtung hin. Die Sachverständigen werden aber aus den Reihen der älteren und in der Begutachtung erfahrenen Ärzte ausgewählt.

Die von ihnen geforderten Gutachten werden meist nach Untersuchung bzw. genauer Beobachtung der Kläger schriftlich abgegeben, dies Verfahren ist meiner Ansicht nach das einzig richtige, denn zur gerechten Beurteilung eines Invalidenrentenanwärters gehört eine sehr eingehende Untersuchung, die zweckdienlich unmöglich in einem Termin vorgenommen werden kann, in welchem eine größere Anzahl von Personen der Untersuchung harren.

Dieses Verfahren wird zwar stellenweise auch noch bei einzelnen Schiedsgerichten gehandhabt, muß aber aus den angeführten Gründen ärztlicherseits als durchaus unzweckmäßig erachtet und dessen Beseitigung angestrebt werden.

Gegen das Urteil des Schiedsgerichts steht nun beiden Parteien, sowohl der Versicherungsanstalt als auch dem Versicherten das Recht der weiteren Berufung beim Reichsversicherungsamt zu.

Auch hierbei ist es notwendig, daß die Berufung innerhalb vier Wochen, vom Tage des ablehnenden Bescheides an eingelegt wird.

Während jedoch beim Schiedsgericht die Berufung nach jeder Art Ablehnung möglich ist, kann die Revision beim Reichsversicherungsamt nur darauf gestützt werden, daß erstens die angefochtene Entscheidung auf der Nichtanwendung oder auf der unrichtigen Anwendung des bestehenden Rechtes oder auf einem Verstoße wider den klaren Inhalt der Akten beruhe, zweitens daß das Verfahren an wesentlichen Mängeln leide.

Die nicht genügende Beachtung und Würdigung ärztlicher Gutachten, vor allem solcher von seiten des behandelnden Arztes oder auch von Autoritäten, ist von seiten des Reichsversicherungsamtes vielfach als ein wesentlicher Mangel angesehen worden.

Was nun die Art der Rentenbewilligung anbelangt, so besagt § 15 des Invalidengesetzes, daß Invalidenrente ohne Rücksicht auf das Lebensalter derjenige erhält, welcher dauernd erwerbsunfähig ist.

Es wird demnach dem Versicherten vom Tage der dauernden Erwerbsunfähigkeit an eine Rente ausgezahlt, deren Höhe sich nach dem Arbeitsverdienst richtet, welcher behördlicherseits für die einzelnen Berufsarten und Kreise festgesetzt ist.

Diese Rente ist demnach ein- für allemal in einer bestimmten Höhe festgelegt, je nach der Höhe des Arbeitsverdienstes und wird nicht wie im Unfallverfahren nach Prozenten bestimmt.

Wenn eine Person durch Krankheit als erwerbsunfähig anzusehen ist, besagt der Absatz 4 des § 5, sie ist es demnach dann, wenn sie nicht mehr imstande ist, infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen durch eine ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechende Tätigkeit, die ihr unter billiger Berücksichtigung ihrer Ausbildung und ihres bisherigen Berufs zugemutet werden kann, ein Drittel desjenigen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen.

Diese beiden Paragraphen sind für den Mediziner weitaus die wichtigsten des ganzen Gesetzes, ihre sinngemäße und richtige Auslegung ist jedoch eine ungemein schwere.

Sie ist nur demjenigen in gewissenhafter Weise möglich, der alle die auf diese Paragraphen bezüglichen Entscheidungen und Erlasse des Reichsversicherungsamtes kennt.

Das ist aber meiner Erfahrung nach nur eine ungemein beschränkte Anzahl von Ärzten, während es gerade die Unkenntnis dieser Kommentare ist, welche die sich fast ins ungeheure steigenden Rentenbewilligungen bedingt.

Es würde den Rahmen dieser Arbeit weit überschreiten, wollte ich nur mit einer mäßigen Gründlichkeit auf alle die verschiedenen Bestimmungen eingehen, welche in sachgemäßer Auslegung dieser Paragraphen festgesetzt worden sind, ich muß mich hier mit einigen der wichtigsten Ausführungen begnügen.

So wird vielfach von seiten der Ärzte angenommen, daß ein für seinen bisherigen Beruf untauglicher Mensch, z. B. ein Maurer, welchem wegen Verkalkung der Schlagadern und hierdurch bedingten leichten Schwindelanfällen das Besteigen von Gerüsten und Leitern unmöglich ist, nun auch als arbeitsunfähig im Sinne des Gesetzes anzusehen ist.

Dies ist jedoch keineswegs der Fall, denn nach ausdrücklichen Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes ist Berufsunfähigkeit nicht auch alsbald ohne weiteres Invalidität im Sinn des Gesetzes.

Diese Behörde hat vielmehr bestimmt, daß der Anspruch auf Invalidenrente nur dann begründet ist, wenn der Versicherte nicht nur in seinem Berufe, sondern überhaupt durch irgendwelche seinen Kräften und Fähigkeiten entsprechende Lohnarbeit die Mindestverdienstgrenze nicht mehr erreichen kann.

Um bei dem angegebenen Beispiel zu bleiben, so kann ein an leichten Schwindelanfällen leidender Maurer sehr wohl noch die mannigfachsten Arbeiten verrichten, bei welchen er nicht gezwungen ist, Gerüste oder Leitern zu besteigen, er kann auf dem herrschenden Arbeitsmarkt, besonders auch in der Landwirtschaft, sich noch mit so zahlreichen Arbeiten in einem ungefährdeten Betriebe befassen, daß er seine Mindestverdienstgrenze meistens noch erreichen wird.

Selbstverständlich wird man bei derartigen Fällen neben dem objektiven Krankheitsbefund auch noch die verschiedensten

andern Faktoren zu berücksichtigen haben, als Grundsatz muß aber festgestellt werden, daß Berufsunfähigkeit nicht ohne weiteres Invalidität im Sinn des Gesetzes bedingt.

Vielfach wird dann weiterhin von den Ärzten in ihren Gutachten noch der Einwand gemacht, daß der Untersuchte zwar zu einer ganzen Reihe gewisser Arbeiten noch tauglich erscheint, da derartige Arbeiten jedoch am Ort des Antragstellers nicht zu haben seien, so müsse er als erwerbsunfähig angesehen werden.

Auch diese Auffassung, welche ich wiederholentlich in ärztlichen Gutachten gelesen habe, ist eine durchaus irri- ge.

Das Reichsversicherungsamt hat ausdrücklich in vielfachen Entscheidungen darauf hingewiesen, daß die Aufgabe des Gesetzes nicht in einer Versicherung gegen Arbeitslosigkeit bestehe, sondern lediglich gegen Erwerbsunfähigkeit.

Der Gesetzgeber hat somit die Fälle im Auge gehabt, in welchen die Möglichkeit zur Ausübung einer Erwerbstätigkeit infolge des stetigen Auf- und Niederganges der Erwerbszweige allgemeinen örtlich und zeitlich mit einer gewissen Regelmäßigkeit wiederkehrenden Schwankungen unterliegt, deren Nachteil aber die arbeitende Bevölkerung durch Übernahme von Arbeit an anderen Plätzen oder auf anderen Feldern in gewissem Umfange zu begegnen in der Lage ist.

Es ist hiermit gesagt, daß jemand, der nur noch zu gewissen, in seinem Wohnort nicht erhältlichen Arbeiten tauglich ist, noch nicht ein und für allemal darum als erwerbsunfähig im Sinn des Gesetzes anzusehen ist.

So lange sich demselben die Möglichkeit bietet, ohne schwerwiegendste Umwälzungen derartige Arbeiten an einem anderen Orte zu erlangen, kann eine dauernde Erwerbsunfähigkeit nicht angenommen werden.

Die sowohl durch das Invaliden- als auch das Unfallgesetz notwendigen, von den einzelnen Arbeitgebern bei Prüfung der Anträge geforderten Lohnlisten und Aufstellungen über den Verdienst durch Arbeiten der verschiedensten Art haben das Gute mit sich gebracht, daß man jetzt vollkommen darüber orientiert ist, wie viel in den einzelnen Betrieben im Jahr durch Lohnarbeiten leichter, mittelschwerer und schwerer Art verdient werden kann.

Demnach muß es jetzt als sicher angenommen werden, daß ein Mensch, der selbst nur leichte Lohnarbeiten noch andauernd verrichten kann, auch in weitaus den meisten Fällen noch vollkommen imstande ist, seine vom Gesetz vorgeschriebene Mindestverdienstgrenze zu erlangen, welche bei uns in Schlesien ungefähr zwischen 60 und 400 M. schwankt.

Die niedrigen Verdienstgrenzen gelten für Frauen in landwirtschaftlichen Betrieben, die höheren für Männer derselben Berufsart oder Frauen in größeren Städten und Fabriken, die höchsten für Männer in Großstädten oder ausgedehnten gewerblichen Betrieben, besonders im Bergbau.

Diese kurzen Andeutungen mögen genügen, um darzutun, von wie mannigfachen Bedingungen die Beurteilung der noch verbliebenen Erwerbsfähigkeit eines Menschen abhängig ist, sie werden aber auch beweisen, daß ohne die intimste Kenntnis sämtlicher Kommentare eine gerechte Beurteilung absolut unmöglich ist.

(Schluß folgt.)

Gutachten betreffend die Prüfung einseitig farbenschwacher Eisenbahnbediensteten.

Von
Sanitätsrat Dr. G. Herzfeld.

Am 25. Oktober 1905 hat der Bahnarzt Herr Dr. N. in H. folgende Eingabe der Königlichen Eisenbahndirektion Halle a. S. unterbreitet:

„Bei den Untersuchungen der neuanzustellenden Leute auf Farbenunterscheidungsvermögen ist es mir aufgefallen, daß die Fähigkeit, Farben zu unterscheiden, mitunter, wenn auch selten, nicht gleich auf beiden Augen ist. In einem Falle, der aus anderen Gründen abgewiesen werden mußte, bestand sogar auf einem Auge eine ausgesprochene Grünblindheit, während das andere Auge normal Farben unterschied. Ich finde meine Beobachtung in der neuesten Literatur bestätigt.

Bei der außerordentlichen Wichtigkeit eines normalen Farbenunterscheidungsvermögens auf beiden Augen erlaube ich mir den Antrag, eine Verfügung dahingehend erlassen zu wollen, daß, analog der Prüfung der Selschärfe, auch die des Farbensinns für bestimmte Kategorien von Beamten auf jedem Auge einzeln fortan vorgenommen wird (Zug-, Lokomotiv- und Bahnwärterpersonal, sowie Stationsbeamte im Außendienst).“

Unter dem 7. November 1905 forderte mich die Königliche Eisenbahndirektion zu einer gutachtlichen Äußerung über diesen Antrag auf.

Ehe ich mein Gutachten abgebe, muß ich bei der Wichtigkeit des Antrages und bei der großen Tragweite desselben auf die Sache selbst eingehen.

Sind die Beobachtungen N.'s richtig und wenn, unter welchen Verhältnissen treten sie in die Erscheinung?

Daß Verhältnisse vorkommen, in denen Menschen ein verschiedenes Farbenerkenntnisvermögen auf jedem Auge haben, ist unzweifelhaft festgestellt. Es ist sogar von Physikern experimentell erzeugt worden durch Vorhalten verschieden gefärbter Gläser. Dove sagt in seiner „Darstellung der Farbenlehre“ (Berlin 1853): Wenn man dem rechten Auge eine andere Farbe darbietet als dem linken, sahen einige eine Farbe nach der andern, einige farbige Flecken der einen neben farbigen Flecken der anderen, endlich einige die aus beiden Farben entstehende Mischungsfarbe.

Und weiter: Hält ein solcher Beobachter vor das eine Auge ein farbiges Glas, vor das andere ein andersfarbiges, so stellt er den Augen die Aufgabe, die gleiche Akkomodation beider oder wenigstens das Verhältnis derselben unter der Voraussetzung, daß sie für beide Augen nicht gleich sei, zu verändern, und da dieser Aufgabe nicht genügt werden kann, so werden sich die Bilder nicht decken, sondern aus sich kreuzenden Richtungen auf eine Fläche projiziert werden, die nicht im Durchschnittspunkt beider Richtungen liegt.

Auf der Brüsseler Konferenz im Jahre 1897 machte Lantshere darauf aufmerksam, daß die farbigen Signale nicht auf gleiche Entfernungen zu erkennen sind, was auch schon Dove erwähnt, indem er nachweist, daß rot unter einem spitzeren Winkel gesehen wird als grün. Sind nun beide Augen nicht von gleicher Sehschärfe, so muß natürlich rot von dem Auge, das eine größere Sehschärfe besitzt, eher erkannt werden, als von dem mit geringerer Sehschärfe ausgestatteten Auge. Auch hierin kann man eine Gefahr für die Sicherheit des Betriebes erblicken.

Um zu erfahren, welche Auffassung die neueren Physiologen über die vorliegende Frage haben, wandte ich mich an Herrn Professor Nagel an dem physiologischen Institut der Universität. Dieser war so liebenswürdig, mir in einem längeren Schreiben zu antworten. Er sagt:

„Es werden in der älteren Literatur (der 70er oder 80er Jahre) 2—3 Fälle von einseitiger Farbenblindheit beschrieben. Es liegen aber keine sicheren Anhaltspunkte dafür vor, daß diese Störung angeboren war, ich möchte das sogar fast bezweifeln. Theoretisch könnte man ja sagen, es würde ein gutes, farbtüchtiges Auge für gewöhnlich ausreichen, da es mit dem farbenblinden Auge nicht in Widerspruch geraten, sondern dieses eher ergänzen würde. In der Praxis würde ich

aber auch dafür sein, Leute, die auch nur auf einem Auge Farbensinnstörung haben, vom Eisenbahndienste zurückzutreiben, weil die Wahrscheinlichkeit groß ist, daß es sich um erworbene Fehler handelt (Intoxikation durch Alkohol, Tabak oder Optikusatrophie).“

Wir sind hiermit schon zu der zweiten zu besprechenden Frage übergegangen: Unter welchen Verhältnissen tritt einseitige Farbenblindheit auf?

Sowohl die Physiker wie die Physiologen als auch die Spezialaugenärzte stimmen darin überein, daß bei einseitiger Farbenblindheit jedes Auge ein verschiedenes Brechungsvermögen haben muß, daß eine ungleiche Akkomodation beider Augen besteht. Hervorgerufen kann dieser Fehler sein durch Bildungsfehler oder durch krankhafte Vorgänge. Ersteres ist bis jetzt nicht erwiesen, letzteres durch die verschiedensten Erkrankungen bewirkt. Hierhin gehören Störungen des Zentralorgans, des Gehirns, Störungen der Netzhaut und toxische Einflüsse. Auf jeden Fall also krankhafte Einflüsse. Hierauf macht auch der Antragsteller aufmerksam, indem er schreibt: „In einem Falle, der aus anderen Gründen abgewiesen werden mußte, usw.“ Er sagt zwar nicht, welches diese anderen Gründe sind, jedoch liegt es auf der Hand, daß körperliche Untüchtigkeit zur Abweisung geführt hat. Daß diese selbe körperliche Untüchtigkeit die einseitige Farbenblindheit erzeugt haben könnte, ist dem Antragsteller entgangen.

Wie gestaltet sich nun das Farbenempfindungsvermögen beim Gebrauch beider Augen des einseitig Farbenblinden?

Wir haben oben gesehen, daß vier Möglichkeiten vorliegen. Entweder sieht der so Leidende beide Farben hintereinander oder nacheinander oder gemischte Farben (Dove) oder das Erkenntnisvermögen des normalen Auges ist verstärkt (Nagel). In allen Fällen, mit Ausnahme des letzten, wird der fehlerhaft Beanlagte stets zu unsicheren Schlüssen kommen, da es für ihn unentschieden bleibt, welches Auge denn die rechte Farbe gesehen hat. Aber auch im letzten Falle wird ein solcher Beamter untauglich sein, da er nur auf den Gebrauch des normal-sichtigen Auges angewiesen ist, er befindet sich also in der Lage eines auf einem Auge Erblindeten. Da nun bei dem gefahrbringenden Beruf eines Eisenbahnbediensteten sehr leicht durch Staub oder sonstige Vorgänge das gesunde Auge unbrauchbar werden kann, so entsteht die Gefahr, einen Beamten im Dienst zu haben, der ganz geblendet ist.

Magnus (Die Untersuchung der optischen Dienstfähigkeit des Eisenbahnpersonals, Breslau 1898) sagt:

2. Jeder, auch der geringste Fehler des Farbensinns (unvollständige Farbenblindheit, schwacher Farbensinn), macht den Eintrittsprüfling vollkommen dienstuntauglich.

Diesem Grundsatz stimmt auch der Antragsteller bei. Um nun diesem grundlegenden Verlangen Rechnung zu tragen, wird der Antrag gestellt,

Analog der Prüfung der Sehschärfe auch die des Farbensinnes für bestimmte Kategorien von Beamten auf jedem Auge einzeln vornehmen zu lassen.

Wie oben ausgeführt, kommt die einseitige Farbenblindheit nur beim Bestehen entweder in die Augen springender anderer körperlicher Gebrechen vor oder bei Augenerkrankungen selbst. Körperliche Gebrechen, mit welchen einseitige Farbenblindheit verbunden sind, sind so schwerer Natur, daß die Ausschließung vom Dienst selbstverständlich ist. Augenerkrankungen aber müssen, da ja die Prüfung der Sehschärfe der des Farbensinnes vorausgeht, den Untersucher schon darauf aufmerksam gemacht haben, daß auch der Farbensinn gelitten haben muß. Außerdem muß, wie oben gezeigt, bei verschiedener Farbenempfindung die Pupille des einen Auges anders eingestellt sein, d. h. die Pupillen

müssen eine ungleiche Weite haben, eine Tatsache, die jeden Untersucher schon zu der größten Aufmerksamkeit verpflichtet.

Nach all dem Angeführten komme ich zu folgendem Gutachten:

Die Beobachtung des Antragstellers, daß einseitig Farbenblinde vorkommen, ist richtig. Da aber dieses Vorkommen stets von anderen krankhaften Erscheinungen abhängig ist, welche entweder bei der Körperuntersuchung oder bei der vorher vorzunehmenden Prüfung der Sehschärfe deutlich erkennbar sind und zur Ablehnung eines Neueinstellenden bzw. zur Zurückziehung eines zur Wiederholungsprüfung gelangenden Beamten führen müssen, so ist eine Verordnung, jedes einzelne Auge auf Farbensinn zu prüfen, eine unnütze Vermehrung der Untersuchungsmaßregeln und kann daher der Antrag nicht befürwortet werden.

Referate.

Allgemeines.

Die Einwirkung der Arbeit auf den Körper als Betriebsunfall.

Von Reg.-Rat Dr. Konrad Weymann.
(Die Arbeiterversorgung. 22. Jahrg. Nr. 26.)

Nach unserer Rechtsprechung ist ein Betriebsunfall durch die Einwirkung der bloßen Arbeit gegeben, wenn sie besonders schwer ist und im Mißverhältnis zu den Kräften des Arbeiters steht. Aber auch die gewöhnliche Arbeit kann Ursache eines Betriebsunfalles werden, wenn dabei oder dadurch ungünstige Umstände eintreten, z. B. wenn sich ein Arbeiter durch eine schnelle Bewegung eine Verletzung, Brucheinklemmung usw. zuzieht. Dagegen ist es zweifelhaft, ob ein Betriebsunfall angenommen werden darf, wenn die gewöhnliche Arbeit an sich, ohne zufällige Komplikationen auf einen bereits kranken Organismus einwirkt, so daß das Leiden verschlimmert wird — sofern die Arbeit nur den Charakter eines plötzlich schädigenden Ereignisses hat. Verfasser führt einige Entscheidungen des R. V. A. an, in denen diese Frage bejaht und die Rente bewilligt wurde. Denen steht indes eine andere Reihe gegenüber, in der ebenso grundsätzlich und klar der entgegengesetzte Standpunkt zur Geltung kam. Die Entscheidungen variieren, je nachdem entweder die Arbeit und deren Betrieb, oder die vorhandene Gebrechlichkeit, Krankheitsanlage oder Krankheit als Ursache der Beschädigung angenommen sind. Eine allgemeine Stellungnahme des R. V. A. liegt nicht vor. Rosin stellt sich auf den Standpunkt, daß ein Unfall gegeben ist, wenn z. B. ein Herzschlag, eine Lungenblutung oder ein Bruch bei einem dazu disponierten Arbeiter unter Umständen eintritt, unter denen die Betriebsarbeit ein höheres Maß von Anstrengung erfordert, als bei den Tätigkeiten des gewöhnlichen Lebens. Abgesehen von der Unbestimmtheit dieses Begriffes ist nach Verfasser der R.'schen Definition auch deshalb nicht beizutreten, weil in einem durch Krankheit vorbereiteten Körper der Anteil der Krankheit für die Schädigung bestimmender ist, als der der Arbeit (? Ref.). Es widerspricht dem Wesen der Sache, wenn man als Unfall einen Zusammenbruch bewertet, der unausbleiblich ist, wenn überhaupt gearbeitet wird. In solchem Falle kann von einem Unfall um so weniger die Rede sein, weil auch der Tatbestand des Zufälligen fehlt — der Durchkreuzung des natürlichen Ablaufes der Arbeit durch eine von außen kommende Gewalt „Accident“. Es handelt sich vielmehr um die natürliche Rückwirkung der Funktionen auf den Körper. Niemand wird den apoplektischen Insult für einen Unfall ansehen, der den an Arteriosklerose Leidenden etwa beim Spazierengehen oder Treppensteigen trifft — sondern lediglich als das Endglied einer

Kette von inneren Entartungen. Anders liegt die Sache, wenn ein schonungsbedürftiger Arbeiter durch ein plötzlich auftretendes Erfordernis von Arbeitskräften oder durch höheren Befehl gezwungen wird, auf die nötige Schonung zu verzichten. Da liegt eine vom Normalen abweichende Einwirkung vor; wenn dann durch die Arbeit ein vorhandenes Leiden zum Durchbruch gebracht wird, so ist das ein Betriebsunfall. Verfasser schlägt folgende Definition vor:

„Wenn die gewöhnliche, in ihrer Schwere nicht oder nicht in außergewöhnlichem Maße gesteigerte Betriebsarbeit, sie sei an sich leicht oder schwer, ohne Mitwirkung besonderer, ungünstiger Umstände zum Abschluß einer vorhandenen Krankheitsentwicklung geführt hat, so liegt Betriebsunfall nicht vor.“

Von der Annahme dieses Grundsatzes verspricht er sich eine Klärung der Sachlage, namentlich z. B. bei der Hernienbeurteilung, deren Grundlage noch immer unsicher ist. — Ich kann diese Hoffnung nicht teilen. Auch die vorgeschlagene Definition läßt subjektiven Erwägungen einen umfassenden Spielraum: Schwere, außergewöhnliches Maß, ungünstige Umstände, bieten keinen allgemein gültigen Maßstab. Der wird auch nie zu gewinnen sein, da wir Menschen beurteilen, nicht Maschinen. Die Militärverwaltung erkannte in der Dienst-anweisung von 1877 ebenfalls Dienstbeschädigung nicht an, wenn die Schädigung unter Umständen eintrat, die das gewöhnliche, nicht militärische Leben für alle Berufsarten mit sich bringt (§ 22⁴). In Wirklichkeit wurde diese Definition nie in Anwendung gezogen; man hat sie in der Dienst-anweisung von 1894 fallen lassen und ist in der von 1904 dabei geblieben. Meines Erachtens mit Recht. Körting.

Die Impfklauseln in den Weltpolice der Lebensversicherungsgesellschaften.

Von Geh. Med.-Rat Dr. Ludwig Pfeiffer-Weimar.
(89. Berlin 1905. Verlag von E. S. Mittler & Sohn.)

Pfeiffer untersucht den Einfluß der Impfung auf die Blatternletalität, speziell in Deutschland. Daß diese Untersuchung in sorgfältigster und zuverlässigster Weise geführt wird, bedarf bei dem Namen des Autors keiner Versicherung. Von den Schlußsätzen, die sich aus den ausführlichen und größtenteils graphisch erläuterten statistischen Nachweisen ergeben, seien die wichtigsten hier angeführt. 1. Bei „geblatterten“ Personen besteht ein minimales Risiko. „Rückfällige“ Blattern kommen vor, aber meist mit sehr mildem Verlauf und mit geringem Ausschlag (variola sine exanthemate). Todesfälle sind nur selten. 2. Personen ohne Vakzinationsschutz erkranken bei Kontakt mit Blatternkranken sicher. Immunität gegen Blattern besteht nur bei etwa 3 % derselben. Die Letalität der ungeimpft Erkrankten schwankt von 6 bis 50 %, je nach der Schwere der herrschenden Epidemie. 3. Erwachsene Ungeimpfte haben eine höhere Letalität als ungeimpfte Kinder. 4. Bei den im ersten Lebensjahr geimpften Personen kommen Todesfälle an Blattern vor dem 20. Lebensjahre kaum vor. Die Todesfälle nehmen mit zunehmendem Alter zu und sind in höherem Lebensalter so häufig als wie bei Ungeimpften. Blatternkrankungen treten vor dem 20. Lebensjahre auf, aber in nicht letaler Form. Es beträgt die Schutzdauer der Erstimpfung gegen Erkrankung etwa zehn Jahre, gegen tödliche Erkrankung etwa 20 Jahre. 5. Bei den nur einmal in der Kindheit geimpften Personen macht sich in den Altersklassen von 25 bis 55 Jahren noch ein deutlich erkennbarer Impfschutz gegen letale Blatternkrankung geltend. 6. Bei den Personen, die im zwölften Lebensjahre revakziniert worden sind, ist die Letalität bis gegen das 40. Lebensjahr eine minimale, bis zum 50. Lebensjahr ein sehr geringe. 7. Bei den Personen, die im 20. Lebensjahre zum zweitenmal revakziniert worden sind (beim

Eintritt in den Militärdienst), kommt nach den Armeestatistiken so gut wie keine Blatternmortalität vor.

In einem besonderen Abschnitt bespricht Pfeiffer die Impfklausel in den Versicherungspolice in England, Deutschland (für die sie seit der 1874 eingeführten Zwangsrevakzination keine Bedeutung mehr hat), Amerika, Österreich und der Schweiz.

Lehfeldt.

Über Lebensprognosen.

Von Dr. Moritz-St. Petersburg.

(89, 57 Seiten und 4 Tabellen, St. Petersburg 1905.)

Auf Grund dreißigjähriger Erfahrung bespricht Moritz die allgemeinen konstitutionellen und die speziellen Organveränderungen, die für die Bemessung der voraussichtlichen Lebensdauer in Betracht kommen. Die Schrift ist zum Leitfadens für die Vertrauensärzte der russischen Lebensversicherungsgesellschaften bestimmt. Interessant ist ein Vergleich der Sterblichkeitstafeln deutscher und russischer Gesellschaften. Bis zum siebenten Jahrzehnt des Lebens stellen sich die Zahlen für Deutschland durchgehends etwas günstiger; erst in den letzten Dezennien ist die Sterblichkeit in Rußland geringer und dementsprechend ist die Zahl der Neunzig- und Hundertjährigen dort nicht unbedeutend höher als bei uns.

Lehfeldt.

Körpergröße und Körpergewicht.

Von Generalarzt Dr. Villaret, Korpsarzt des XVIII. A.-K.

Nach der Brocaschen Formel soll der ausgewachsene Mann soviel Kilogramm wiegen, wie er Zentimeter groß ist nach Abzug des ersten Meters. Die in das Heer einzustellenden Ersatzrekruten sollen ein „entsprechendes Körpergewicht“ haben. Zur Klärung dieses Begriffes hat Verfasser bei 42 563 gesund zur Reserve entlassenen Mannschaften das Gewicht und die Größe zusammenstellen lassen, welches die Leute am Einstellungstermin hatten.

Das interessante Ergebnis ist folgendes:

Zahl der Rekruten	Größe cm	Durchschnittsgröße in cm	Durchschnittsgew. in kg	Das ist zur Brocaschen Formel in kg
4 128	154—159	156,5	56,8	0
11 234	160—164	162	59,6	— 2,4
14 619	165—169	167,0	62,5	— 4,5
9 158	170—174	172,0	66,0	— 6,0
2 840	175—179	177,0	69,3	— 7,7
514	180—184	182,0	74,5	— 7,5

[Die Zahl über 184 Größe war zu gering um in Betracht zu kommen.]

Es erhellt, daß die B'sche Formel auf unsere noch nicht völlig ausgewachsenen Rekruten keine Anwendung finden kann. Der Villaretsche Maßstab wird daher Beachtung verdienen.

Ktg.

Chirurgie.

Über abnorme Epithelisierung und traumatische Epithelcysten.

Von Prof. Dr. Pels-Lousden, Leiter der chir. Poliklinik der Charité zu Berlin.

(Deutsche med. Wochenschr. 1905, Nr. 34.)

Nach Heilung oberflächlicher Hauttuberkulose bleiben nicht selten häßliche brückenförmige oder sinuöse Narben zurück, die mit Epidermis ausgekleidet sind. Für die Herkunft des in die Tiefe reichenden Epithelüberzuges sind die Haarbälge, Schweiß- und Talgdrüsen verantwortlich zu machen. Liegen Hohlräume im Gebiet ihrer Gänge und werden, z. B. durch irgendeinen Fremdkörper, eine Zeitlang offen gehalten, so kommt es von

den genannten Gebilden aus zur Epidermisierung. Verfasser hat das durch Tierversuche bewiesen, über die er berichtet. In derselben Weise entstehen die traumatischen Epithelcysten, welche bisher auf die Verlagerung eines Hautstückchens in die Tiefe bezogen wurden. Die Stelle des Fremdkörpers kann da ein Blutcoagulum vertreten. Zur Behandlung wird nur beiläufig bemerkt, daß Exstirpation der Skrofulodermen oder Epithelcysten geboten ist, wenn man eine lineäre Narbe erzielen will.

Ktg.

Ein Fall von Myositis ossificans traumatica.

Von Dr. Heine-Dortmund.

(Mon. f. Unf-Heilk. 1905, Nr. 8.)

Die Frage, ob Knochenbildung im Muskel nach Traumen stets vom Periost ausgeht, oder ob sie auch ohne Verletzung der Knochenhaut im Muskel selbst entstehen kann, ist noch umstritten. Heine beschreibt folgenden Fall: Ein 48jähriger Maurer stürzt auf der Treppe 8 Sprossen hinunter. Das rechte Bein war braun und blau, doch arbeitete der Verletzte erst mit Unterbrechungen, dann dauernd weiter. Als er kurz vor Ablauf der Karenzzeit untersucht wurde, klagte er über Brennen im rechten Oberschenkel. Dieser war im ganzen verdickt, sein Umfang über 2 cm größer als der des linken Oberschenkels. Auf der Mitte des rechten Oberschenkels eine nicht genau abzugrenzende faustgroße Verdickung und Verhärtung in der Muskulatur, die den Eindruck eines Tumors machte. Die Bewegung des rechten Hüft- und Kniegelenks war etwas beeinträchtigt. Das Röntgenbild zeigte auf der Außenseite des Oberschenkelknochens eine etwa 10 cm lange, unten 1/2 cm breite, oben erheblich umfangreiche Knochenneubildung, deren längste Achse parallel dem Femur verläuft und von diesem unten etwa 1 cm absteht, während sie sich oben breit an den Knochen anlegt und höchstwahrscheinlich mit ihm in Verbindung steht. Dem Anschein nach ist die Neubildung cystisch, da das Röntgenbild in der Mitte eine hellere Stelle zeigt, die dem Bilde der Markhöhle im Röhrenknochen ähnelt.

Lehfeldt.

Beiträge zur Kenntnis der kongenitalen Muskeldefekte.

Von Otto Steche.

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

Verfasser hebt aus der Reihe der Fälle von Muskeldefekten als scharf umschriebene Gruppe die Pectoralisdefekte heraus; dabei finden sich Skelettanomalien (Defekte der Brustwand, Hypoplasie des Schultergürtels und des Armskeletts, Mißbildungen der Hand), Flughaut- und Schwimmhautbildung, Entwicklungsstörungen der Haut. Diese Defekte sind einseitig, können nicht vererbt werden und beeinträchtigen nur wenig die Funktion.

Schultze.

(Aus der chir. Abt. des k. und k. Garnisonhospitals Nr. 26 zu Mostar.)

Zwei Fälle von traumatischen Gelenkmäusen.

Von k. und k. Regimentsarzt Dr. R. Fibich.

(Wiener med. Woch. 1905, Nr. 34.)

Mitteilung von zwei Beobachtungen, welche „einen instruktiven Beitrag liefern zur Lehre vom traumatischen Ursprung einzelner Gelenkmäusen entgegen der Meinung Königs, daß sich Gelenkmäusen meistens auf Grund von früheren osteochondritischen Erkrankungen bilden“. Die Gelenkmäusen waren im Anschluß an einen Fall auf das Knie und an eine Distorsion im Kniegelenk entstanden.

Niehues-Berlin.

Über syringomyelische Schulterveränderungen.

Von Denis G. Zesas. Lausanne.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 80, Heft 1 und 2.)

Die Veränderungen, welche das Schultergelenk bei der Syringomyelie erleidet, bestehen in Erschlaffung der Gelenkkapsel und der sie umgebenden Weichteile, welche meistens die Folge

eines ausgeheilten oder bestehenden Gelenkergusses darstellt, in Erweiterung der Pfanne und Verkleinerung bzw. Abschleifung des Humeruskopfes.

Infolge dieser Veränderungen kommt es nicht selten zu einer Luxation, die nach Einrenkung wiederholt und allmählich zu einer habituellen wird. Bei allen derartigen Luxationen soll man an Syringomyelie als Ursache denken.

Niehues-Berlin.

Über die Fraktur der oberen Portion des Humerus.

Von A. Broca in Paris.

(Med. Klinik 1905, Nr. 29.)

In Vortragsform und an der Hand eines vorgestellten Falles erörtert B. die Symptomatologie und Behandlung des genannten Bruches bei Kindern. Oft ist die Anamnese unklar; man ist daher auf die Untersuchung allein angewiesen. Die Ecchymose hat weder wegen ihres Sitzes noch nach der Zeit ihres Erscheinens Charakteristisches. Gleichwohl kann ihr spätes Sichtbarwerden und die Senkung an der äußeren Seite des Armes an eine tiefe Läsion, also wahrscheinlich eine Fraktur denken lassen. Eine beträchtliche gespannte und glänzende Schwellung der Schulter mit Verringerung nach dem Ellenbogengelenk zu ist immer auf Verletzung des Skeletts zu deuten; namentlich wenn dazu die charakteristische Körperhaltung kommt: der Kopf nach der verletzten Seite geneigt, der Vorderarm im Ellenbogengelenk horizontal gebeugt und von der Hand der gesunden Seite unterstützt. Am schwierigsten gestaltet sich nun aber die Differentialdiagnose von der Luxation, wenn man vom Roentgenverfahren absieht, welches den Ärzten in der Provinz doch nicht überall zur Verfügung steht. Ausschlaggebend für Verrenkung ist die Stellung des Humeruskopfes und die Leere der Cavitas glenoides scapulae. Freilich kann es bei starker Schwellung enorm schwierig sein, dies richtig abzutasten. Die Prüfung auf Krepitation kann meist unterbleiben, da sie unnötige Schmerzen verursacht. Auf abnorme Beweglichkeit wird durch vorsichtiges Erheben des Vorderarmes und senkrechten Druck auf den Ellenbogen geprüft. Man sieht dann, daß die Artikulation scheinbar um eine Fingerlänge herabgerückt ist. Endlich ist die Zunahme des Schmerzes charakteristisch, wenn man vom Humeruskopf nach unten tastet und die Bruchlinie erreicht. Dabei wird man auch trotz der Schwellung oft den scharfen Rand der nach innen dislozierten Diaphyse des Humerus fühlen können. Die Behandlung B.s basiert auf dem Prinzip, die Schultermuskeln durch allmähliche Streckung zu erschaffen. Das geschieht bei Kontraextension von der Achsel aus durch Bindenzügel, welche am unteren Humerusende und am rechtwinklig gehaltenen Vorderarm angreifen. Sie werden mit 2—3 kg belastet. Die Wiedereinrichtung geschieht dabei im allgemeinen zufriedenstellend. Darauf erfolgt Eingypsung. Die Bindenzügel bleiben während dessen an ihrer Stelle und werden erst nach dem Erhärten abgeschnitten. Der Verband bleibt 15 Tage liegen; dann setzt vorsichtige Massage und Bewegung ein. Bei der ungebundenen Lebendigkeit vieler Kinder sind Rezidive nicht selten. Der vermehrte Kallus kann dann ein Osteosarkom vortäuschen. In solchen Fällen sichert die Vorgeschichte und längere Beobachtung die Diagnose, während die Radiographie sie nicht unterstützt.

Ktg.

Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der isolierten Luxationen des Radius.

Von Regimentsarzt Dr. Johann Hand in Jaroslau.

(Wiener med. Wochenschrift, 1905, Nr. 10.)

Nach einer kurzen Beschreibung der Entstehungsweise und Symptome der frischen Verrenkungen des Radius im Ellenbogen-

gelenk, berichtet H. über eine eigene Beobachtung einer veralteten Luxation dieses Knochens nach vorn.

Der Kranke hatte sich als Kind durch Sturz vom Leiterwagen, wobei er zwischen die Speichen eines Rades geriet, eine isolierte Luxation des Radiusköpfchens und ein halbes Jahr darauf durch Sturz vom Pferde ein Rezidiv zugezogen, dessen Beseitigung nicht wieder gelang. Bei der Untersuchung gelegentlich der Einstellung beim Militär hing der Arm „in Viertelbeugstellung, untere Radiushälfte nach innen, obere nach außen gekehrt“ am Körper herab; das Ellenbogengelenk war infolge teilweisen Hervorragens des Radiusköpfchens über den seitlichen Condylus humeri etwas verbreitert. Der vordere Teil des Köpfchens ließ sich in der Ellenbogenbeuge durchfühlen. Beugung gelang nur bis zum Winkel von 80°, wobei das Köpfchen noch weiter lateralwärts trat; Extension, Pro- und Supination waren teilweise behindert.

Da eine Reposition nicht mehr ausführbar, im übrigen aber die Gebrauchsfähigkeit des Armes nur in geringem Grade beeinträchtigt war, so wurde von einem blutigen Eingriff abgesehen, und der dienstuntaugliche Mann wieder entlassen.

Niehues-Berlin.

(Aus der II. Abt. des k. k. Allg. Krankenhauses in Wien; Hofrat Prof. v. Mosetig-Moorhof.)

Beitrag zur Lehre von der isolierten subkutanen Fraktur einzelner Handwurzelknochen.

Von Sekundärarzt Dr. M. Hirsch.

(Wiener med. Wochenschrift 1905, Nr. 34.)

Vor Einführung der Röntgenstrahlen waren fast nur die durch direkte Gewalt entstandenen offenen Brüche der Handwurzelknochen bekannt. Die Röntgenstrahlen und die Unfallversicherung haben hier Wandel geschaffen. Man hat gefunden, daß den meisten Fällen von Handverstauchung ein Bruch eines Handwurzelknochens zugrunde liegt, und daß bestimmte Knochen am häufigsten betroffen werden.

Das Os naviculare carpi steht hier an erster Stelle; Brüche desselben sind wiederholt beschrieben worden. Sie entstehen in der Weise, daß bei radial flektierter Hand das zwischen dem unteren Ende des Radius und dem festen Capitatum gleichsam als Puffer eingelagerte Naviculare durch eine in der Richtung des Unterarms einwirkende Gewalt zerdrückt wird (Kompressionsbruch). Oder der länglich und grazil gebaute Knochen wird bei Ulnarflexion der Hand durch eine von der Handfläche aus wirkende Gewalt über dem Griffelfortsatz des Radius in ähnlicher Weise zerbrochen, wie ein Rohrstab über dem Knie Biegungsbruch). Schließlich kann noch bei starker Ulnarflexion der Hand, wenn das feste vom Proc. styl. rad. zur Tuberositas oss. nav. laufende Band den starken Zug überwindet, die Tuberositas abgerissen werden (Rißfraktur).

Die klinischen Erscheinungen bestehen in Schwellung des Handgelenks, Einschränkung der Beweglichkeit, namentlich der Dorsalflexion und einem streng auf die Tabatière beschränkten Druckschmerz. Es kommen noch hinzu die Ausfüllung der sonst eine Grube bildenden Tabatière, eine oberflächliche Lage der beiden Radialisäste und die Annäherung des unteren Radiusendes an die Mittelhand.

Die Mehrzahl der Brüche ist intrakapsulär; es bleibt deshalb infolge der schlechten Ernährungsverhältnisse die Callusbildung und knöcherne Heilung des Bruches meist aus. Dies zieht eine Reihe recht unangenehmer Spätfolgen nach sich, Versteifung der Hand, Stellung der Hand in Radialflexion, Druckschmerz in der Tabatière usw., so daß die Arbeitsfähigkeit nicht selten vermindert ist.

Die extrakapsulären Brüche konsolidieren meistens mit vollständiger Herstellung der Funktion.

Zur Behandlung wird für die ersten 8 Tage die Anlegung eines Streckverbandes mit nachfolgender Massage, Gymnastik usw. empfohlen. In schweren Fällen läßt sich die blutige Entfernung eines oder beider Knochenstücke zuweilen nicht umgehen.

H. fügt der Arbeit die Erzählung zweier eigener Beobachtungen von Bruch des Naviculare bei. Eine kurze Besprechung über einen Fall von Bruch des Mondbeins bildet den Schluß.
Niehues-Berlin.

(Aus der I. chirurg. Abt. des k. k. Allg. Krankenhauses in Wien; Primar. Büdinger.)

Ein Fall von Interposition des Lig. annulare in die Articulatio humero-radialis.

Von Dr. A. Dumas in Monastir, Makedonien.
(Wiener klinische Wochenschrift, 1905. Nr. 26.)

Ein Schmied stieß mit dem Ellenbogen an einen Holzgegenstand (genauere Angaben fehlen. Ref.), bekam nach einigen Tagen plötzlich Schmerzen im Ellenbogengelenk, konnte nicht mehr arbeiten und suchte das Krankenhaus auf. Hier fühlte man im linken Radio-Humeral-Gelenk bei Rotationsbewegungen „ein deutliches Hüpfen des Gelenks zwischen Pronation und Supination“, welches starke Schmerzen verursachte. Der Extension fehlten 30 Grad.

Nach Eröffnung des Gelenks von einer an der radialen Seite des Ellbogens gelegenen Inzision aus zeigte sich, daß das Lig. annulare von der lateralen Seite losgerissen war und sich über das Radiusköpfchen gelegt hatte. Nach Exstirpation des interponierten Teiles des Bandes, Verschluss des Gelenks, anfänglicher Ruhigstellung und späterer Massage trat in sechs Wochen Heilung mit völliger Gebrauchsfähigkeit ein.
Niehues-Berlin.

(Aus dem Städt. Krankenhaus zu Nürnberg; Hofrat Dr. Göschel.)

Die Heilungsergebnisse der Unterschenkelbrüche.

Von K. bayr. Oberarzt Dr. F. Sauer.
(Beiträge zur klinischen Chirurgie. B. 46. S. 1.)

S. hat 111 Fälle von Unterschenkelbrüchen, welche im Nürnberger Krankenhaus behandelt waren, verfolgt und aus den Unfallakten das schließliche Ergebnis festgestellt. Von den 111 Brüchen betrafen 44 beide Knochen, 10 das Schienbein, 6 das Wadenbein, 21 beide, 10 den inneren, 20 den äußeren Knöchel. Die Behandlung bestand in der ersten Zeit in Anlegung eines modellierten Pappschienen-Steifgazeverbandes, später in Benutzung einer dorsalen Gipshanschiene. In letzter Zeit wurde auch der Bardenheuerschen Extensionsmethode ein vermehrtes Augenmerk geschenkt.

S. faßt seine Beobachtungen in folgende Satzsätze zusammen:

1. Bei Unterschenkelbrüchen, die durch einen Betriebsunfall herbeigeführt worden sind, tritt in über 75 % aller Fälle nach durchschnittlich 16,4 Monaten völlige Erwerbsfähigkeit ein.

2. Von denjenigen Verletzten, welche nicht schon vor der 14. Woche völlig erwerbsfähig geworden sind, erlangten noch ca. 70 % nach durchschnittlich 22,4 Monaten die völlige Erwerbsfähigkeit.

3. Neben der Art und Lage der Fraktur ist das Lebensalter von weitestgehendem Einfluß auf den Heilungseffekt:

a) Im Alter von 10—20 Jahren werden fast alle, von 21—30 Jahren $\frac{5}{6}$, von 31—50 Jahren ca. $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$, von über 50 Jahren nur noch $\frac{1}{3}$ der Verletzten wieder völlig erwerbsfähig;

b) während im zweiten Dezennium zur vollständigen Wiederherstellung 14 Monate genügen, wird im vierten Dezennium schon ein Zeitraum von 24 Monaten erforderlich.

4. Auch anfänglich sehr schwere Funktionsstörungen, die zunächst Renten von 60—80 % notwendig machen, werden häufig, namentlich von jugendlichen Individuen, nach mehreren Jahren vollkommen überwunden.

5. Die Bardenheuersche Extensionsmethode verspricht bessere Heilungsergebnisse. Sie ist deshalb in Krankenhäusern den bisherigen Behandlungsarten vorzuziehen.
Niehues-Berlin.

Die Verrenkungen der Mittelfußknochen im Lisfrankschen Gelenk.

Von Josef Berger in Köln.

(Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge, neue Folge, Nr. 372.)

Die Verrenkungen im Lisfrankschen Gelenk gehören zu den seltenen Verletzungen, was in dem anatomischen Bau des Gelenks, der Trennung in einzelne Gelenkhöhlen, in dem eigenartigen bogenförmigen Verlauf der Gelenklinie, der die Bogenlinie unterbrechenden Einsenkung des zweiten Mittelfußknochens, vor allem aber in dem überaus kräftigen Bandapparat, dessen Zerreißen eine sehr große Gewalt erfordert, begründet ist.

Die isolierten Verrenkungen einzelner Gelenke kommen an Zahl der totalen Luxation gleich, eine Tatsache, die in der Trennung der Gelenkhöhlen und dem unregelmäßigen Verlauf der Gelenklinie seine Erklärung findet.

Da der Bandapparat an der plantaren Seite weit kräftiger ist, als an der dorsalen, kommen die dorsalen Verschiebungen häufiger zur Beobachtung.

Die größere Abduktionsfähigkeit des Mittelfußes, der schräge Verlauf der Gelenklinie von vorn innen nach hinten außen und die an der lateralen Seite weniger ausgesprochene Einfalzung des zweiten Mittelfußknochens bedingen ein häufigeres Zustandekommen der lateralen Verrenkungen.

Zur Entstehung der Verrenkung kann schon ein einfacher Fehltritt, ein Ausgleiten des Fußes oder ein Fall bei feststehendem oder eingeklemmtem Vorderfuß führen. Auch beim Überfahrenwerden, bei dem Auffallen eines schweren Gegenstandes auf den Fußrücken, beim Sprung oder Fall auf den Fuß, beim Sturze mit dem Pferde sah man die Verrenkung auftreten.

Die Krankheitserscheinungen richten sich nach der Art der Verrenkung. Bei der vollständigen dorsalen Luxation ist der in Spitzfußstellung stehende Fuß verkürzt, und seine Konvexität vermehrt. Entlang der Gelenklinie fühlt man unter der gespannten Haut des Fußrückens eine vorspringende, kuppenartige Leiste, hinter welcher eine Einsenkung liegt. Die Gelenkflächen der verschobenen Keilbeine und des Würfelbeins entziehen sich wegen der dicken Weichteilschicht an der Fußsohle meistens der Betastung. Die Zehen stehen stets in Dorsalflexion, oft in äußerster Hyperextension. Alle diese Symptome können bei starker Weichteilschwellung sehr zurücktreten; es bleibt dann nur eine Equino-Varusstellung übrig, deren Scheitel nicht wie beim echten Pes equino-varus im Chopartschen, sondern im Lisfrankschen Gelenk liegt. — Bei der Subluxation sind die aufgezählten Abweichungen natürlich nicht so ausgeprägt.

Von den Verrenkungen nach der Fußsohle oder nach innen ist bisher nur je ein Fall, und zwar ungenau beschrieben.

Bei der Luxation des Mittelfußes nach außen findet man neben einer Verbreiterung des Fußes an der medialen Seite ein Vorspringen des ersten Keilbeins und vor diesem eine Vertiefung infolge Abweichens des ersten Mittelfußknochens. An der Außenseite ragt die Tuberositas des fünften Metatarsus ungewöhnlich weit vor, und hinter ihr greift man in eine tiefe Einbuchtung. Der Fuß steht meistens in Abduktion. Nicht selten besteht gleichzeitig ein Bruch des zweiten Mittelfußknochens.

Die Symptome der Mischformen (dorso-medial, dorso-lateral, divergierend) sind nicht einheitlicher Natur, die der isolierten in der Regel leicht erkennbar, da bei geringerer Schwellung und Blutung die Vorsprünge und Vertiefungen meist deutlich zu fühlen sind.

Für die Behandlung kommt an erster Stelle die Reposition in Frage. Sie erfolgt in der Weise, daß bei fixierter Fußwurzel am Mittelfuß bzw. an einzelnen Zehen kräftig gezogen und gleichzeitig mit dem Daumen oder Faustrücken auf die vorspringenden Knochenenden gedrückt wird. Kommt man mit Zug und Gegenzug nicht zum Ziele, so hat man fast immer Erfolg, wenn man zuerst die pathologische Stellung noch verstärkt und dann durch einen ruckweise vorgenommenen Übergang in die normale Stellung die luxierten Knochen in ihre Gelenkverbindung zurückhebelt. Da die Mittelfußknochen sehr zur Reluxation neigen, so ist der Fuß in den meisten Fällen durch einen fixierenden oder extendierenden Verband festzustellen.

Die Prognose ist im allgemeinen gut; sogar bei nicht erfolgter Reposition kann der Fuß wieder eine gute Funktionsfähigkeit erhalten. Auf der anderen Seite aber gewährleistet eine erfolgte Reposition nicht immer eine gute Gebrauchstüchtigkeit des Fußes. Sie kann jedoch durch Prothesen oder Plattfüßeinlagen zuweilen noch gebessert werden.

Niehues-Berlin.

Der zwanglose Gang, Wanderschritt, und die beim Gehen entstehenden Mittelfußknochenbrüche.

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

(Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. 1905, Heft 8.)

Die Arbeit ist noch eine Folge der literarischen Auseinandersetzungen, welche sich an den Vortrag Dr. Thalwitzer auf der Breslauer Naturforscherversammlung von 1904 über den Einfluß des Parademarsches auf das Zustandekommen von Mittelfußbrüchen geknüpft hatten.*) Die vom Generalarzt Dr. Demuth in seiner Erwiderung angezogenen Arbeiten von W. Braune und O. Fischer über den Gang des Menschen werden vom Verfasser seiner Betrachtung zugrunde gelegt und in der ausführlicheren ersten Hälfte nach ihren Fundamentalsätzen wiedergegeben. Im Anschluß und mit Bezug darauf werden die Mittelfußbrüche näher gewürdigt, die auf Märschen mit mehr zwanglosem Gehen vorkommen; Brüche, für die oft eine Entstehungsursache nicht angegeben werden kann. Bei jedem Schritt wird der nach vorwärts gebrachte Fuß ca. 0,26, bei belastetem Körper 0,57 Sekunden lang mit der ganzen Sohle aufgesetzt. Das Aufsetzen beginnt vom äußeren Fußrande. Da aber die Schwerlinie in den medialen Fußabschnitt fällt, so müssen sich jener Bewegung sofort die andern Mittelfußknochen anschließen, bis das Körpergewicht auf dem ersten derselben und der Ferse ruht. Vorübergehend wird auch der 5. Mittelfußknochen stärker mitbelastet. Trifft nun beim Aufsetzen des Fußes eine harte Unebenheit des Bodens die Gegend der mittleren Metatarsalknochen, so kann das Körpergewicht nicht gleich auf den zu seinem Tragen eingerichteten ersten übergeleitet werden. Wenn dann außerdem die starre Stiefelsohle den Fuß hindert, sich der Bodenunebenheit anzupassen, und die ermüdeten Sohlenmuskeln sich auf den Reiz der Unebenheit hin nicht mehr kräftig genug kontrahieren, um die gefährdeten Knochen zu stützen, so kann es zum Bruch derselben kommen. Der 3. und 2. Mittelfußknochen brechen am häufigsten, weil ihre feste Verbindung mit der Fußwurzel ihnen das Ausweichen unmöglich macht; während der 4. und 5. am Os cuboides immerhin etwas Spielraum besitzen. Soweit in kurzem die Theorie des Verfassers, die meines

*) Vgl. diese Zeitschrift 1905, Nr. 7, Referate über die Arbeiten Demuths und Blechers.

Erachtens die häufige Ursache der Mittelfußbrüche nicht ausschließt, welche durch das harte Aufschlagen des Fußes gegeben wird. Verfasser hält seine Ansicht auch für diejenigen Mittelfußbrüche für ausreichend, welche beim gefechtsmäßigen Vorgehen über Sturzacker etc. vorkommen. Die notorische Seltenheit der Brüche hierbei erklärt er durch die größere Aufmerksamkeit der Leute und die erhöhte Anspannung der Muskulatur. Aus demselben Grunde ist K. der Meinung, daß beim Parademarsch Mittelfußbrüche nicht leicht vorkommen. Die öfter erwähnten Erschütterungen der Knochen bei dieser Übung seien als Ursache von Knochenbrüchen nicht zu fürchten.

Dem trete ich nach meiner Erfahrung nicht bei; kann indes nur auf das verweisen, was ich bei Besprechung der Demuthschen Arbeit in Nr. 7 der Zeitschrift gesagt habe: Daß eine wirkliche Klärung der Angelegenheit nur durch genauere Angaben über die Ätiologie eines jeden Mittelfußbrüches gewonnen werden kann — vorausgesetzt, daß Veröffentlichungen darüber die Genehmigung der zuständigen Dienststelle finden. Ktg.

Innere Medizin.

Prostata und Trauma.

Von Dr. H. Lohnstein, Berlin.

(Allg. Medizin. Zentralzeitung 1905, Nr. 31, 32.)

Die Wechselbeziehungen zwischen Trauma und Erkrankung der Prostata werden in den Lehrbüchern über die Erkrankungen der Prostata überhaupt nicht berührt. Verfasser berichtet über einige Fälle von Erkrankungen der Prostata nach Verletzungen von Organen, mit denen diese Drüse mehr oder weniger innige Beziehungen unterhält. Teils trafen die Verletzungen nur die vordere Bauchgegend teils die beiden Darmbeinschaufeln, in einem anderen Fall war eine Quetschung der Dammgegend und des Scrotums vorausgegangen. Forcierte Kontraktion der Dammuskulatur hatte in einem Fall eine eitrige Prostatitis hervorgerufen.

Diesen Fällen, die mehr oder weniger direkt auf den Unfall zurückgeführt werden konnten, stehen gegenüber die Fälle, in welchen sich bei Unfallkranken, deren Unfall mit der Prostata nicht das mindeste zu tun hatte (Thoraxquetschung, Unterschenkelbruch), während des Krankenlagers deutliche Symptome von Prostatismus einstellten. In diesen Fällen handelte es sich meist nicht um Entstehung, sondern Verschlimmerung eines schon bestehenden Leidens durch den Unfall.

Der Symptomenkomplex der Prostatitis nach Trauma bietet keine Besonderheiten; die Prognose ist im allgemeinen gut zu nennen. Die Behandlung ist dieselbe wie sonst, im akuten Stadium wesentlich symptomatisch. Hauptsächlich ist die ungestörte Blasenentleerung zu überwachen. Prostataabszesse sind zu öffnen. Im chronischen Stadium kommen Massage und Spülungen mit Höllenstein (1:4000) in Frage.

J. Meyer-Lübeck.

Die traumatischen Erkrankungen der oberen Speisewege und ihre Behandlung.

Von Dr. G. Glücksmann, Berlin.

(Deutsche medizinische Wochenschrift 1905, Nr. 24, S. 947.)

Es empfiehlt sich, bei Verschlucken von Fremdkörpern stets des traumatischen Charakters einer derartigen Erkrankung eingedenk zu sein, mit anderen Worten, der in jedem Falle bestehenden Möglichkeit einer Infektion von der leichten fieberhaften Komplikation bis zur schwersten suppurativen Mediastinitis oder letalen Septikopyämie. Man wird daher bei aller durch den Fall gebotenen Schnelligkeit so zielbewußt wie möglich handeln und sein Instrumentarium so einfach, die Zahl der angewandten Instrumente so klein wie möglich machen

müssen. Notwendig ist dazu eine genaue Kenntnis der Symptomatologie. Bei einer Lokalisation des Fremdkörpers oberhalb der Pharynxkonstriktoren pflegt der Kranke immer die Stelle mit dem Finger im Munde zu bezeichnen, während er sie bei tieferer Lokalisation außen am Halse sucht. Nach genauer Besichtigung des Mundes, Pharynx, Larynx, sowie Digital-exploration des Konstriktorengbietes empfiehlt sich eine Radiographie. Diese bildet einerseits das feinste diagnostische Hilfsmittel für metallische Fremdkörper und gibt andererseits am sichersten Aufschluß über das Vorhandensein aneurismatischer Säcke und anderer schwerer Schädigungen des Zirkulationsapparates, welche eine Kontraindikation gegen jede Bougierung der Speiseröhre bilden. Daran schließt sich dann die Bougierung der Speiseröhre, für welche Verfasser das von ihm erfundene Instrument empfiehlt. Dieses ist nach dem Typus der Knopfsonde gebaut und ermöglicht die palpatorische Ermittlung, die Besichtigung und gleichzeitig die Extraktion des Fremdkörpers, nachdem dieser durch die sich schließenden Branchen der Verschlusskuppe gefaßt, sowie durch die maximale Aufblasung des am Instrumente befindlichen Wasserkissens und dadurch bewirkte Erweiterung der Ösophagushöhle in schonendster Weise aus den ihn umgebenden Schleimhautfalten herausgelöst ist. Auch die Passage des Fremdkörpers durch den organischen und funktionellen Engpaß des Konstriktorengbietes vollzieht sich hinter dem schützenden Wasserkissen leicht und glatt.

J. Meyer, Lübeck.

Zur Kasuistik posttraumatischer Magendarmstenosen.

Von Dr. Neuhaus-Berlin.

(Mon. f. Unf.-Heilk., 1905, Nr. 8.)

Ein 46jähriger Bergmann wird im Mai 1904 von Erdmassen verschüttet. Irgend welche äußere Verletzungen hatte er bei dem Unfall nicht erlitten, auch traten keinerlei objektive Erscheinungen, wie Blutbrechen, Bluthusten, Blutabgang im Stuhl auf, die auf eine Beschädigung innerer Organe, speziell des Magendarmkanals hingewiesen hätten. Seit dem Unfall klagte der Mann über Schmerzen in der Magengegend, später über Sodbrennen, Aufstoßen, Erbrechen. Er magerte stark ab. Im März 1905 suchte er deshalb die Chirurgische Klinik der Charité auf. Die Untersuchung der motorischen und chemischen Verhältnisse des Magens wies auf eine Erweiterung des Magens infolge von Stenose in der Pylorusgegend. Prof. Hildebrand operierte in der Erwartung, ein Karzinom am Pylorus zu finden. Statt dessen zeigten sich ausgedehnte flächenhafte Verwachsungen in der Pylorusgegend. Sie wurden gelöst und zur Vorsicht noch eine Gastroenterostomie ausgeführt. Die Operation führte zur Heilung. Daß das Leiden mit dem Unfall zusammenhing, ist zweifellos. Offenbar war es zu Einrissen in der Serosa gekommen, und das ausgetretene Blut wie die fibrinöse Entzündung der Serosa hatten zur Bildung der derben Verwachsungen geführt.

Lehfeldt.

Die traumatische Psoriasis mit Rücksicht auf die Unfallheilkunde.

Von Dr. H. Teske-Königsberg i. Pr.

(Mon. f. Unf.-Heilk., 1905, Nr. 8.)

Teske führt aus der Literatur eine Anzahl von Fällen an, in denen sich Psoriasis im Anschluß an ein psychisches oder physisches Trauma entwickelte. Die parasitäre Theorie der Psoriasis hat wenig Anhänger, die neuropathische reicht jedenfalls auch nicht für alle Fälle von Psoriasis nach Trauma aus, Nicht ausgeschlossen ist es, daß auch toxische Einflüsse bei Entstehung der Psoriasis in Betracht kommen könnten. Die Frage, ob überhaupt ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Trauma und Psoriasis in bestimmten Fällen zu konstatieren sei,

muß nach Teske bejaht werden. Meist ist dabei eine vorher bestandene latente Disposition anzunehmen. Bei der Abschätzung der Erwerbsfähigkeit kommt in Betracht, daß unter Umständen eine körperliche Entstellung die Ursache davon sein kann, daß die Kameraden nicht mit dem Kranken zusammen arbeiten wollen. Bei längerer Dauer der Krankheit müssen auch auftretende psychische Depressionen Berücksichtigung finden. Lehfeldt.

Verwechslung zwischen Neurasthenie, Neuralgie, Tabes dorsalis, Trauma und chronischem Rheumatismus.

Von Kaiserl. Rat Dr. Schreiber, Meran.

(Dtsch. Ärzte-Zeitung, 1905, Heft 21.)

In dem auf der Meraner Naturforscherversammlung gehaltenen Vortrag berichtet Schreiber über mehrere Fälle, in denen eine Verwechslung zwischen chronischem Rheumatismus und einer der vier erstgenannten Krankheiten stattgefunden hatte. Er weist auf die Wichtigkeit eingehender Differential-Diagnose und speziell darauf hin, daß bei chronischem Rheumatismus gewisse Stellen auf Druck besonders empfindlich und bestimmte Bewegungen besonders schmerzhaft seien. Schon manche lange vergebens behandelte angebliche Neurasthenie sei geheilt worden, wenn der in Wirklichkeit bestehende chronische Rheumatismus durch sachgemäße Massage und heilgymnastische Übungen beseitigt wurde.

Lehfeldt.

Die Entdeckung eines Seuchenherdes im Brucker Lager.

Von Dr. G. Weil, Stabs- und Chefarzt der Landwehr-Kadettenschule in Wien.

(Der Militärarzt, 1905, Nr. 11 bis 15. Mit Abbildungen.)

Die Epidemie bildet ein interessantes Beispiel für Ruhrinfektion durch ein Trinkwasser, in welchem die chemische und bakteriologische Prüfung damals, 1898, nichts Infektiöses nachweisen ließ. Das Lager erhält das Trinkwasser für die Menschen aus 2 Quellen. Eine im Lager, die sog. Depotquelle gibt wenig, aber gutes Wasser; die Hauptwassermenge entstammt dem Runzenbrunner Quellengebiet außerhalb des Lagers. Das Lazarett ist an die Hauptleitung durch ein Zweigrohr angeschlossen. Das Leitungswasser wurde aber in der Regel nicht benutzt, weil das Spital über einen guten Tiefbrunnen verfügte. Viele Einrichtungen im Lager befanden sich 1898 noch nicht auf der Höhe hygienischer Forderungen; die Infektion wurde also nicht gleich im Trinkwasser gesucht, als Ende August ca. 30% der im Lager untergebrachten Kadetten an Ruhr erkrankten. Die Untersuchung des Wassers ergab nichts Verdächtiges. Verlegung der Leute in einen bisher unbelegten Teil besserte nichts. Dazu kamen Erkrankungen im Lazarett, als der dortige Brunnen wegen einer Reparatur geschlossen und die Leitung in Gebrauch genommen wurde. Die nun erfolgende genauere Prüfung der Wasserleitung ließ das Rohr als intakt erkennen. Der Verdacht lenkte sich daher auf die Runzenbrunner Quelle. Diese bestand aus einem vollkommen gedeckten und verschlossenen Quellengebiet und einer 4 m davon gelegenen Nebenquelle, die nur halb ummauert, von außen zugänglich und den größten Verunreinigungen durch Menschenkot, Pferdemit, Abfälle aller Art ausgesetzt war. Bei Anlage des Lagers 1866 hatten beide Quellen der umwohnenden Bevölkerung zur Verfügung gestanden. Seitdem blieb nur die Nebenquelle diesem Zweck vorbehalten. Da sie nicht ergiebig genug war, mußte nach einem örtlichen Recht ihr Wasserinhalt von der Hauptquelle aus vermehrt werden. Zu diesem Zweck war ein Verbindungsrohr angelegt worden, welches oberhalb des höchsten Wasserspiegels in der Ummauerung der Nebenquelle mündete, so daß eine Rückstauung angeschlossen schien. Wie nun gefunden wurde, hatte sich mit der Zeit die Ummauerung der Nebenquelle in dem lockeren

Erdreich soweit gesenkt, daß jene Rohrmündung unter dem Wasserspiegel lag. Stieg nun mit Beginn der Belegungsperiode der Wasserverbrauch im Lager, so wurde der Inhalt der Nebenquelle in die Hauptquelle aspiriert und damit in die Lagerleitung geführt. In dem beregten Sommer hatten zahlreiche Arbeiter die Nebenquelle benutzt, unter denen Ruhr herrschte. — Mit diesen Feststellungen war der Ursprung der Lagerepidemie und — wie anzunehmen — vieler ihrer Vorgänger erklärt. Die Runzenbrunner Leitung wurde gesperrt; die Ruhrzugänge hörten sofort auf. Weitere Maßnahmen bestanden in einer gründlichen Desinfektion der ganzen Leitung und Neufassung mit Abschluß der Nebenquelle, deren Wasser jetzt durch eine Leitung entnommen wird, die der Verunreinigung unzugänglich bleibt.

Daß 1898 die bakteriologische Prüfung ohne Ergebnis blieb, liegt nach Verfasser daran, daß die Ätiologie der Ruhr noch nicht genügend geklärt war. Übrigens agglutinierte noch 1904 das Blut eines der 1898 im Lager erkrankt Gewesenen den Kruseschen Bazillus; so daß die Diagnose echter Ruhr für die damaligen Erkrankungen außer Zweifel steht. Ktg.

Der Unterleibstypus in Detmold im Sommer und Herbst 1904.

Von Dr. Volkhausen.

(Zeitschrift für Medizinalbeamte, 1905, Nr. 17, S. 541.)

Die Typhusepidemie in Detmold im vergangenen Sommer kennzeichnete sich nach Beobachtung ihres Verlaufs deutlich als eine durch Infektion der Wasserleitung verursachte. Im Anfang der Epidemie ist die Erkennung der Ursache naturgemäß eine sehr viel schwierigere. So standen auch die beiden bedeutenden Sachverständigen, die gleich nach Beginn der Epidemie um Rat gefragt wurden (Prof. Emmerich und Geh. Rat Koch) auf diametral entgegengesetztem Standpunkte. Während der erstere nur die Boden bzw. Grundwassertheorie gelten ließ, bezichtigte der andere nur das Trinkwasser. Diese Theorie wurde im Verlaufe der Epidemie bestätigt, indem sich nachweisen ließ, daß die Quelle, aus der die Detmolder mit im übrigen vorzüglichem Trinkwasser gespeist wird, mit der Wildsuhle, einem breiten Tümpel, der ständig Wasser für das Wild enthält, in unterirdischer Verbindung stand, und indem es dem Bakteriologen gelang, aus der Wasserleitung in einem Stollen der Quelle 2 Typhusbazillen zu züchten.

Die Epidemie begann explosionsartig mit 177 Fällen in der ersten Woche; sie dauerte 3 Monate und ergriff 780 Personen, d. i. 6% der Bevölkerung. Es starben 54 = 7,29%.

J. Meyer, Lübeck.

Syphilis as related to the Problems of Longevity.

By James Nevins Hyde (Chicago).

(Bulletins de l'Association internationale des Medecins-Experts de Compagnies d'Assurances 1905, Nr. 3, pag. 184.)

Eine Person, die ihr Leben versichern will und Syphilis durchgemacht hat, muß, um als annehmbar bezeichnet zu werden, möglichst folgende Bedingungen erfüllt haben. Der Antragsteller muß deutliche und unverkennbare Zeichen der Krankheit in einer möglichst frühen Periode seines Lebens gezeigt haben. Er muß nach wirksamer Behandlung mehrere Jahre keine syphilitischen Erscheinungen gehabt haben. Er muß außerdem eine gute Familiengeschichte haben, die besonders in der näheren Verwandtschaft keine Fälle von Nervenkrankheiten enthält. Ferner muß er früher und gegenwärtig ein geordnetes Leben geführt haben, frei von Überanstrengungen und Exzessen aller Art einschließlich des Mißbrauches von Alkohol, Tabak und anderer Nervengifte.

J. Meyer, Lübeck.

Hygiene.

Einige Vorschläge zur Verbesserung von Desinfektionsvorschriften.

Von Prof. Flügge-Breslau.

Die Kontrolle der Desinfektions-Apparate.

Von Dr. B. Heymann-Breslau.

Die Leistungen der Formaldehyd-Desinfektion.

Von Prof. Reichenbach-Breslau.

Über vereinfachte und improvisierte Formaldehyd-Desinfektion.

Von Dr. Steinitz-Breslau.

Untersuchungen zur Praxis der Desinfektion.

Von Dr. Mosebach-Galkhausen.

Hygienische Händedesinfektion.

Von Dr. Speck-Breslau.

(Zeitschr. f. Hyg. und Inf.-Krankh., Bd. 50, Heft 3.)

Wenn auch die Desinfektion unter den Maßnahmen zur Seuchenbekämpfung nicht die erste Rolle spielt, so ist sie doch ein unentbehrliches Hilfsmittel in diesem Kampfe. Sie ist auch seit der Einführung des Formaldehydverfahrens entschieden leistungsfähiger als früher, aber sie ist doch noch sehr verbesserungsfähig und verbesserungsbedürftig. Flügge hat im Breslauer Hygienischen Institut von seinen Mitarbeitern die in den Überschriften bezeichneten Fragen näher studieren lassen. Er selbst bespricht im ersten Aufsatz die Ergebnisse dieser Untersuchungen und faßt sie schließlich in der Form des Entwurfs für eine neue Desinfektionsordnung zusammen. Natürlich kann hier nicht auf alle Einzelheiten eingegangen, sondern nur ein orientierender Überblick gegeben werden.

Eine wesentliche Fehlerquelle bei dem bisherigen Desinfektionsverfahren liegt darin, daß nicht genügend zwischen der Keimtötung und der bloßen mechanischen Keimbeseitigung unterschieden wird. Soll eine ansteckende Krankheit bekämpft werden, die in Einzelfällen oder in Epidemien nur ausnahmsweise und in begrenzter Zeitdauer auftritt, so ist nur die Tötung der Keime wirksam; bei den Krankheiten, die dauernd in der Bevölkerung herrschen, weil die Keime überall massenhaft vorkommen, handelt es sich bei der Desinfektion oft nur um die Befreiung bestimmter Gegenstände oder Lokalitäten von den Krankheitserregern. Der Arzt, der die Hände zu einer Operation desinfiziert, will nur diese von den Keimen befreien; wohin die Keime selbst kommen, interessiert ihn zunächst nicht. Operiert er aber etwa einen Pestbubo, so ist nur dasjenige Desinfektionsmittel erlaubt, das die Pestbazillen wirklich abtötet.

Von den Mitteln, die zur Desinfektion oft verwandt werden, sind einige durchaus ungeeignet, weil sie nicht keimtötend wirken; wenn auch die mechanische Beseitigung der Keime durch ihre Hilfe leicht gelingt, so sind dann doch im Spülwasser die lebenden Keime enthalten. Hierher gehören die dreiprozentige Kaliseifenlösung, heiße Sodalösung, Abreiben mit Brot. Beim Abwaschen und Abbürsten mit stärker keimtötenden Mitteln, wie Kresol- und Sublimatlösung, wird oft dadurch gefehlt, daß nicht die genügende Zeit auf die Desinfektion verwandt wird, oder daß die mechanische Reinigung (Nagelfalz an den Fingern etc.) nicht gründlich genug vorgenommen wird. Ganz irrig ist die Annahme, daß Lüftung und Besonnung zur Desinfektion von Krankenzimmern ausreichen.

Die bloße Beseitigung der Keime im Gegensatz zu ihrer Abtötung fällt im wesentlichen mit der „Reinigung“ zusammen. Nun ist es wohl richtig, daß die Reinlichkeit bei jeder Desinfektion eine sehr bedeutende Rolle spielt, aber sie kann unter

Umständen mehr schaden als nützen. Das ist besonders der Fall bei den Maßnahmen, die während der Krankheitsdauer getroffen werden sollen, um eine Weiterverbreitung zu hindern. Das Aufwischen der Krankenzimmer, ungeeignete Lüftung der Zimmer, Reinigung der Hände von den Keimen, ohne diese zu töten, können die Krankheitserreger unter Umständen weiter verbreiten, statt sie zu vernichten. Als Beispiel dafür, daß auch bei den Maßnahmen, die nach Ablauf der Krankheit getroffen werden sollen, die unzulängliche Bewertung der Reinigung und der Keimtötung Schaden stiften kann, führte Flügge die Berliner Desinfektionsordnung an; manche ihrer Vorschriften, die eine mechanische Reinigung des Zimmers vor der Anwendung der keimtötenden Mittel erstreben, sind geradezu geeignet, die Keime weiter zu verbreiten. Sind aber die Keime so weit verbreitet, daß es doch unmöglich ist sie insgesamt zu vernichten, so wird man sich mit der Reinigung oder je nach den Umständen mit einem kombinierten Verfahren begnügen müssen. Wo aber völlige Keimbeseitigung verlangt wird, da ist die Formalindesinfektion nicht zu umgehen.

Die Herstellung und Anwendungsart der desinfizierenden Mittel entspricht vielfach nicht den Anforderungen, die nach neueren Forschungen zu stellen sind. So ist z. B. das Kresolwasser, das vielfach zur Händedesinfektion verwendet wird, hierzu deshalb weitaus nicht so geeignet, wie die Sublimatlösung, weil es mindestens drei Minuten braucht, um zu wirken. Dagegen sind die Einwürfe, die gegen das Kresol wegen seiner ungleichmäßigen Zusammensetzung erhoben werden, nicht stichhaltig, und es ist z. B. der Karbolsäure durch schnellere Wirkung und durch billigeren Preis überlegen. Beim Formaldehyd werden größere Mengen und längere Einwirkung verlangt, als nach den oben genannten Untersuchungen Reichenbachs erforderlich ist; ein Überschuß von Formaldehyd aber ist von Übel, weil die Desodorisierung dadurch erschwert und die Höhe der Kosten zwecklos gesteigert wird. Für die Kontrolle der Dampfapparate sind nach Heymanns Untersuchungen strengere Maßnahmen als bisher erforderlich, die er im einzelnen präzisiert. Flügge ist im Einverständnis mit Heymann überzeugt, daß bei der bisherigen Art der Dampfdesinfektion die Objekte vielfach tatsächlich nicht keimfrei werden. Aus Mosebachs Untersuchungen sei noch angeführt, daß trockene Hitze von 75—80° bei protrahierter Anwendung (16 bis 24 Stunden) sehr geeignet zur Desinfektion von Büchern ist, für die bisher noch kein schonendes Desinfektionsverfahren bekannt war. Nach Findel können bei einer gewissen Modifikation des Verfahrens auch Ledersachen in dieser Weise einer völlig schonenden Desinfektion unterzogen werden.

Die für die Stadt Breslau in Aussicht genommene Desinfektionsanweisung bespricht im ersten Teil die Maßnahmen während einer übertragbaren Krankheit, während der zweite Abschnitt die Instruktion für die Schlußdesinfektion unter genauer Berücksichtigung der einzelnen infektiösen Erkrankungen enthält. Während für Influenza, Masern und Scharlach die Desinfektion des Krankenzimmers mit Formaldehyd als genügend bezeichnet wird, kommen bei den anderen Erkrankungen zu dieser Maßnahme noch spezielle Vorschriften für die Behandlung der Wäsche, Betten, des Auswurfes usw. Lehfeldt.

Das Straßburger Verfahren der Formalindesinfektion.

Von Dr. H. Kayser, Straßburg i. E.
(Straßb. med. Ztg., 1905, Heft 3.)

Ungefähr zu derselben Zeit, wo Flügge das „Breslauer Verfahren“ der Desinfektion mit Formalin ausarbeitete, wurde auch in Straßburg ein solches Verfahren erprobt. Es unterschied sich von dem Flügge'schen dadurch, daß nicht die Trioxy-methylenpastillen, sondern das billigere künstliche Formalin ver-

wandt wurde, und zwar nachdem zuvor die Luft des zu desinfizierenden Raumes mit Wasserdampf gesättigt war. Nach siebenjährigen Erfahrungen hat Kayser die Methode im Verein mit Prof. Forster weiter ausgestaltet. Die Hauptpunkte des jetzt geübten Verfahrens sind die folgenden: Nach gleichmäßiger Temperierung des Raumes 1. Herrichtung des Desinfektoranzuges — Mundnasenschwamm. Tuch mit Kresolseifenlösung auf die Türschwelle; 2. Abwaschen des Fußbodens mit Kresolseifenlösung; 3. Beginn der Wasserverdampfung, die Tür bleibt jetzt möglichst eingeklinkt; 4. vorschriftsmäßiges Einpacken und Entfernen des nicht in Formaldehyd zu desinfizierenden Materials (Betten, Kleidungsstücke, Leib- und leinene Wäsche usw.); 5. Abwaschung der grobverschmutzten Zimmerstellen mit fünfprozentiger Kresoli sapon, Dichtungsarbeiten, Ausbreiten der Geräte und Stoffe ev. auf Stricken, offene Schränke und Kommoden etc. von der Wand rücken, Bilder schräg stellen, Bücher offen stellen usw.; Löschen der Flamme, wenn das Wasser bis zu der am Apparat angebrachten Marke verdunstet ist; 6. Anzünden der Formalinlampe nach der Beendigung dieser Arbeiten. Die Menge des für jeden Raum erforderlichen Formalins ist in einer Tabelle angegeben. Verschließen und Dichten der Tür nach Herausnahme der Wasserlampe. Der Desinfektor läßt seine Überkleider und Werkzeuge im Zimmer zurück, wäscht sich außerhalb Hände und Gesicht mit Sublimat — oder Kresolseifenlösung; 7. nach 8½—10 Stunden rasches Einschleichen der beschickten brennenden Ammoniaklampe (die erforderliche Menge von Ammoniak ist wieder in einer Tabelle angegeben) unter Schutz des Gesichts mit Schwamm und Brille, und Verdampfung; 8. nach 1—2 Stunden Öffnen, Lüften, Abtrocknen der Möbel und Metallgegenstände. Lehfeldt.

Untersuchung von pestverdächtigen Ratten aus in Hamburg eingelaufenen Schiffen.

Von Dr. Kister und Dr. Schumacher-Hamburg.
(Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh., Bd. 51, Heft 3.)

In Hamburg werden seit Ende 1899 alle aus verdächtigen Häfen einlaufenden Schiffe genauestens auf tote Ratten untersucht. Bis 1904 wurden im ganzen sechs Schiffe mit 75 Pestratten und einer Pestmaus gefunden. Mit diesen Tieren stellten Kister und Schumacher im staatlichen hygienischen Institut in Hamburg mehrere Versuchsreihen auf, über die sie in der vorliegenden Arbeit berichten. In erster Linie wollten sie ermitteln, ob die Übertragung der Pestkeime nur durch die Rattenkadaver oder auch durch Flöhe, Wanzen usw. oder endlich durch infizierte Waren (die Verfasser benutzten infizierten Mais) zustande komme. Sie fanden, daß Ratten, die von Pestrattenkadavern fraßen, sehr oft, wenn auch durchaus nicht immer, erkrankten; dabei ergab sich eine derartige Abschwächung der Virulenz, daß gewöhnlich schon die dritte Rattengeneration am Leben blieb. Übertragung durch Ungeziefer konnte bei den Versuchen nie, solche durch infizierten Mais trotz vieler Versuche nur einmal unter ganz besonderen Umständen festgestellt werden; es sind also wenigstens für die Verbreitung der Pest unter den Ratten in erster Linie die Kadaver der Pestratten verantwortlich zu machen. — In einer zweiten Versuchsreihe ermittelten die Verfasser, daß bei faulenden Rattenkadavern weder der makroskopische, noch der mikroskopische Befund genügenden Anhalt für Pestverdacht geben. Auch die kulturelle Untersuchung läßt sehr bald im Stich, und somit kann hier nur dann die Diagnose auf Pest gestellt werden, wenn der Tierversuch (Impfung in eine Hauttasche) positiv ausfällt. — Die Abtötung der Ratten auf Schiffen geschieht in Hamburg neuerdings nach dem Verfahren von Nocht und Giemsa, das in der Einleitung eines Gemisches von Kohlenoxyd, Stickstoff und Kohlensäure besteht. Sonst werden noch Arsen, Phosphor, schweflige Säure und Formaldehyd an-

gewandt. Keines dieser Ratten tötenden Mittel verändert die Pestkeime derartig, daß durch ihre Anwendung eine Erschwerung oder Verzögerung der Pestdiagnose herbeigeführt würde. — In Gemeinschaft mit Dr. Trautmann hat Kister endlich noch Versuche darüber angestellt, ob die übliche Art der Desinfektion der Laderäume von pestverseuchten Schiffen mittelst 4prozentiger Kalkmilch sichere Ergebnisse liefere; alle Versuche ergaben dabei, daß sämtliche Pestkeime durch diese Methode vernichtet werden.

Lehfeldt.

Zur Frage der Pestverbreitung durch Insekten. Eine neue Spezies von Rattenfloh.

Von Dr. M. Herzog aus Chicago, z. Zt. in Manila.

(Mit 1 Tafel u. 1 Abb. u. Text.)

Zeitschr. f. Hyg. u. Inf.-Krankh., 51. Band, 2. Heft, Sept. 1905.)

Verfasser beleuchtet die in der Literatur gegebenen Mitteilungen über die Beteiligung der Fliegen, Wanzen, Flöhe und Kopfläuse an der Weiterverbreitung der Pest. Er beschreibt eine neue von ihm in Manila bestimmte Gattung von Rattenflöhen, die aber dem Menschen nicht gefährlich wird. Im ganzen kommt H. zu der Ansicht, daß Insekten bei der Verbreitung der Pest wenig in Frage kommen. Trotzdem mag es sich gelegentlich ereignen, daß blutsaugende Insekten die Infektion vermitteln können. Am Schluß wird ausführlich das Sektionsergebnis eines Falles mitgeteilt, in welchem die Übertragung wahrscheinlich durch Kopfläuse erfolgte.

Ktg.

Über den Nachweis von Typhusbazillen im Trinkwasser mittelst chemischer Fällungsmethoden, insbesondere durch Fällung mit Eisenoxchlorid.

Von O. Müller-Jena.

(Ztschr. f. Hyg. u. Inf.-Krankh., Bd. 51, Heft 1.)

So wichtig der Nachweis von Typhusbazillen im Trinkwasser ist, so sehr war er früher durch die starke Verdünnung erschwert, die selbst eine stärkere Aussaat von Typhuskeimen im Wasser erfährt. Vallet hat durch eine Kombination von chemischen und mechanischen Fällungsmethoden die im Wasser enthaltenen Keime auf einen kleinen Raum zusammengedrängt. Schüder und Ficker haben sein Verfahren modifiziert, und Müller hat im hygienischen Institut in Jena weitere Verbesserungen erprobt. Er wendet zur Fällung der Keime Eisenoxchlorid an und verarbeitet direkt den Niederschlag, ohne ihn erst, wie das sonst geschah, in Lösung zu bringen. Mit dieser Methode gelang es ihm, auch geringe Mengen von Typhuskeimen im Wasser in kurzer Zeit nachzuweisen.

Lehfeldt.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für soziale Medizin.

Sitzung am 9. November 1905.

Vortrag des Herrn Dr. Laquer-Wiesbaden: Nahrungsmittel und Alkoholkonsum im Haushalte des amerikanischen Arbeiters.

Der amerikanische Arbeiter erzielt einen weit höheren Lohn als der deutsche (1920 M. gegenüber 780 M. im Jahre). Seine Ausgaben sind geringer erstens in bezug auf Nahrungsmittel. Infolge der Billigkeit des Bodens sind die Agrarprodukte wohlfeil. Zweitens die Ausgaben für Kleidung sind gering, da für ihn die Manufakturprodukte als Massenartikel hergestellt werden. Daher herrscht im ganzen eine günstige Lebenshaltung des amerikanischen Arbeiters. Der Vortragende ist nun auf Grund einer Reise und unter Vergleich der Arbeiterbudgets beider Länder zu interessanten Ergebnissen bezüglich Nahrungsmittel- und Alkoholkonsum gelangt.

Die Nahrung des amerikanischen Arbeiters ist ausgezeichnet durch geringes Volumen, Eiweißreichtum, Mangel an Zellulose (womit Referent das auffallend starke Angebot von Abfuhrmitteln in den Arbeiterzeitingen in Verbindung bringt) und durch einen hohen Zuckerkonsum. Der deutsche Industriearbeiter befindet sich nach Grotjahn entsprechend dem Vordringen der ländlichen Bevölkerung in die Städte in einem Stadium der Unterernährung, weil er den Übergang zwischen ländlicher und städtischer Ernährungsart noch nicht überwunden hat. Er genießt weit weniger Obst, dafür desto mehr Alkohol als der amerikanische Arbeiter.

In den Arbeiterhaushaltungsbüchern findet sich eine besondere Notiz für „diverse“ Ausgaben. Diese betragen in Deutschland 28 %, in Amerika nur 21 %; darin ist der Alkoholverbrauch in beiden Ländern enthalten. Es gibt mehrere Faktoren, die auf die Abstinenz bzw. Temperenz der amerikanischen Arbeiter einwirken. Der sechste Teil der dortigen Gewerkschaften steht auf dem Boden des strengen Alkoholverbotes, das auch in ihren Gewerkschaftshäusern durchgeführt wird. Was die Förderung seitens der Arbeitgeber betrifft, so werden z. B. betrunkene Eisenbahnangestellte sofort entlassen. In 3000 Fabriken ist der Alkoholgenuß in jeder Form ausgeschlossen. Die Verbreitung des Sports, das eigenartige Klima, das Tempo der Arbeit sind ebenfalls günstige Momente. Die Sekte der Methodisten, welche die Abstinenz zum Dogma erhoben haben, ist weit verbreitet. Die Besteuerung der Schankkonzessionen ist meistens sehr hoch, $\frac{1}{3}$ der Reichseinnahmen (in Deutschland $\frac{1}{16}$) ist der Alkoholbesteuerung zu verdanken. Kneipenbesitzer haben dort eine gesellschaftlich sehr niedrig bewertete Stellung.

Was lernen wir aus dem Studium der amerikanischen Verhältnisse in bezug auf Fortschritte in Deutschland? Zunächst müßte auch hier die Sozialpolitik dahin gehen, die Löhne zu erhöhen, die Nahrungsmittel zu verbilligen. Um zu verhindern, daß mit steigendem Lohne der auf den Alkoholkonsum entfallende Anteil noch vermehrt wird, ist die erziehlische und agitatorische Tätigkeit dringend zu fördern. Zwar ist auf die Arbeiterführer nicht zu hoffen, die sozialdemokratische Partei Deutschlands will die Kneipenbesitzer im Gegensatz zu Österreich und der Schweiz nicht entbehren. Aber wenigstens während der Beschäftigung sollten die Arbeiter den Alkoholgenuß verbannen. Die Arbeitgeber müßten mehr derartige Bestrebungen unterstützen. Die Schulen müssen mobil gemacht werden, wengleich auf diesem Gebiete die amerikanischen Übertreibungen keine Nachahmung verdienen. Selbstverständlich sind auch Wohnungs- und Alkoholfrage eng miteinander verknüpft. Schließlich regt der Referent eine Enquete zur Alkoholfrage seitens der Gesellschaft an.

In der Diskussion sind zunächst die Angaben Körtings interessant. Es haben sich in der nordamerikanischen Armee seit Unterdrückung der Kantinen Geschlechtskrankheiten und Delirium tremens verüffacht.

Übrigens seien auch die japanischen Soldaten keineswegs abstinent; ihre Heerführer erklären, daß, um den Soldaten im Felde vergnügt zu sehen, ein kleiner Zusatz von leichtem Schnaps zur täglichen Ration erforderlich war.

Grotjahn stimmt mit dem Referenten darin überein, daß zur Ausbreitung und Durchführung der Mäßigkeit das Niveau des Arbeiters gehoben werden müsse, und daß in dieser Hinsicht die amerikanischen Verhältnisse nachahmenswert seien.

In anderer Beziehung aber gäbe das Land ein abschreckendes Beispiel, so in dem außerordentlichen Bevölkerungsrückgang durch Geburtenprävention, die dort vor allem dank der Unsträflichkeit des kriminellen Abortes immer mehr um sich greife.

Neißer äußert schwere Bedenken gegen die amerikanische Statistik und die vom Referenten daraus gefolgerten Schlüsse.

Die beiden Vergleichsobjekte seien an Größe und als Wirtschaftsgebiete ganz unvergleichbar. Die Arbeiter stürzen sich nach dem Schlusse der Fabrik auf die Bars und trinken dort Branntwein mit 40 % Alkoholgehalt (statt 25 % in Deutschland). Die offizielle Abstinenz wird durch reichlichen privaten Alkoholgenuß hinfällig gemacht. Die Krankenhäuser in New York verzeichnen dreimal so viel Todesfälle durch Trunksucht als diejenigen Berlins. Eisenstadt.

Gerichtliche Entscheidungen.

Würdigung von ärztlichen Privatgutachten gegenüber den von gerichtlichen Sachverständigen erstatteten Gutachten.

Urteil des Reichsgerichts (VII. Z.-S.) vom 16. Juni 1905.

Insoweit der Berufungsrichter den von dem Kläger beigebrachten Privatgutachten gegenüber dem des gerichtlichen Sachverständigen eine geringere Bedeutung deshalb beigelegt hat, weil sie auf Erfordern einer Partei erstattet worden sind, kann sein Standpunkt nicht gebilligt werden. Sofern keine Bedenken gegen die Glaubwürdigkeit eines Sachverständigen vorliegen, ist der Wert seines Gutachtens nach dessen Begründung unter Berücksichtigung der besonderen Sachkunde des Gutachters zu beurteilen. Im vorliegenden Falle ergibt sich gegen die auf das Gutachten der gerichtlichen Sachverständigen gestützte Entscheidung des Berufungsrichters ein besonderes Bedenken daraus, daß der vom Berufungsrichter zutreffend hervorgehobene Gesichtspunkt, daß der Begriff der Minderung der Erwerbstätigkeit im Sinne des Vertrages der Parteien ein relativer sei, in dem Gutachten des gerichtlichen Sachverständigen keine ausreichende Berücksichtigung gefunden hat. Zutreffend geht der Berufungsrichter davon aus, entscheidend sei die unter Berücksichtigung des Berufes und der früheren Leistungsfähigkeit des Klägers für diesen insbesondere eingetretene Minderung der Erwerbsfähigkeit; er hat aber nicht beachtet, daß das Gutachten des gerichtlichen Sachverständigen nicht erkennen läßt, daß dieser die besondere Bedeutung, die der unbehinderte Gebrauch der Beine für den Kläger in seiner speziellen Berufstätigkeit hatte, genügend gewürdigt hat. Ein näheres Eingehen auf diesen Gesichtspunkt tritt in dem Gutachten des gerichtlichen Sachverständigen nicht hervor, während der Sachverständige M. denselben mit Recht in den Vordergrund gerückt hat. Abgesehen von diesem Vorzug verdient das Gutachten des letzteren besondere Bedeutung auch deshalb, weil er Spezialarzt für Orthopädie ist, somit von ihm eine besondere Qualifikation für die hier erforderliche Beurteilung vorausgesetzt werden kann.

Verlust des Mittelfingers ist nicht als Verlust eines wichtigen Körperteiles im Sinne des § 224 Str. G. B. anzusehen.

Urteil des Reichsgerichts (I. Str.-Sen.) vom 8. September 1904.

Daraus, daß wegen des Verlustes des ganzen Mittelfingers der linken Hand die Faust nicht geschlossen werden kann, folgt noch nicht die Wichtigkeit des Fingers für den Gesamtorganismus, die nur dann anzunehmen ist, wenn alle Einzelorgane mehr oder weniger durch den Verlust des Gliedes beeinträchtigt werden. Daß es nur auf eine solche abstrakte Wichtigkeit ankommt, und von der Bedeutung des Verlustes des Gliedes für das Individuum abzusehen ist, hat das Reichsgericht wiederholt ausgesprochen. Jur. Wochenschr.; 1905, Nr. 8.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Lohsing, Ernst, Dr. jur. Das Geständnis in Strafsachen. Juristisch-psychiatrische Grenzfragen. 3. Band, Heft 1—3. 142 S. Halle, C. Marhold.

Geständnis in Strafsachen ist jede Aussage, die an sich betrachtet einen strafrechtlich relevanten Nachteil des Aussagenden herbeizuführen geeignet ist.

Verfasser bespricht die Rolle, die das Geständnis früher und jetzt im Strafprozeß gespielt hat, und gibt dann eine eingehende und anziehende psychologische Würdigung des Geständnisses als Kriterium seiner Beweiskraft. Das vermutete (Geständnis (Flucht oder Selbstmord des Angeschuldigten) oder stillschweigendes Geständnis müssen hinsichtlich ihres Grundes eingehend geprüft werden, ehe sie zu Ungunsten des Angeklagten verwertet werden dürfen. Am eingehendsten beschäftigt Verfasser sich mit dem ausdrücklichen, d. h. expressis verbis abgelegten Geständnis, das logisch (hinsichtlich seiner Übereinstimmung mit den anderen Beweismitteln) und psychologisch nach seinem inneren Werte, auf seine objektive und subjektive Glaubwürdigkeit geprüft werden muß. Die Erforschung des Motivs ist von größter Wichtigkeit, freilich meist nicht minder schwer, zumal fast immer mehrere Motive zusammenwirken. Verfasser untersucht die verschiedenen Möglichkeiten und belegt seine Ausführungen durch praktische Beispiele. Für die Leser dieser Zeitschrift sind natürlich von besonderem Interesse die Erörterungen über die Geständnisse aus psychiatrischen Gründen, sei es, daß die strafbare Handlung selbst oder das Geständnis die Tat eines Kranken ist.

Auch der Widerruf des Geständnisses bedarf der gleichen eingehenden kritischen Prüfung auf seine innere wie äußere Haltbarkeit, sollen Justizirrtümer vermieden werden.

Die eingehende und lesenswerte Arbeit tut überzeugend dar, daß heute im Zeitalter der freien Beweiswürdigung das Geständnis nur mit äußerster Vorsicht verwertet werden kann. „In wichtigen Fällen darf das Geständnis für den Untersuchungsrichter einfach nicht existieren, er hat ebenso genau vorzugehen, als ob der Beschuldigte leugnete“, schreibt H. Groß, dem Verfasser die vorliegende Studie gewidmet hat. Schultze.

Schacht, Dr., Paul. Die chirurgische Behandlung der Hämorrhoiden. Königsberg 1904, Graefe & Unzer. II. Aufl.

Verfasser schildert die zur operativen bzw. halboperativen (Injektionsmethode) Entfernung der Hämorrhoiden ersonnenen Methoden in ihrer historischen Entwicklung, ohne den Versuch, den Leser auf Grund eigener Erfahrungen für eine bestimmte dieser Methoden zu gewinnen. Besprechung fanden: Die Dehnung der Mastdarmsphinkteren, die intrahämorrhoidalen (Acid carbolic.) und die intrarektalen (Calc. chloric.) Injektionen, die Kauterisation, die Ligatur, die Exzision und die Kombination mehrerer dieser Methoden. G. Glücksmann, Berlin.

Camerer, Dr. med., und Landauer, Oberlandesgerichtsrat. Geistesschwäche als Entmündigungsgrund. Juristisch-psychiatrische Grenzfragen, II. Band, Heft 7/8. Halle a. S., C. Marhold. 1905. Mk. 120.

Camerer definiert den Unterschied zwischen Geisteskrankheit und Geistesschwäche in der heute wohl allgemein anerkannten Form, bemängelt an der Hand eigener Erfahrungen die Notwendigkeit der Zustellung des Beschlusses im Falle der Entmündigung wegen Geistesschwäche und erörtert die bei der Beurteilung der einzelnen Psychosen in Betracht kommenden Gesichtspunkte.

Landauer nimmt einen durchaus anderen Standpunkt ein. Seine Ausführungen wirken aber nicht sehr überzeugend, und ob damit für die Praxis mehr gewonnen wird, möchte Referent

bezweifeln. Nach ihm sind für die Entscheidung der Frage, ob Geisteskrankheit oder Geistesschwäche im Sinne des § 6 B. G. B. vorliegt, nicht die rechtlichen Folgen maßgebend, sondern Lebenserfahrung und ärztliche Wissenschaft. Leidet also der zu Entmündigende an Geisteskrankheit im psychiatrischen Sinne und kann er infolgedessen seine Angelegenheiten nicht mehr selbständig besorgen analog dem Minderjährigen, so kann die Entmündigung wegen Geistesschwäche nur dann erfolgen, wenn festgestellt wird, daß er auch an Geistesschwäche leidet.

Schultze.

Hoennicke, Ernst. Über das Wesen der Osteomalacie und ihre therapeutischen Konsequenzen. Ein Beitrag zur Lehre von den Krankheiten der Schilddrüse. Nebst Bemerkungen über den seelischen Zustand bei der Knochenweichung. Hochesche Sammlung. Bd. V. Heft 4 und 5. Carl Marhold. Halle a. S. 1905.

Verfasser weist auf Grund der kritisch verwerteten Literatur und eigener Beobachtungen darauf hin, daß die geographische Verbreitung der Osteomalacie mit der des Kropfes übereinstimmt. Bei Osteomalacie findet sich oft eine kranke Schilddrüse. An Osteomalacie leidende Kranke bieten als thyreogen angesprochene Symptome, wie Kongestionen, Tremor, Schwindelanfälle, Herzklopfen, Durchfälle, viel seltener auch Neigung zu Schweiß, Polydipsie. Auch Basedow hat man bei Osteomalacie beobachtet; Verfasser teilt einen solchen Fall mit. Alles das führt Verfasser zu dem Schluß, in der Osteomalacie den Ausdruck einer Schilddrüsenerkrankung zu sehen.

Verfasser fand bei den osteomalacischen Kranken vielfach depressive und hypomanische Zustände in der Form des manisch-depressiven Irreseins, manchmal auch eine unverkennbare intellektuelle Schwäche. Auch den psychischen Störungen weist er einen thyreogenen Ursprung zu.

Schultze.

Klaußner, Prof. Dr., München. Über das psychische Verhalten des Arztes und Patienten vor, bei und nach der Operation. 33 S. Wiesbaden 1905 bei J. F. Bergmann.

Machen unabweisliche Umstände, wie z. B. Lebensgefahr, eine Operation dringlich, so wird der Arzt kaum Schwierigkeiten begegnen. Ebenso wenig, wenn kosmetische Wünsche den Patienten zum Operateur führen. Doch hüte sich letzteren Falles der Arzt, zu viel zu versprechen. Auf die härteste Probe wird der Einfluß des Arztes und die Art, ihn zur Geltung zu bringen, da gestellt, wo eine Operation aus Gründen anzuraten ist, die dem Patienten erst plausibel gemacht werden müssen. Das ist die Mehrzahl der Eingriffe. Das Verhalten des Hausarztes wie des zugezogenen Chirurgen hierbei wird vom Verfasser kritisch gewürdigt; alle Momente werden hervorgehoben, welche geeignet sind, die natürliche Angst des Kranken und seiner Angehörigen vor dem Eingriff, dem Krankenhaus, der Narkose, zu beschwichtigen. Auch wird dem Arzt geraten, sich vor Haftpflicht zu sichern, da ungünstige Zufälle nie auszuschließen sind. Ein besonders interessanter Abschnitt ist der Narkose gewidmet. Verfasser hat recht, wenn er die lokale Anästhesie auf unbedeutende, oberflächliche Eingriffe beschränkt wissen will. Die bewußte Teilnahme des Patienten ist störend, die lokale Narkose begrenzt, daher unzuverlässig, sowie im Laufe der Operation unvorherzusehende Notwendigkeiten eintreten; die Ärzte sind außerdem in den wenigen mündlichen Erörterungen beschränkt, die während der Operation nötig werden. Sehr beherzigenswert ist endlich, was Verfasser über die Folgen der Operation dem Arzt zu bedenken gibt. Die Länge des Schnittes ist nicht gleichgültig, wie manchen Chirurgen gegenüber betont werden muß. Der zulässig kleinste Schnitt ist der beste, denn jede Narbe ist störend; Länge und Gestalt müssen die Störung vermehren! — Die Arbeit ist den

jungen Kollegen gewidmet, aber auch ältere werden aus den trefflichen Ratschlägen des Verfassers lernen können.

Nun noch ein Wort über das Äußere. Das Buch ist auf weißem, stark glänzendem Papier mit klaren, aber sehr dünnen Lettern gedruckt. Die Lektüre bei Lampenlicht wird durch die vielen störenden Reflexe zur Qual! Wann werden die deutschen Verleger endlich lernen, zum Druck ihrer Bücher ein gelbliches, mattes Papier und starke Lettern in weiten Zeilenabständen zu verwenden? Daß der Preis dadurch nicht erhöht zu werden braucht, zeigen die mustergültigen, in England hergestellten Bücher, die den gedachten Bedingungen durchweg entsprechen. Ktg.

Gurwitsch, Alexander. Morphologie und Biologie der Zelle. Mit 239 Abbildungen im Text. Jena 1904. Gustav Fischer.

Gurwitsch gibt auf den 437 Seiten des Buches eine erschöpfende Darstellung des heutigen Standpunktes von der Lehre der Zelle, soweit diese als solche, soweit ihr Eigenleben in Frage kommt. Die Darstellung geht wesentlich von biologischen Gesichtspunkten aus und es ist absichtlich vermieden, eine rein morphologische Zergliederung, eine Schilderung der Einzelbestandteile der Zelle und ihrer Funktionen zu geben, vielmehr werden die elementarsten Lebensvorgänge und Lebenserscheinungen als Einzelemente betrachtet und demnach wird die Einteilung in die Rubriken: „Statik und Dynamik der Zelle“, „Stoffliche Tätigkeit der Zelle“, „Fortpflanzung der Zelle“ gewählt, denen in einem vierten Abschnitt die Betrachtung der Zelle als Individium folgt. Die Auseinandersetzungen sind klar, sie berücksichtigen durchweg in ausführlicher Weise die meisten Arbeiten und werden überall durch gute Abbildungen in trefflicher Weise erläutert. Die Ausstattung des Buches ist, dafür bürgt ja schon der Name des Verlegers, durchaus vornehm. Jedem, der sich mit dem Studium der Zellen eingehender beschäftigt, kann das Buch dringend empfohlen werden, er wird darin über alle einschlägigen Fragen aufs beste unterrichtet werden und auch in dem Literaturverzeichnis eine willkommene Hilfe für seine Arbeiten finden. Buße-Posen.

Elsässer, Über die sogenannten Bergmannskrankheiten.

Abzehrung und Wurmkrankheit unter den Bergleuten, auch mit Rücksicht auf ihre Gefahren für die Allgemeinheit. 1905. Druck und Verlag von F. W. Becker, Arnberg.

Die vorliegende kleine Schrift bezweckt, weitere Kreise, insbesondere die bergmännische Bevölkerung, über die Tuberkulose und die Wurmkrankheit, ihre Entstehung, Gefahren und Verhütung aufzuklären und zu beruhigen. Kürze und Klarheit der Darstellung lassen die Schrift für den gedachten Zweck besonders geeignet erscheinen. E. Roth (Potsdam).

Tagesgeschichte.

Die Ausführungsbestimmungen zu dem Gesetze, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, vom 28. August 1905.

Am 10. Oktober 1905 ist das Preußische Seuchengesetz in Kraft getreten. Zugleich sind die Ausführungsbestimmungen erschienen, von denen wir das Wichtigste hier wiedergeben:

Zu § 1.

Die Anzeigepflicht bei Lungen- und Kehlkopftuberkulose erstreckt sich auf Todesfälle an beiden Krankheiten.

Zu § 2.

Unter den mit der Behandlung oder Pflege des Erkrankten beschäftigten Personen sind nur solche zu verstehen, welche diese berufsmäßig ausüben.

Zu § 3.

Bei Krankheits- und Todesfällen auf Schiffen ist die Anzeige an die Polizeibehörde des ersten Hafenplatzes oder der ersten Anlegestelle, bzw. an die erste Überwachungsstelle zu erstatten, welche das Schiff nach Eintritt der anzeigepflichtigen Tatsache anläuft.

Zu § 4.

Zur Erleichterung der Anzeigepflicht sollen den anzeigepflichtigen Personen adressierte Kartenbriefe zugestellt werden, die zum Zwecke freier Beförderung für den Fernverkehr, und soweit sie an Ärzte und ärztliches Hilfspersonal ausgegeben werden, auch für den Ortsverkehr mit dem Aversionierungsvermerke versehen sind. Auf Grund der Anzeigen haben die Polizeibehörden besondere Listen zu führen. Bei einer Epidemie empfiehlt sich eine geeignete Belehrung der Bevölkerung unter Vermeidung unnötiger Beunruhigung.

Zu §§ 5, 7 und 11.

Die Regierungspräsidenten haben Vorsorge zu treffen, daß sie von dem Auftreten einer Epidemie der in § 1 nicht angeführten übertragbaren Krankheiten möglichst bald Kenntnis erhalten. Sie haben dann an den Minister zu berichten und sich gutachtlich darüber zu äußern, ob und inwieweit von den in den oben genannten Paragraphen angeführten Ermächtigungen Gebrauch zu machen sich empfehlen würde.

Zu § 6.

Erhalten die Polizeibehörden durch Anzeigen oder anderweit Kenntnis von einer der in § 1 bezeichneten Krankheiten, so haben sie sofort den Kreisarzt zu benachrichtigen. Dieser hat — außer bei Diphtherie, Körnerkrankheit und Scharlach — an Ort und Stelle Ermittlungen anzustellen und falls es erforderlich ist, eine bakteriologische Untersuchung zu veranlassen. Stellt der Kranke in der Behandlung eines Arztes, so ist dieser zu den Ermittlungen und Untersuchungen einzuladen. Die Anordnung der Leichenöffnung ist nur bei Rotz- und Typhusverdacht (außer bei Cholera-, Gelbfieber- und Pestverdacht) zulässig und soll nur dann stattfinden, wenn die bakteriologische Untersuchung zur Feststellung der Diagnose nicht ausreicht oder nicht ausführbar ist. Zur Ermittlung von Diphtherie, Körnerkrankheit und Scharlach kann die Polizeibehörde auch den nächst erreichbaren praktischen Arzt heranziehen. Die anzeigepflichtigen Personen müssen über alle wichtigen Umstände dem beamteten Arzt und der Polizeibehörde Auskunft erteilen. Diese hat nach Feststellung der Krankheit sofort die erforderlichen Schutzmaßregeln zu treffen. Ist Gefahr im Verzug, so kann der beamtete Arzt sofort die erforderlichen Maßregeln anordnen, die er dem Betroffenen schriftlich geben und der Polizeibehörde gleichzeitig schriftlich mitteilen muß. Für Ortschaften und Bezirke ohne allgemeinen Leichenschauzwang kann bei Milzbrand, Rotz, Ruhr und Typhus eine amtliche Leichenbesichtigung durch die Polizeibehörde angeordnet werden. Die Landräte, bzw. die Ortspolizeibehörden haben Wochennachweisungen über die Erkrankungen und Todesfälle an übertragbaren Krankheiten an die Regierungspräsidenten einzureichen, die diese an die Oberpräsidenten und den Medizinalminister weiterzugeben haben.

Zu § 7.

Ist die Anzeigepflicht auf eine in § 1 nicht angeführte Krankheit ausgedehnt, so findet die Bestimmung zu § 4 entsprechende Anwendung.

Zu § 8.

Die in diesem Paragraph angegebenen Aufsichts- und Abwehrmaßregeln bezeichnen das Höchstmaß dessen, was die Polizeibehörden anordnen dürfen. Im Einzelfalle haben diese bei ihren Anordnungen und der beamtete Arzt bei seinen Vor-

schlägen sich auf das zu beschränken, was bei Vermeidung unnötiger Eingriffe in die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse der Bevölkerung zur Vermeidung einer Ausbreitung der Krankheit erforderlich ist.

I. Einer Beobachtung können unterworfen werden: kranke und krankheitsverdächtige Personen bei Körnerkrankheit, Rotz, Rückfallfieber und Typhus, bei Syphilis, Tripper und Schanker, soweit sie gewerbsmäßig Unzucht treiben, ansteckungsverdächtige Personen bei Tollwut. Die Beobachtung hat schonend zu geschehen und ist im allgemeinen darauf zu beschränken, daß in angemessenen Zwischenräumen durch geeignete Personen Erkundigungen eingezogen werden.

II. Der Regierungspräsident kann verordnen, daß Personen, welche aus Bezirken oder Ortschaften zureisen, in denen Körnerkrankheit, Rückfallfieber oder Typhus ausgebrochen sind, bei ihrer Ankunft der Ortspolizeibehörde schriftlich oder mündlich zu melden sind.

III. Einer Absonderung können unterworfen werden: kranke Personen bei übertragbarer Genickstarre, Ruhr, Tollwut, Diphtherie und Scharlach; bei Syphilis, Tripper und Schanker, soweit sie gewerbsmäßig Unzucht treiben; kranke und krankheitsverdächtige Personen bei Rotz, Rückfallfieber und Typhus. Die Absonderung ist tunlichst in der Behausung des Kranken durchzuführen. Nur, wenn sich hier die notwendigen Maßregeln nicht treffen lassen, ist die Überführung in ein geeignetes Krankenhaus zu bewirken.

IV. Wohnungen, in denen sich an Rückfallfieber oder Typhus erkrankte Personen aufhalten, sind durch gelbe Tafeln, bzw. Laternen kenntlich zu machen.

V. Für das berufsmäßige Pflegepersonal können Verkehrsbeschränkungen bei Diphtherie, Kindbettfieber, Rückfallfieber, Scharlach und Typhus angeordnet werden. Diese werden in der Regel darin bestehen, daß die Betroffenen keine andere Pflege übernehmen dürfen, sich hinsichtlich der Desinfektion den Vorschriften des beamteten Arztes fügen und den Verkehr mit anderen Personen tunlichst zu meiden haben.

VI. Bei epidemischem Auftreten von Diphtherie, Milzbrand, Scharlach oder Typhus kann eine gesundheitspolizeiliche Überwachung hinsichtlich der gewerbsmäßigen Herstellung, Behandlung und Aufbewahrung solcher Gegenstände angeordnet werden, welche geeignet sind, die Krankheit zu verbreiten.

VII. Bei epidemischem Auftreten von Rückfallfieber, Ruhr oder Typhus kann die Abhaltung von Märkten, Messen und anderen Veranstaltungen, welche größere Menschenansammlungen bedingen, verboten oder beschränkt werden.

VIII. Jugendliche Personen aus Behausungen, in welchen eine Erkrankung an Diphtherie, Rückfallfieber, Ruhr, Scharlach oder Typhus vorgekommen ist, müssen für die Dauer einer Ansteckungsgefahr vom Schul- und Unterrichtsbesuche ferngehalten werden.

IX. In Ortschaften, in welchen Ruhr oder Typhus herrscht, kann die Benutzung der Wasserquellen, Badeanlagen und Bedürfnisanstalten verboten oder beschränkt werden.

X. Die Räumung von Wohnungen und Gebäuden, in welchen Erkrankungen an Rückfallfieber, Ruhr oder Typhus vorgekommen sind, kann ausnahmsweise angeordnet werden, falls sie nach Ansicht des beamteten Arztes die Bildung eines Seuchenherdes befürchten lassen.

XI. Für Räume und Gegenstände, von denen man vermuten kann, daß sie mit dem Krankheitsstoff behaftet sind, kann eine Desinfektion nach der als Anlage 5 beigefügten Anweisung, für wertlose Gegenstände eventuell die Vernichtung angeordnet werden.

XII. Für die Bestattung usw. von Personen, welche an Diphtherie, Ruhr, Scharlach, Typhus, Milzbrand oder Rotz gestorben sind, können besondere Vorsichtsmaßregeln angeordnet

werden, wie Einhüllen der Leichen in Tücher, die mit einer desinfizierenden Flüssigkeit getränkt sind, baldige Einsargung, Schließung und Bestattung des Sargs, Beschränkung des Leichengefolges usw.

Zu § 9.

1. Die zwangsweise Anhaltung zur ärztlichen Behandlung an Körnerkrankheit leidender Personen soll nur in Orten stattfinden, in welchen eine planmäßige Bekämpfung der Krankheit vorgenommen wird. Findet die Behandlung in öffentlichen Sprechstunden statt, so können die Kranken angehalten werden, sich an bestimmten Tagen und zu bestimmten Stunden zur Untersuchung und Behandlung einzufinden.

2. Personen, welche gewerbsmäßig Unzucht treiben, sind anzuhalten, sich an bestimmten Orten und zu bestimmter Zeit zur Untersuchung einzufinden. Wird hierbei Tripper, Schanker oder Syphilis festgestellt, so sind sie zur ärztlichen Behandlung — am zweckmäßigsten in öffentlichen ärztlichen Sprechstunden — anzuhalten. Entziehen die Betreffenden sich dieser Behandlung oder setzen sie den Betrieb gewerbsmäßiger Unzucht weiter fort, so sind sie bis zu ihrer völligen Heilung in ein geeignetes Krankenhaus zu überführen.

Zu § 13 Abs. 2.

Für die Hinzuziehung anderer als beamteter Ärzte zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten ist die Entscheidung des Ministers — im Notfalle telegraphisch — einzuholen. In erster Linie sollen kreisärztlich approbierte Ärzte in Vorschlag gebracht werden.

Zu §§ 14 bis 20.

Der Invalidenversicherung unterliegende Personen, welche einer Beobachtung oder Absonderung unterworfen werden, sind für jeden Arbeitstag mit dem dreihundertsten Teile des Jahresarbeitsverdienstes abzüglich des ihnen etwa gesetzlich zustehenden Krankengeldes zu entschädigen. Zur Vernichtung bestimmte infizierte Gegenstände sollen zum Zwecke der Entschädigung des Eigentümers durch zwei Sachverständige abgeschätzt werden. Eine Entschädigung ist ausgeschlossen, wenn die Gegenstände staatliches oder kommunales Eigentum sind oder wenn der Entschädigungsberechtigte sie an sich gebracht hat, obwohl er wissen mußte, daß sie infiziert oder auf polizeiliche Anordnung zu desinfizieren waren.

Zu § 25.

Jede Beteiligung eines beamteten Arztes, die durch Gesetz, Dienstanweisung oder Einzelauftrag ihm übertragen ist, gilt als amtliche Beteiligung. Praktische Ärzte werden nach dem niedrigsten Satze der Gebührenordnung honoriert.

Zu § 27.

Es wird die Erstattung der einer Gemeinde oder einem Gutsbezirk in einem Etatsjahre erwachsenen Kosten im einzelnen festgesetzt.

Zu § 29.

Einrichtungen im Sinne dieses Paragraphen sind besondere Schutzmaßregeln, sei es daß sie dauernd, sei es daß sie nur für die Dauer einer besonderen Krankheitsgefahr getroffen werden, dagegen nicht die der regelmäßigen Krankenpflege oder die der allgemeinen Verbesserung der hygienischen Verhältnisse dienenden Einrichtungen. Da die Einrichtungen im Sinne des § 29 für vereinzelte kleinere Gemeinden unverhältnismäßig hohe Aufwendungen bedingen würden, wird sich die Bildung von Zweckverbänden zu diesem Behufe empfehlen.

Zu § 30.

Die Kommunalaufsichtsbehörden haben dafür zu sorgen, daß die für notwendig erachteten Einrichtungen von den Kommunal-

verbänden nach Möglichkeit freiwillig beschafft werden. Wird ein Einverständnis mit Kreis oder Gemeinde nicht erzielt, so hat die Aufsichtsbehörde die Anordnung gemäß § 30 auf das Maß des unbedingt Erforderlichen zu beschränken.

Zu § 31.

Wird die Leistungsfähigkeit einer Gemeinde für eine als notwendig anerkannte Einrichtung verneint, so ist vor weiterer Veranlassung jedesmal an den Minister zu berichten.

Zu § 32.

Von der Befugnis zur sofortigen Anordnung einer Einrichtung ist nur dann Gebrauch zu machen, wenn von der Unterlassung eine unmittelbare dringende Gefahr für das öffentliche Wohl zu besorgen ist.

Anlage 1—4 enthalten Schemata für Anzeigen, Listen und Nachweisungen der übertragbaren Krankheiten.

Anlage 5: Desinfektionsanweisung. Als Desinfektionsmittel werden Karbolsäure, Kresolschwefelsäure, Kalk, Chlorkalk, Schmierseife, Sodalösung, Formaldehyd, Wasserdampf, Siedehitze, Feuer, Vergraben, Steinkohlen- oder Holzteer und die Art ihrer Anwendung besprochen.

Ferner werden Vorschriften über die Anwendung der Desinfektionsmittel im einzelnen gegeben hinsichtlich der Ausscheidungen der Kranken, der Krankenzimmer, der Hände und sonstiger Körperteile, die mit infizierten Dingen in Berührung gekommen sind, der Wäsche, Kleidungsstücke, der verschiedenen Gebrauchsgegenstände, endlich der Leichen.

Untersuchungen über den Selbstmord.

Die beunruhigende Tatsache, daß die Zahl der Selbstmorde in der modernen Zeit ständig zunimmt, hat schon oft die Gelehrten beschäftigt. Als Gründe für diese Erscheinung hat man in erster Linie den immer härter werdenden Kampf ums Dasein und im Zusammenhang damit die gesteigerte „Nervosität“ im heutigen Gesellschaftsleben angenommen. Vor allem hat man aus statistischen Feststellungen Erkenntnisse über den Selbstmord als soziale Erscheinung zu gewinnen versucht; und so hat auch der Professor William B. Bailey von der Yale-Universität ein reiches Tatsachenmaterial gesammelt, das sich auf 29 344 Fälle aus den Jahren 1897—1901 gründet. Die auffallendste Tatsache ist zunächst, daß unter 10 000 Selbstmördern 7781 Männer und nur 2219 Frauen sind; das gibt ein Verhältnis von $3\frac{1}{2}:1$. Auch in anderen Ländern ist die Tatsache ganz allgemein beobachtet worden, daß die Männer ganz erheblich stärker an der Selbstmordziffer beteiligt sind als die Frauen. So zählte man in Deutschland in den Jahren 1881—1890 auf hundert männliche Selbstmörder nur 25,3, in England und Wales auf hundert nur 30,7, in Österreich 29,6 weibliche Selbstmörder. Nach Baileys Feststellungen entfallen fast $\frac{2}{3}$ der Selbstmorde auf das Alter von 20 bis 50 Jahren, das heißt gerade auf die Jahre, in denen der Mensch im allgemeinen am kräftigsten und widerstandsfähigsten sein dürfte. Unter den Verheirateten ist die Zahl der Selbstmorde größer als unter den Nichtverheirateten, wobei wieder die verheirateten Männer leichter geneigt zu sein scheinen, Selbstmord zu begehen, als verheiratete Frauen. Im Gegensatz dazu sind alleinstehende, verwitwete oder geschiedene Frauen eher geneigt, sich selbst zu töten, als alleinstehende Männer. Der Gelehrte hat auch, so weit dies möglich war, den Gründen, die die Selbstmörder in den Tod trieben, nachgeforscht, und er kommt zu dem Ergebnis, daß die Leute viel eher infolge geschäftlicher Verluste Hand an sich legen, als wenn Krankheit sie befallen hat, oder sie etwa in der Liebe eine Enttäuschung erfahren haben. Merk-

würdig erscheint die Tatsache, daß sich hinsichtlich der Wochentage deutliche Unterschiede in der Zahl der Selbstmorde zeigen. Die zahlreichsten Selbstmorde fallen auf den Montag, während nur wenige Selbstmörder den Sonnabend zur Ausführung ihres verhängnisvollen Entschlusses wählen. (Medizinische Klinik.)

Ist ein Heilverfahren patentfähig?

Rob. Freund-Danzig legt in der Münch. med. Wochenschrift (Nr. 25) Protest gegen die Patentierung von Heilverfahren ein und zwar im Anschluß daran, daß ihm vom Patentinhaber des sog. Vierzellenbades Dr. C. E. Schnee-Karlsbad geradezu gesagt worden ist, daß er ein von ihm schon früher angewandtes und auch in Lehrbüchern geschildertes, der Schneeschnee Idee entsprechendes Verfahren als das Patent verletzend nicht anwenden dürfe, welches darin besteht, daß man elektrischen Strom irgendwelcher Art in Wannen leite, in welche die Extremitäten der Patienten hinein tauchten. Mit Recht betont Verfasser, daß eine derartige Monopolisierung von Heilverfahren dem ganzen wissenschaftlichen Sinn unserer Medizin widerspreche. Seelhorst.

Ministerialerlasse.

I. Seuchenbekämpfung.

Erlaß vom 8. September 1905, betreffend wechselseitige Mitteilung von dem Auftreten übertragbarer Krankheiten seitens der Ortspolizeibehörden und des Bezirkskommandos.

Die durch Bekanntmachung des Herrn Reichskanzlers vom 22. Juli 1902 den Ortspolizeibehörden auferlegte Verpflichtung in Garnisonorten von dem Auftreten übertragbarer Krankheiten dem Kommandanten, bzw. dem Garnisonsältesten Mitteilung zu machen, erstreckt sich auch auf Orte mit Bezirkskommandos. Auf Anweisung des Herrn Kriegsministers werden die in Betracht kommenden Bezirkskommandos vorkommendenfalls die gleichen Mitteilungen über Erkrankungen ihres Personals an die Ortspolizeibehörden richten.

— 11. September 1905, betreffend Belehrung der Bevölkerung über das Wesen etc. der Cholera.

Eine Aufklärung der Bevölkerung erscheint wünschenswert im Interesse der Bekämpfung zu weit gehender Cholerafurcht, wie der Vermeidung von Ansteckung. Es eignet sich zu diesem Zwecke die der „Anweisung des Bundesrats zur Bekämpfung der Cholera vom 28. Januar 1904“ als Anlage 2 beigegebene gemeinverständliche Belehrung, die im Ministerium zur Verteilung bereit liegt. Besonders zu begrüßen wären auch belehrende Vorträge von beamteten und geeigneten praktischen Ärzten.

— 11. September 1905, betreffend die Anordnung bakteriologischer Untersuchungen bei choleraverdächtigen Erkrankungen.

Da es in der letzten Zeit häufig vorgekommen ist, daß auf nur einmalige negativ ausgefallene bakteriologische Untersuchung hin die Schutzmaßregeln aufgehoben worden sind, während bisweilen bei einer zweiten Untersuchung Cholera-bakterien doch noch zu finden sind, wird verordnet, daß bei verdächtigen Fällen nur auf Grund zweier durch einen Tag getrennter negativ ausgefallener Untersuchungen der Verdacht als nicht vorhanden bezeichnet werden soll. Es empfiehlt sich dringend, daß bei choleraverdächtigen Erkrankungen auf einem Schiff oder in einer Familie sämtliche Schiffsinsassen resp. Hausgenossen einer bakteriologischen Untersuchung unterzogen werden.

— 12. September 1905, betreffend die Beobachtung der aus choleraverseuchten Gebieten kommenden Schiffer und Flößer.

Die Regierungspräsidenten der in Frage kommenden Gebiete werden um sofortigen Erlaß einer Polizeiverordnung ersucht, nach welcher Schiffer, die sich innerhalb der letzten 6 Tage vor ihrer Ankunft in Orten aufgehalten haben, in denen Cholera-

erkrankungen vorgekommen sind, sich unverzüglich nach ihrer Ankunft bei der Ortspolizeibehörde zu melden haben, von der sie einer fünftägigen Beobachtung zu unterwerfen sind.

Erlaß vom 14. September 1905, betreffend die Ausführung der Desinfektion in von der Cholera befallenen oder bedrohten Orten.

Es wird auf die der „Anweisung des Bundesrats zur Bekämpfung der Cholera“ vom 28. Januar 1904 als Anlage 8 beigegebene „Desinfektionsanweisung bei Cholera“ hingewiesen. Die Bevölkerung soll in geeigneter Weise belehrt, namentlich auf die Zweckmäßigkeit der Verbrennung wertloser Gegenstände, die mit den Kranken in Berührung gekommen sind, hingewiesen werden.

— 28. September 1905, betreffend die unentgeltliche Verabfolgung von Desinfektionskalk an Schiffer und Flößer.

Mit Rücksicht auf die Geringfügigkeit der Beträge und die Schwierigkeit der Einziehung wird genehmigt, daß die Abgabe des Kalks an die bezeichneten Personen unentgeltlich erfolgt.

— 29. September 1905, betreffend Versorgung der an choleraverdächtigen Flußläufen tätigen Arbeiter mit einwandfreiem Trinkwasser.

Es wird den in Betracht kommenden Regierungspräsidenten anheimgestellt, Anordnungen zu erlassen, daß die betreffenden Arbeiter mit dem nötigen Vorrat an einwandfreiem Trinkwasser versehen und daraufhin kontrolliert werden.

— 3. Oktober 1905, betreffend die Rücklieferung der bei den Choleraüberwachungsstellen nicht in Gebrauch genommenen Gegenstände an die Lieferanten.

Es wird ersucht, wenn angängig, mit den Lieferanten eine Rücklieferung der nicht gebrauchten Sachen gegen 10% des Kaufpreises zu vereinbaren.

— 3. Oktober 1905, betreffend die Desinfektion der aus Rußland nach Preußen kommenden Flöße.

Während in den „Grundsätzen für die gesundheitliche Überwachung des Binnenschiffahrts- und Flößereiverkehrs“ genaue Desinfektionsvorschriften für die Desinfektion der Kielräume der Schiffe enthalten sind, finden sich dort keine Vorschriften für die Desinfektion der Flöße. Gerade durch diese kann aber die Cholera sehr leicht eingeschleppt werden. Namentlich der sich zwischen den Stämmen ansammelnde Schlick ist eine Sammelstelle für Krankheitsstoffe. Für die Desinfektion der Flöße empfiehlt es sich nicht, die Stämme auseinander zu nehmen und einzeln zu reinigen, da hierbei Krankheitskeime ins Wasser gelangen können. Vielmehr ist die gesamte Oberfläche mittelst Kalkbrühe oder Chlorkalklösung zu desinfizieren, nachdem die Strohütten und andere wertlose Gegenstände auf dem Floß verbrannt sind. Zur Reinigung von stagnierendem und verschmutztem Wasser auf den Flößen empfiehlt sich Saprol oder ein Gemisch von Karbolsäure und Petroleum.

— 4. Oktober 1905, betreffend die Vornahme wiederholter bakteriologischer Untersuchung in choleraverdächtigen Fällen.

Es wird unter Hinweis auf einen Fall, bei dem erst die vierte Untersuchung auf Cholera-bakterien ein positives Resultat ergab, erneut die Notwendigkeit wiederholter bakteriologischer Untersuchungen in choleraverdächtigen Fällen betont.

— 4. Oktober 1905, betreffend die durch die obligatorische Leichenschau im Cholera-gebiet entstehenden Kosten.

Die Kosten der polizeilich angeordneten Leichenschau sind grundsätzlich demjenigen zur Last zu legen, welchem es obliegt, die Bestattung der Leiche herbeizuführen. Nur soweit die Leichenschau auf Schiffen oder Flößen oder als Folge der Überwachung des Durchgangsverkehrs stattfindet, hat der Staat die Kosten zu übernehmen.

— 4. Oktober 1905, betreffend Bekanntgabe von Cholerafällen durch die Tagespresse.

Im Hinblick darauf, daß in der Tagespresse häufig Fälle als choleraverdächtig bezeichnet werden, die sich nachher als

barmlose Brechdurchfälle herausstellen, sollen die Ortspolizeibehörden veranlaßt werden, nur solche Fälle als choleraverdächtig zu bezeichnen, bei denen der Verdacht nach dem Gutachten des beamteten Arztes begründet ist.

Erlaß vom 5. Oktober 1905, betreffend die Entnahme von Flußwasser in der Nähe choleraverdächtigter Stellen behufs Untersuchung.

Da nicht nur auf den Flüssen lebende Personen, Schiffer usw., sondern auch Personen, die nur mit dem Flußwasser in Berührung gekommen sind, wie beim Schneiden von Weidenruten, beim Heumähen am Flußufer usw., an Cholera erkrankt sind, so erscheint es unzweifelhaft, daß das Flußwasser selbst virulente Choleraerkrankungen enthalten kann, möglich ist es vielleicht auch, daß die Choleraerkrankungen vom Flußwasser ausnahmsweise auf größere Entfernungen mitgeführt werden. Um diese noch ungeklärte Frage näher zu erforschen, sollen Proben choleraverdächtigten Flußwassers sofort unter Beobachtung aller notwendigen Vorsichtsmaßregeln an die nächste Untersuchungsstelle gesandt werden.

— 7. Oktober 1905, betreffend Herstellung von Trinkwasserentnahmestellen für die Schiffsbevölkerung an den schiffbaren Wasserstraßen.

Die Anlage solcher Trinkwasserentnahmestellen kann nur an solchen Orten Sache des Staates sein, bei denen der Hafen Eigentum des Fiskus ist und nicht vorwiegend dem Ortsverkehr dient. In allen übrigen Fällen werden die an dem Schiffsverkehr interessierten Gemeinden zur Anlage der erforderlichen Einrichtungen anzuhalten sein.

— 14. Oktober 1905, betreffend Inkrafttreten des Gesetzes vom 28. August d. Js. wegen der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten.

Das Gesetz tritt am 20. Oktober dieses Jahres in Kraft. Landräte und Kreisärzte haben sich unverzüglich mit seinem Inhalt vertraut zu machen. Die Einreichung der Wochennachweisungen über die zur Anzeige gelangten Fälle soll vom 1. Januar 1906 an stattfinden. Es ist ferner die Ausarbeitung von Sonderheften, welche die Vorschriften für die Bekämpfung der einzelnen Krankheiten enthalten, beabsichtigt.

— 21. Oktober 1905, betreffend die bakteriologische Feststellung der Cholera.

Die Röhren mit Peptonlösung sollen nicht nur, wie die „Anleitung für die bakteriologische Feststellung der Cholera“ es bestimmt, nach sechs- und nach zwölfstündigem, sondern auch nach 18- bzw. 24stündigem Verweilen im Brutschrank einer Untersuchung unterzogen werden.

— 24. Oktober 1905, betreffend die Anerkennung der bei der Stromüberwachung im Choleragebiet tätigen Ärzte als beamtete Ärzte.

Auch die praktischen, nicht beamteten Ärzte sind während der Dauer dieser Tätigkeit als beamtete Ärzte anzusehen und erhalten daher, soweit sie verheiratet sind, neben dem Tagelohn von 20 M. eine tägliche Zulage von 4 M.

— 24. Oktober 1905, betreffend die zu erstattenden Berichte über Erkrankungen und Todesfälle an Cholera.

Mit Rücksicht auf den Rückgang der Krankheit soll von der Einreichung täglicher Übersichten abgesehen werden. Dagegen sind die Wochennachweisungen bis auf weiteres regelmäßig vorzulegen.

II. Prüfungswesen.

— 18. September 1905, betreffend die Ausstellung der Zeugnisse über die ärztliche Vorprüfung.

Diejenigen Kandidaten der Medizin, welche die ärztliche Vorprüfung nach dem Inkrafttreten der neuen Prüfungsordnung (1. Oktober 1901) abgelegt haben und sich bis zum 1. Oktober 1908 zur ärztlichen Prüfung melden, haben vor der Meldung das Zeugnis über die ärztliche Vorprüfung durch einen Vermerk darüber ergänzen zu lassen, nach welchen Prüfungsvorschriften die Vorprüfung abgelegt ist.

Bekanntmachung. Die an der Großherzoglichen Technischen Hochschule zu Darmstadt abgelegten Diplomprüfungen auf dem Gebiete der Chemie sind als gleichwertig mit der Vorprüfung für Nahrungsmittelchemiker anerkannt.

III. Verkehr mit Nahrungs- und Genußmitteln.

Erlaß vom 20. September 1905, betreffend die Einrichtung einer organisierten Nahrungsmittelkontrolle in den einzelnen Provinzen des Staates.

Eine bestimmte Organisation der Nahrungsmittelkontrolle, wie sie in den Provinzen Schleswig und Brandenburg, sowie in den Regierungsbezirken Lüneburg und Merseburg bereits mit gutem Erfolge eingeführt ist, erscheint durchaus notwendig. Es wird ersucht, sie auch in den anderen Provinzen ins Leben zu rufen. Es ist hierzu in erster Linie erforderlich, daß eine bestimmte Anzahl von Proben jährlich entnommen und, soweit deren Verfälschung oder Verderbenheit nicht ohne weiteres erkennbar ist, einer Untersuchungsanstalt zur technischen Prüfung übergeben werden. Die Vornahme der Untersuchungen soll tunlichst in den öffentlich anerkannten Untersuchungsanstalten stattfinden. Wo solche Untersuchungsanstalten nicht in hinreichender Anzahl vorhanden sind, empfiehlt es sich, durch Zusammenschluß einer Anzahl benachbarter Städte und Gemeinden die Errichtung einer gemeinsamen öffentlichen Untersuchungsanstalt zu ermöglichen, wie es im Regierungsbezirk Gumbinnen geschehen ist. Es muß dabei darauf Bedacht genommen werden, daß die Zuständigkeitsbezirke ausreichend groß gestaltet werden. Eventuell können die vereinigten Verbände eine derartige Anstalt auch selbst gründen und unter eigene Verwaltung nehmen. Sollten sich wider Erwarten bei der Neueinrichtung eines Untersuchungsamtes Schwierigkeiten herausstellen, soll an der Durchführung einer verschärften Kontrolle durch regelmäßige Probeentnahmen trotzdem festgehalten und ihre Ausführung vorläufig anderweitig geregelt werden.

— 23. September 1905, betreffend die neue Auflage des „Pilzmerkblattes“.

In einer neuen Auflage dieses Blattes ist der Text um die Beschreibung dreier neuer Pilzarten (Grünling, Butterpilz, Kapuzinerpilz) vermehrt. Die Abbildungen von Kaiserling und Pantherpilz sind durch die der wichtigeren Arten — Brätling, Butterpilz und Kapuzinerpilz — ersetzt. Die übrigen Arten haben zum größten Teil eine völlige Umzeichnung erfahren.

IV. Gesundheitswesen.

— 10. Oktober 1905, betreffend das im Kaiserlichen Gesundheitsamt bearbeitete „Gesundheitsbüchlein“.

Es wird auf das Erscheinen einer neuen, elften Auflage dieser Schrift aufmerksam gemacht.

V. Bekämpfung der Kurpfuscherei.

— 30. September 1905, betreffend das von der Firma J. Jameson & Cie. in Paris hergestellte Haarwuchsmittel Royal Windsor-Eau.

Da dieses Mittel wegen seines Gehaltes an Bleiessig für den Vertrieb unzulässig ist, sind die Behörden für den Fall, daß es in Deutschland eingeführt werden sollte, mit entsprechender Weisung zu versehen.

VI. Fürsorge für Kranke und Gebrechliche.

Den Zweigvereinen des Vaterländischen Frauenvereins in Blankenese, Kreis Usingen, Schwanheim a. M., Kördorf, Bremberg, Gutacker, Attenhausen und Singhofen ist die Erlaubnis zum Gebrauche des Roten Kreuzes erteilt worden.

VII. Wasserversorgung.

Erlaß vom 6. Oktober 1905, betreffend die Beschaffung der „Mitteilungen aus der Königlichen Prüfungsanstalt für Wasserversorgung“ für die Bibliotheken der Königlichen Regierungen.

Es wird anheim gestellt, diese in zwanglosen Heften im Verlage von August Hirschwald erscheinenden Mitteilungen für die Bibliotheken anzuschaffen.